

# Item 153 : Tumeurs de l'ovaire

---

**Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)**

**Date de création du document    2010-2011**

## Table des matières

Pré-Requis.....	3
<b>OBJECTIFS</b> .....	<b>3</b>
<b>I</b> Quelles sont les principales circonstances de découverte des tumeurs de l'ovaire ?.....	<b>4</b>
<b>II</b> Quelle stratégie diagnostique envisagez-vous ? .....	<b>5</b>
<b>III</b> Quelle thérapeutique envisagez-vous ? .....	<b>6</b>
<b>IV</b> Quel est le suivi post-thérapeutique ? .....	<b>8</b>
<b>V</b> Quels sont l'évolution et le pronostic ? .....	<b>9</b>
<b>VI</b> Annexes.....	<b>9</b>
Glossaire.....	9
Bibliographie .....	12
En savoir plus .....	15
Recommandation .....	15
Abréviations.....	16

## **PRE-REQUIS**

- Mitose.
- Croissance et différenciation cellulaires.
- Anatomie de l'ovaire avec sa vascularisation.
- Histologie de l'ovaire.
- Voies de drainage lymphatique de l'ovaire.
- Physiologie du péritoine.
- Réactions du système immunitaire à la présence de cellules tumorales.
- Réactions comportementales à l'annonce d'une maladie grave pour la personne et l'entourage.
- Pharmacocinétique des antimétabolites.
- Modes d'action des hormones stéroïdes au niveau cellulaire.
- Effets des radiations ionisantes.
- Code de déontologie.

## **OBJECTIFS**

ENC :

- Diagnostiquer une tumeur de l'ovaire.

SPECIFIQUE :

- Diagnostiquer une tumeur de l'ovaire.
- Argumenter l'attitude thérapeutique.
- Expliquer les bases des classifications qui ont une incidence pronostique.
- Planifier le suivi thérapeutique.

Processus prolifératifs bénins ou malins, primitifs ou secondaires, d'aspect kystique, solide ou végétant, dont la croissance n'est pas directement liée à un dysfonctionnement hormonal. Cette définition des tumeurs de l'ovaire élimine le lutéome de la grossesse (*cf. glossaire*), les kystes fonctionnels folliculaires et les kystes du corps jaune (*cf. glossaire*) qui sont liés à un dysfonctionnement hormonal.

La démarche diagnostique aura donc pour finalité d'éliminer dans un premier temps un kyste fonctionnel et dans un deuxième temps d'affirmer la nature bénigne ou maligne de la tumeur.

### Tumeur ovarienne



(Source : Lansac J. Les tumeurs de l'ovaire [Internet]. Wikinu.)

## **I QUELLES SONT LES PRINCIPALES CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE DES TUMEURS DE L'OVAIRE ?**

---

Les tumeurs ovariennes sont souvent latentes, de découverte fortuite lors d'une échographie, d'un examen radiologique (ASP), voire d'une cœlioscopie (*cf. glossaire*) ou d'une laparotomie (*cf. glossaire*) ou d'un examen gynécologique systématique, elles peuvent cependant parfois être responsables de signes fonctionnels tels que :

- Gêne ou pesanteur pelvienne,
- Troubles du cycle : dysménorrhées (*cf. glossaire*), spanioménorrhée (*cf. glossaire*) voire aménorrhée (*cf. glossaire*), plus rarement métrorragies (*cf. glossaire*),
- Signes de compression vésicale ou rectale,
- Elles sont parfois révélées par une complication douloureuse telle qu'une torsion ou une rupture,

- Elles sont parfois révélées par une carcinose péritonéale (*cf. glossaire*) diffuse avec ascite (*cf. glossaire*) pour les tumeurs néoplasiques.

## II QUELLE STRATEGIE DIAGNOSTIQUE ENVISAGEZ-VOUS ?

---

### *Examen clinique*

#### **Interrogatoire**

=> signes d'accompagnement (orientation diagnostique, complications, évolution), facteurs de risque (*cf. Item 139 : Facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers : <http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item139/site/html>*), désir de grossesse :

- âge,
- ATCD personnels et familiaux,
- DDR, prises hormonales éventuelles,
- allure évolutive des signes fonctionnels éventuels.

