

# Item 153 : Tumeurs de l'ovaire (Évaluations)

---

---

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

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

## QCM DE PRE-REQUIS

### QUESTION 1/7 :

Mitose et différenciation cellulaire :

- A - La mitose comporte dans l'ordre : prophase, métaphase, anaphase, télophase.
- B - Toutes les cellules de l'organisme ne se divisent que par mitose.
- C - La différenciation cellulaire comporte une phase de détermination dans une lignée puis une phase de maturation.
- D - Le GM-CSF par exemple est un facteur de différenciation des lymphocytes B.

*(Réponse : ACD )*

### QUESTION 2/7 :

Anatomie et histologie des organes génitaux internes et externes : Ovaires :

- A - La taille habituelle des ovaires est de 35 × 20 × 10 mm.
- B - L'ovaire est fixe dans la cavité abdominale.
- C - Le mésovarium unit l'ovaire au ligament large.
- D - De la surface vers le centre de l'ovaire, on trouve : l'épithélium germinatif composé d'une seule couche de cellules cubiques puis un tissu conjonctif dense appelé albuginée de l'ovaire, dont la partie médullaire est parcourue par la vascularisation et par l'innervation, alors que la partie corticale contient les follicules ovariens.

*(Réponse : ACD )*

### QUESTION 3/7 :

Physiologie du péritoine et mécanismes de défense de l'organisme en réaction à une infection pelvienne :

- A - Dans un contexte infectieux d'origine pelvienne, il n'y a jamais d'adhérences péritonéales séquellaires.
- B - En cas d'écoulement purulent originaire d'une salpingite, on retrouve généralement épanchement dans le cul-de-sac de Douglas.

**C** - Dans les stades avancés de salpingite, on peut retrouver des adhésions tubaires avec les autres viscères pelviens, le péritoine et les anses digestives.

**D** - En cas de pyosalpinx, il y a une nécrose tubaire avec collection en abcès, mais on n'a jamais d'agglutination de l'épiploon comme dans le cas d'une appendicite aiguë.

*(Réponse : BC)*

#### QUESTION 4/7 :

Réactions immunitaires à la présence de cellules cancéreuses :

**A** - La cytotoxicité est une maladie due à un déficit immunitaire.

**B** - Les cellules « natural killer » sont des cellules permettant de contrôler la croissance des tumeurs entre autres.

**C** - Les interférons sont un élément essentiel de stimulation des natural killer et ont donc un rôle important dans les cancers.

**D** - Certaines tumeurs solides cancéreuses peuvent provoquer un déficit immunitaire.

*(Réponse : BCD)*

#### QUESTION 5/7 :

Pharmacocinétique des antimétabolites :

**A** - Les dérivés de la pervenche et les taxanes ne sont pas des antimétabolites.

**B** - Les antimétabolites agissent à la phase S du cycle cellulaire.

**C** - Les alkylants ont pour effet la formation des ponts inter- ou intra-caténaire empêchant la duplication et la transcription de l'ADN.

**D** - La bléomycine provoque des cassures double-brin de l'ADN et a de ce fait une grande toxicité hématologique.

*(Réponse : BC)*

#### QUESTION 6/7 :

Modes d'action des hormones stéroïdes au niveau cellulaire :

**A** - Les œstrogènes pénètrent dans les cellules cibles en traversant la membrane par transport actif.

**B** - Les œstrogènes n'ont pas de récepteur cytoplasmique.

**C** - Dans la cellule cible, la progestérone, se lie à son récepteur cytoplasmique pour former un complexe hormone récepteur actif qui pénètre dans le noyau, se lie à la chromatine, entraîne la production d'ARN messager qui induira la synthèse de la protéine nécessaire aux fonctions de cette cellule.

**D** - La synthèse des récepteurs à la progestérone dépend du nombre de récepteurs à l'œstrogène.

*(Réponse : CD)*

### QUESTION 7/7 :

Effets des radiations ionisantes :

**A** - L'interaction des rayons avec les molécules a pour effet des ionisations ou des excitations.

**B** - La principale cible des radiations est l'ARN.

**C** - La mort cellulaire immédiate est le résultat des radiations à faible dose.

**D** - Les particules chargées traversant la matière provoquent des radicaux libres en présence d'oxygène, ce qui augmente l'efficacité du processus.

*(Réponse : AC)*

## QCM

### QUESTION 1/4 :

Quels sont les principaux facteurs de risque de tumeur de l'ovaire ?

**A** - **Œstro-progestatif.**

**B** - **La consommation de graisses animales, le café.**

**C** - **L'infertilité.**

**D** - **La stérilisation tubaire.**

*(Réponse : BC)*

**QUESTION 2/4 :**

Une femme de 55 ans sous THS consulte pour un kyste ovarien. Quelles sont les deux principales étiologies ?

- A - Cancer de l'ovaire.**
- B - Kyste vestigiale.**
- C - Cancer de la trompe.**
- D - Kyste fonctionnel.**

*(Réponse : BD )*

**QUESTION 3/4 :**

Quel examen complémentaire permet d'établir le degré d'extension locorégionale du cancer de l'ovaire ?