#### **Examen gynécologique**

Après examen général (état général, poids), examen de l'abdomen (permettant de découvrir une volumineuse masse matte à la percussion, remplissant la cavité abdomino-pelvienne, situation rare ; ce type de kyste se rencontre volontiers chez la femme âgée).

### *examen gynécologique*

- Examen des seins,
- Examen sous spéculum (*cf. glossaire*) avec frottis éventuels (des frottis de l'endomètre peuvent retrouver des anomalies cellulaires dans ce contexte),
- Rarement, on pratiquera une culdocentèse (*cf. glossaire*) (ponction de liquide péritonéal au niveau du cul-de-sac de Douglas (*cf. glossaire*)) ; elle peut retrouver des cellules malignes,
- Toucher vaginal, réalisé rectum et vessie vides, qui permet de mettre en évidence une masse latéro-utérine arrondie, séparée de l'utérus par un sillon, mobile, ne suivant pas les mouvements imprimés au col, le plus souvent indolore et de volume et consistance variables.

Réexaminer la patiente à la fin des règles suivantes, pour s'assurer de la persistance du kyste.

### *Échographie pelvienne*

#### **L'examen de base est l'échographie pelvienne.**

Elle est réalisée par voie abdominale (vessie pleine) et vaginale (sauf si la patiente est vierge).

Quand la lésion est volumineuse, elle devient médiane et refoule l'utérus, devient alors plus difficile ; la voie abdominale est alors essentielle.

L'échographie permet de rechercher des signes évocateurs de malignité devant une masse latéro-utérine.

### **III QUELLE THERAPEUTIQUE ENVISAGEZ-VOUS ?**

---

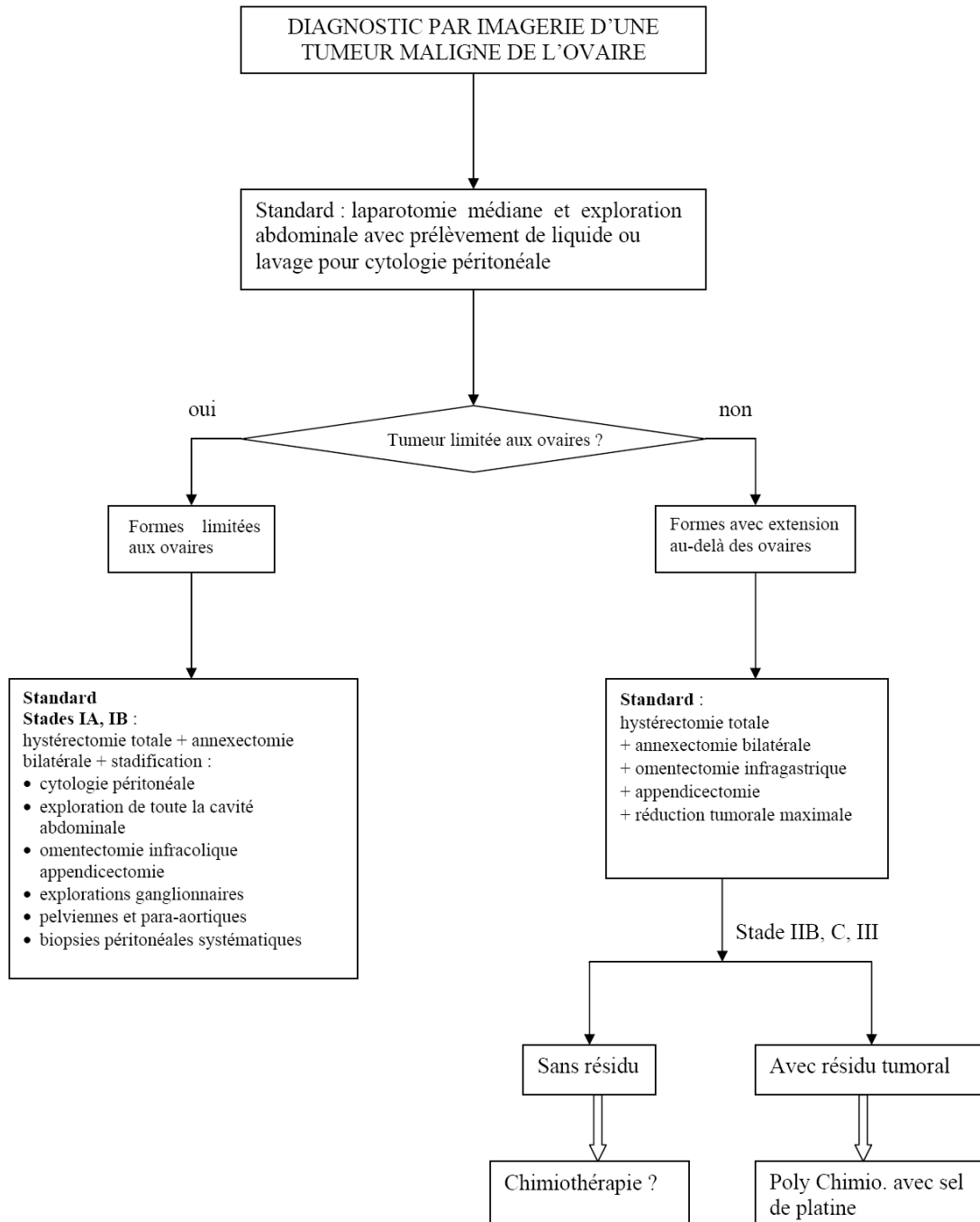
Elle va dépendre du bilan d'extension, de l'âge de la patiente, de la notion de maladie familiale, et du désir de grossesse, des données de l'examen clinique, de l'échographie et des marqueurs tumoraux :

- soit le diagnostic préopératoire est très probablement celui d'une tumeur bénigne, l'intervention chirurgicale commencera par une coelioscopie (voir *Item 342 : Kyste des ovaires* : [http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item342\\_3/site/html](http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item342_3/site/html)),
- soit le diagnostic préopératoire est celui d'un cancer de l'ovaire (aspect échographique, ascite), le bilan d'extension sera basé sur :
  - les données de la laparotomie exploratoire,
  - le type histologique de la tumeur,
  - l'imagerie (IRM, échographie hépatique, radio-pulmonaire),
  - le dosage de CA 125 (*cf. glossaire*), ACE (*cf. glossaire*), CA 19-9 (*cf. glossaire*),
- soit le diagnostic préopératoire est incertain => coelioscopie première -> elle permet :
  - d'explorer les ovaires (végétations, adhérence),
  - d'explorer la cavité péritonéale,
  - de réaliser une cytologie péritonéale,

- de réaliser l'exérèse (*cf. glossaire*) du kyste de l'ovaire (*cf. glossaire*).

Parfois sera pratiqué un examen anatomo-pathologique extemporané (*cf. glossaire*) pouvant indiquer de poursuivre le traitement par laparotomie en cas de cancer.

### Schéma thérapeutique en cas de cancer ovarien selon la classification de la FIGO (orientations)



## Facteurs pronostiques des cancers de l'ovaire

Facteurs cliniques :

Le stade clinique du cancer de l'ovaire est un facteur pronostique indépendant essentiel. La classification de la International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) définit 4 stades schématiquement divisé en :

- Stade 1 : Tumeur limitée aux ovaires,
- Stade 2 : Tumeur étendue au pelvis,
- Stade 3 : Tumeur étendue à l'abdomen ou aux ganglions,
- Stade 4 : Métastases (*cf. glossaire*) viscérales ou épanchement pleural néoplasique.

(*En savoir plus* : Site de la International Federation of Gynecology and Obstetrics : <http://www.figo.org>)

## IV QUEL EST LE SUIVI POST-THERAPEUTIQUE ?

---

Il comportera :

Systématiquement un suivi postopératoire 1 mois après l'intervention chirurgicale,

- Systématiquement un suivi biologique et cardiaque en fonction des drogues utilisées pour la chimiothérapie.