- A - Échographie endovaginale.**
- B - IRM.**
- C - Scanner.**
- D - Exploration chirurgicale.**

*(Réponse : D )*

**QUESTION 4/4 :**

Dans quelle situation, une annexectomie simple peut-elle être envisagée chez une femme jeune ?

- A - Stade Ia.**
- B - Stade Ib.**
- C - Stade Ic.**
- D - Tous stades I.**

*(Réponse : A )*

## CAS CLINIQUE : TUMEURS DES OVAIRES

### Scénario :

Mme X., 52 ans, consulte pour ballonnement abdominal apparu depuis quelques mois, parfois associé à des éructations, sans horaire particulier. Elle se plaint également d'une asthénie et d'une diminution de l'appétit.

Dans votre observation, vous notez : aucun antécédent médical ou familial particulier ; appendicectomie dans l'enfance ; elle n'a jamais pris de contraception, son suivi gynécologique est irrégulier, elle a mené trois grossesses à terme sans particularité.

Votre examen clinique : matité dans les flancs, masse pelvienne difficile à préciser mais que vous retrouvez au toucher rectal. Le TV vous révèle une masse latéro-utérine droite, dure, irrégulière et semblant être fixée.

### QUESTION 1/7 :

Quel diagnostic évoquez-vous ? Quel est le type anatomo-pathologique le plus fréquent dans ce diagnostic ?

*Réponse attendue :*

Tumeur maligne de l'ovaire droit, devant l'association d'un terrain favorable (femme de la cinquantaine, absence de suivi régulier), d'une altération de l'état général (asthénie), des données de l'examen clinique : ballonnement abdominal, suspicion d'ascite, masse pelvienne fixée, dure et irrégulière. Le type le plus fréquent de cancer de l'ovaire est le cystadénome séreux.

### QUESTION 2/7 :

Quel est le meilleur examen complémentaire pour affiner votre diagnostic ? Qu'en attendez-vous ?

*Réponse attendue :*

Échographie pelvienne par voie abdominale et endovaginale. On recherche une masse annexielle irrégulière, hétérogène, avec des parois épaisses et irrégulières, une capsule rompue, solido-liquidienne, avec des végétations exokystiques et endokystiques ; on contrôle l'autre ovaire, l'utérus et l'endomètre ; on confirme la présence d'une ascite.

**QUESTION 3/7 :**

Votre diagnostic semble se confirmer. Quel est le reste du bilan paraclinique à effectuer ?

*Réponse attendue :*

Scanner abdomino-pelvien ou, si possible, IRM recherchant la confirmation des données de l'échographie pelvienne (aspects de la masse annexielle...) en les précisant, recherche d'adénopathies suspectes, d'une carcinose péritonéale. Échographie abdominale recherchant des adénopathies, des métastases hépatiques. Ponction d'ascite pour examen cytobactériologique et anatomopathologique. Urographie intraveineuse, transit œso-gastro-duodénal (contexte d'éructions). Marqueurs sériques : CA 125, CA19-9, HCG, AFP. Bilan du terrain et de l'opérabilité, frottis cervico-vaginal, mammographie bilatérale, radiographie pulmonaire.

**QUESTION 4/7 :**

Ces examens vous ont donné des arguments supplémentaires en faveur de votre diagnostic. Quel serait le premier temps du traitement ?

*Réponse attendue :*

Traitement chirurgical : exérèse tumorale maximale dans le but de ne pas laisser de reliquat tumoral tant que possible : hystérectomie totale (annexectomie bilatérale), omentectomie, lymphadénectomie pelvienne et lombo-aortique ; prélèvements anatomopathologiques multiples dans le péritoine vésical, dans les gouttières pariétocoliques et au niveau diaphragmatique, prélèvement d'ascite peropératoire. (Remarque : on ne fait plus d'appendicectomie systématique). Surveillance : clinique, biologique, paraclinique du postopératoire.

**QUESTION 5/7 :**

À quoi correspond le stade III du cancer de l'ovaire ?

*Réponse attendue :*

Métastases péritonéales au-delà du pelvis et/ou adénopathies métastatiques régionales.

**QUESTION 6/7 :**

Voyez-vous la nécessité de faire un autre type de traitement que la chirurgie dans un stade III ? Si oui, quel serait ce type de traitement ?

*Réponse attendue :*

Oui. Polychimiothérapie adjuvante associant un dérivé du platine et un autre produit (en fonction des équipes) au rythme de 1 cure par mois pendant 6 mois. Surveillance : tolérance et efficacité du traitement.

**QUESTION 7/7 :**

Un autre geste pourrait être proposé à une patiente atteinte d'un cancer de l'ovaire stade III en cours de traitement. Quel serait ce geste et pourquoi le réaliser ?

*Réponse attendue :*

« Second look » chirurgical en cas de rémission clinique et paraclinique complètes, avec prélèvements multiples pour rechercher des reliquats tumoraux (biopsie orientées et systématiques. Ce type d'intervention n'est pas proposé en cas de mauvais état général.