Sur le plan carcinologique :

- Un examen clinique est préconisé à 3 mois puis tous les 6 mois,
- Une IRM pourra être réalisée après 6 cures de chimiothérapie (pouvant éviter une intervention de second look),
- Le dosage du CA125 à 3 mois puis à chaque consultation peut être envisagé. Le dosage du CA 125 permet d'apprécier la réponse au traitement. Cependant, une élévation isolée chez une patiente asymptomatique avec un examen normal, ne relève pas d'une chimiothérapie.

En cas de récurrences, le traitement sera avant tout une chimiothérapie.



## V QUELS SONT L'EVOLUTION ET LE PRONOSTIC ?

---

Le pronostic du cancer de l'ovaire dépend bien sûr de la précocité du diagnostic et du caractère complet ou non de l'exérèse chirurgicale, mais aussi du stade évolutif, du type et du grade histologique.

- Le pronostic global est sévère car 70 % des malades ont une extension intra-abdominale au moment du diagnostic.
- Le taux de survie à 5 ans pour les différents stades d'extension est approximativement le suivant :
  - stade I : 70 à 95 %,
  - stade II : 50 %,
  - stade III : 25 %,
  - stade IV : < 5 %.

## VI ANNEXES

---

### GLOSSAIRE

- ACE : ACE (Antigène Carcino-Embryonnaire) : Glycoprotéine impliquée dans l'adhésion cellulaire, présente normalement chez le fœtus et que l'on retrouve à des taux élevés chez les sujets atteints de certaines tumeurs. Il est utilisé pour la surveillance des cancers, particulièrement du côlon et du rectum.
- aménorrhée : Absence des règles, de menstruation. Le plus souvent, la grossesse en est la cause. Dans les autres cas, l'aménorrhée peut être l'unique symptôme d'une pathologie ou au contraire, un parmi de nombreux autres. La recherche de la cause d'une aménorrhée nécessite rarement des examens nombreux. La prise en charge thérapeutique est parfois plus délicate.
- ascite : Épanchement liquidien intra-abdominal, ou accumulation de liquide dans la cavité péritonéale. Elle peut être de plusieurs types : séreuse, exsudative (riche en protéines), hémorragique, infectée, chyleuse (riche en triglycérides).
- CA 125 : CA 125 (Carbohydre Antigen 125, souvent appelé Cancer Antigen 125) : Marqueur tumoral qui peut être retrouvé en quantité élevée dans le sang de patients atteints de certains cancers d'organes digestifs ou génitaux. Il augmente également dans des maladies digestives ou génitales non cancéreuses. Son taux sanguin est

corrélé au volume de la tumeur : plus celle-ci est volumineuse, plus le taux est important. CA 125 est une glycoprotéine de type mucine produite par le gène MUC16. Son dosage est particulièrement intéressant dans le cancer de l'ovaire, notamment dans la surveillance de celui-ci. Ainsi, après un traitement, sa diminution indique une bonne efficacité thérapeutique, alors que sa réaugmentation peut traduire la rechute du cancer. La spécificité et la sensibilité du CA 125 sont insuffisantes pour l'utiliser comme seul marqueur dans le dépistage du cancer du revêtement de l'ovaire.

- CA 19-9 : CA 19-9 (Carbohydre Antigen 19-9) : Marqueur très spécifique des cancers du tractus gastro-intestinal, et en particulier des carcinomes pancréatiques. Son dosage est souvent associé à celui de l'ACE, autre marqueur des cancers colorectaux. Il présente un intérêt dans le diagnostic et le suivi clinique et thérapeutique de ces cancers.
- carcinose péritonéale : Envahissement du péritoine par des tumeurs malignes secondaires. Les cancers donnant le plus fréquemment une carcinose péritonéale sont : les cancers de l'appareil digestif comme le cancer de l'estomac, le cancer du colon, le cancer du rectum et le cancer du pancréas ; les cancers gynécologiques et principalement le cancer de l'ovaire, mais parfois le cancer du sein sous sa forme de carcinome lobulaire invasif du sein. La carcinose péritonéale marque une dissémination métastatique de la maladie, ce qui en fait un tableau clinique de mauvais pronostic. La principale complication est l'occlusion. Le traitement repose sur la chimiothérapie, la corticothérapie et de façon exceptionnelle sur la chirurgie.
- coelioscopie : Coelioscopie ou laparoscopie : Technique chirurgicale mini-invasive de diagnostic (coelioscopie proprement dite) et d'intervention (coeliochirurgie) sur la cavité abdominale, de plus en plus utilisée sur l'appareil digestif (chirurgie viscérale), en gynécologie, et en urologie. Elle fait partie des techniques d'endoscopie chirurgicale.
- corps jaune : Corps jaune ou corpus luteum : Glande endocrine se développant dans l'ovaire mais de façon intermittente et cyclique, et qui résulte de la transformation du follicule de De Graaf (follicule mûr ou encore déhiscent) après expulsion de l'ovocyte lors de l'ovulation. Le corps jaune sécrète une hormone : la progestérone.
- cul-de-sac de Douglas : Cul-de-sac de Douglas ou cul-de-sac recto-vaginal : Repli du péritoine entre l'utérus et le rectum, formant un cul-de-sac recto-vaginal. Le cul-de-sac de Douglas est l'endroit où s'accumulent les liquides qui peuvent se trouver par accident dans la cavité péritonéale (sang, pus, etc.). Cet endroit du corps est accessible par le toucher rectal, ce qui permet le diagnostic de nombreuses pathologies. Chez l'homme, ce cul-de-sac est simplement l'extrémité inférieure de la cavité péritonéale, entre la face postérieure de la vessie et la face ventrale du rectum.

- culdocentèse : Ponction (et échographie), à travers le cul-de-sac vaginal postérieur (cul-de-sac de Douglas), d'une collection liquidienne péritonéale.
- dysménorrhée : Menstruations difficiles et douloureuses, survenant généralement au deuxième jour des règles, puis s'aggravant progressivement. On distingue les dysménorrhées primaires correspondant à des perturbations du cycle ovarien non associées à une atteinte des organes reproducteurs, des dysménorrhées secondaires appelées également dysménorrhées acquises qui sont des règles douloureuses dues à une véritable maladie, c'est-à-dire à une lésion des organes reproducteurs.
- exérèse : Intervention chirurgicale consistant à retirer de l'organisme un élément qui lui est nuisible ou inutile (organe, tumeur, corps étranger, etc.).
- extemporané : Effectué sur-le-champ ; se dit aussi de toute préparation qui doit être faite juste avant son utilisation.
- kyste de l'ovaire : Petite poche remplie de liquide développée aux dépens d'un ovaire. Il s'agit d'une affection extrêmement fréquente, découverte la plupart du temps de manière fortuite au cours d'un examen d'imagerie (échographie par exemple). Ces kystes sont bénins dans la grande majorité des cas, et ont des causes variées.
- laparotomie : Acte chirurgical consistant en l'ouverture de l'abdomen par une incision laissant le passage direct à d'autres actes chirurgicaux sur les organes abdominaux et pelviens. La laparotomie est une voie d'abord chirurgicale. Différentes incisions sont possibles. La plus courante est une ouverture allant du pubis au bord inférieur du sternum (appelée laparotomie médiane xyphopubienne). Dans le cadre de certaines interventions en chirurgie gynécologique, notamment les césariennes, la laparotomie est horizontale et très basse, à la limite des poils pubiens. Elle est nommée « incision de Pfannenstiel ».
- lutéome de la grossesse : Tumeur ovarienne très rare, bénigne, solide ou mixte à capsule épaisse, survenant le plus souvent chez des femmes multipares de race noire, et qui se forme aux dépens du corps jaune.
- Métastase : Croissance d'un organisme pathogène ou d'une cellule tumorale à distance du site initialement atteint. Chez l'homme, les métastases peuvent se produire par diffusion de cellules malignes ou de microorganismes par voie sanguine (hématogène) ou lymphatique (les ganglions lymphatiques métastatiques sont appelés adénopathies).
- métrorragie : Saignement génital survenant en dehors des règles. On peut avoir des métrorragies après la ménopause ou à cause d'une grossesse extra-utérine rompue. Dans ce dernier cas le fœtus peut s'être développé dans les trompes (au lieu de

l'utérus) et ainsi, rompre un vaisseau sanguin. La métrorragie peut ainsi signer un hémopéritoine. C'est une urgence médicale. Le terme métrorragie ne préjuge en rien de l'abondance du saignement. Il ne faut pas confondre métrorragie avec ménorragie, qui définit des règles anormalement longues et abondantes.

- spanioménorrhée : Allongement progressif de l'intervalle qui sépare les règles. La durée habituelle d'un cycle menstruel (ou règles, période caractérisée par des modifications physiologiques de l'appareil génital de la femme) est en moyenne de 28 jours. Quand cet intervalle dépasse 6 à 8 semaines, on parle de spanioménorrhée. L'allongement est parfois tel que la patiente présente une aménorrhée, c'est-à-dire une absence totale de règles. La cause la plus fréquente de spanioménorrhée est la préménopause.
- spéculum : Outil médical – généralement en métal ou à usage unique en plastique – permettant d'explorer une cavité corporelle par l'écartement des parois.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- Ardaens Y, Coquel P. : Imagerie des kystes et des tumeurs de l'ovaire. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie. 2000; 680-A-26.
- Argento M, Hoffman P, Gauchez AS. : Le cancer de l'ovaire et les perspectives d'amélioration de la précocité du diagnostic. Immunoanalyse & Biologie Spécialisée. 2008 Oct;23(5):251-259.
- Bats AS, Barranger E. : Mise au point sur les cancers de l'ovaire. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2008 Jul;37(HS2):64-68.
- Bazot M, Nassar-Slaba J, Thomassin-Naggara I, Cortez A, Daraï E. : Pathologie organique de l'ovaire. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Radiologie et imagerie médicale : génito-urinaire – gynéco-obstétricale – mammaire. 2006;34-600-B-10.
- Bernard P. : Les cancers de l'ovaire (153a). Faculté de Médecine de Grenoble; 2005 Apr.
- Bolla M, Ringeisen F. : Indications thérapeutiques des tumeurs épithéliales de l'ovaire (153b). Faculté de Médecine de Grenoble; 2005 Feb.
- Bonnamy L, Fignon A, Fetissof F, Berger C, Body G, Lansac J. : Tumeurs borderline de l'ovaire : Étude multicentrique à propos de 137 patientes. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2001 Jun;30(3):272.
- Buy JN, Hugol D, Ghossain M, Vadrot D. : Tumeurs malignes de l'ovaire. Rôle de la radiologie. Journal de Radiologie. 2000 Dec;81(12):1833-1843.

- Chauveaud-Lambling A, Picone O, Fernandez H. : Tumeurs de l'ovaire et grossesse. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie. 2006; 5-047-S-10.
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Conférence nationale des PU-PH en Gynécologie-Obstétrique. : Item 153 : Tumeurs de l'ovaire. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2006. p. 145-149.
- Coquel P, Ardaens Y, Guérin du Masgenêt B. : Chapitre 9 : Kystes et tumeurs de l'ovaire. In: Échographie et imagerie pelvienne en pratique gynécologique. Paris: Masson; 2010.
- Dauplat J, Le Bouëdec G. : Cancer de l'ovaire: signes cliniques, moyens diagnostiques et bilan d'extension, stratégie thérapeutique (153). Faculté de Médecine de Grenoble; 2006 Mar.
- Fauvet R, Poncelet C, Daraï E. : Faisabilité et limites du traitement cœlioscopique des tumeurs frontières de l'ovaire. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2006 Jun;34(6):470-478.
- Grapin-Dagorno C, Chabaud M. : Kystes et tumeurs de l'ovaire avant la puberté : aspects chirurgicaux. Archives de pédiatrie. 2008 Jun;15(5):786-788.
- Guastalla JP, Torrès R. : Surveillance et stratégie de traitement des rechutes des tumeurs de l'ovaire. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie. 2001; 630-K-10.
- Koskas M, Madelenat P, Yazbeck C. : Tumeur borderline de l'ovaire : comment préserver la fertilité ? Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2009 Nov;37(11-12):942-950.
- Lambaudie E, Collinet P, Vinatier D. : Tumeurs de l'ovaire et CA 125 en 2006. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2006 Mar;34(3):254-257.
- Lansac J. : Les tumeurs de l'ovaire. Wikinu Collège Gynécologie.
- Lansac J. : Présentation clinique des tumeurs bénignes et malignes de l'ovaire. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie. 2000; 630-D-10.
- Levailant JM. : La classification échographique des tumeurs de l'ovaire. Imagerie de la Femme. 2010 Dec;20(4):211-216.
- Lidouren G, Martin J. : Place de la chimiothérapie de première ligne dans le cancer de l'ovaire. Actualités pharmaceutiques hospitalières. 2005 Dec;1(4):13-24.
- Marret H, Lhommé C, Lécuru F, Canis M, Lévêque J, Golfier F, Morice P. : Recommandations pour la prise en charge du cancer de l'ovaire pendant la grossesse. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2009 Sept;37(9):752-763.

- Marret H, Tranquart F, Sauget S, Lansac J. : Apport du Doppler pour le diagnostic des tumeurs ovariennes : Indications, pertinence des critères diagnostiques. Journal de Radiologie. 2003 Nov;84(11-C1):1725-1731.
- Marret H, Tranquart F, Sauget S, Vinatier L, Lansac J. : Apport de l'échographie doppler pour la gynécologie. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie. 2006; 69-A-10.
- Marret H. : Échographie et doppler dans le diagnostic des kystes ovariens : indications, pertinence des critères diagnostiques. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2001 Nov;30(HS1):20-33.
- Morr AK. : Les aspects cliniques du cancer de l'ovaire. Actualités pharmaceutiques hospitalières. 2005 Dec;1(4):10-12.
- Oberlin O, Martelli H. : Pathologies bénignes de l'ovaire et tumeurs malignes de l'ovaire, de l'utérus et du vagin chez l'enfant et l'adolescente. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie. 2010; 802-A-17.
- Paulus A, Gennigens C, Fillet G, Loly C, Sautois B. : Traitement chimiothérapique actuel du cancer de l'ovaire. Revue Médicale de Liège. 2007;62(9):539-547.
- Querleu D. : Cancers de l'ovaire et de l'endomètre. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie. 2000; 5-A-08.
- Rouanet JP, Maubon A, Juhan V, Meny R, Slanon AP, Daclin PY. : L'imagerie des tumeurs bénignes de l'ovaire. Journal de Radiologie. 2000 Dec;81(12):1823.
- Roudaut N, Kerlan V. : Tumeurs endocrines de l'ovaire. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Endocrinologie-Nutrition. 2002; 10-028-A-10.
- Sarfati R, Magnin G. : Traitement chirurgical des tumeurs bénignes de l'ovaire. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie. 2000; 630-H-10.
- Sasco AJ. : Épidémiologie des tumeurs de l'ovaire. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie. 2001; 630-A-10.
- Société Française d'Oncologie Gynécologique (SFOG). : Fiche tumeur épithéliale de l'ovaire. SFOG; 2010.
- Taïeb S, Fauquet I, Narducci F, Baranzelli MC, Leblanc E, Ceugnart L. : Tumeurs borderline de l'ovaire. Imagerie de la Femme. 2009 Feb;19(1):21-27.
- Tulpin L, Akerman G, Morel O, Desfeux P, Malartic C, Barranger E. : Prise en charge des tumeurs borderline de l'ovaire. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2008 Jul;37(HS2):69-75.

- Tulpin L, Rouzier R, Morel O, Malartic C, Daraï E, Barranger E. : Tumeurs borderline de l'ovaire : état des lieux. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2008 Apr;36(4):422-429.
- Valteau-Couanet D, Dubrel M, Dufour C, Couanet D, Hartmann O, Patte C. : Les tumeurs malignes de l'ovaire en pédiatrie. Archives de pédiatrie. 2008 Jun;15(5):781-782.
- Villet R, Gadonneix P, Salet-Lizee D, Van Den Akker M. : Stratégie diagnostique dans les tumeurs de l'ovaire. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie. 2001; 630-G-10.
- Vinatier D, Houfflin V, Collinet P. : Marqueurs tumoraux et kystes de l'ovaire. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2001 Nov;30(HS1):4S34-4S40.

### EN SAVOIR PLUS

- Site de la International Federation of Gynecology and Obstetrics : <http://www.figo.org>

### RECOMMANDATION

- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Prise en charge du cancer de l'ovaire pendant la grossesse. CNGOF; 2008. : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_TELE/090429\\_cancer\\_ovaire\\_et\\_grossesse\\_BM.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/090429_cancer_ovaire_et_grossesse_BM.pdf)
- Haute Autorité de Santé (HAS), Institut National du Cancer (INCA). ALD n° 30 – Cancer de l'ovaire. HAS, 2010 Jan. : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_922802/ald-n-30-cancer-de-l-ovaire](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_922802/ald-n-30-cancer-de-l-ovaire)
- Institut National du Cancer (INCa). Cancer de l'ovaire – Traitement chirurgical. INCa; 2009. : [http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc\\_download/2068-recommandations-ovaire-chirurgie-rapport](http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/2068-recommandations-ovaire-chirurgie-rapport)
- Institut National du Cancer (INCa). Cancer de l'ovaire – Traitements adjuvants et de consolidation. INCa; 2009. : [http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc\\_download/2070-recommandations-ovaire-traitements-adjuvants-rapport](http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/2070-recommandations-ovaire-traitements-adjuvants-rapport)
- Institut National du Cancer (INCa). Chirurgie prophylactique dans les cancers avec prédisposition génétique : cancer de l'ovaire. INCa; 2009 Aug. : [http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc\\_download/2070-recommandations-ovaire-traitements-adjuvants-rapport](http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/2070-recommandations-ovaire-traitements-adjuvants-rapport)

[cancer.fr/component/docman/doc\\_download/1042-chirurgie-prophylactique-des-cancers-avec-predisposition-genetique-cancer-de-lovaire](http://www.e-cancer.fr/en/component/docman/doc_download/1042-chirurgie-prophylactique-des-cancers-avec-predisposition-genetique-cancer-de-lovaire)

- Institut National du Cancer (INCa). Les traitements des cancers de l'ovaire. INCa; 2010. : [http://www.e-cancer.fr/en/component/docman/doc\\_download/6023-guide-les-traitements-des-cancers-de-lovaire-2010](http://www.e-cancer.fr/en/component/docman/doc_download/6023-guide-les-traitements-des-cancers-de-lovaire-2010)
- Réseau de Cancérologie d'Aquitaine (RCA). Référentiel régional : Diagnostic précoce et prise en charge des cancers de l'ovaire non métastatiques (tumeurs épithéliales). RCA; 2010 Mar. : <http://sircamt.canceraquitaine.org/rca/documents/referentiels/RefOvaire.pdf>
- Société Française d'Oncologie Gynécologique (SFOG), Institut National du Cancer (INCA). Cancer de l'ovaire - Traitement chirurgical. Fascicules.fr; 2009 Jun. : <http://www.fascicules.fr/data/consensus/gynecologie-cancer-ovaire-INCa-2009-traitement-chirurgical.pdf>

## **ABREVIATIONS**

- ASP : Abdomen Sans Préparation
- ATCD : AnTéCéDent
- DDR : Date des Dernières Règles
- FIGO : International Federation of Gynecology and Obstetrics
- IRM : Imagerie par Résonance Magnétique