

# Les tumeurs de l'ovaire

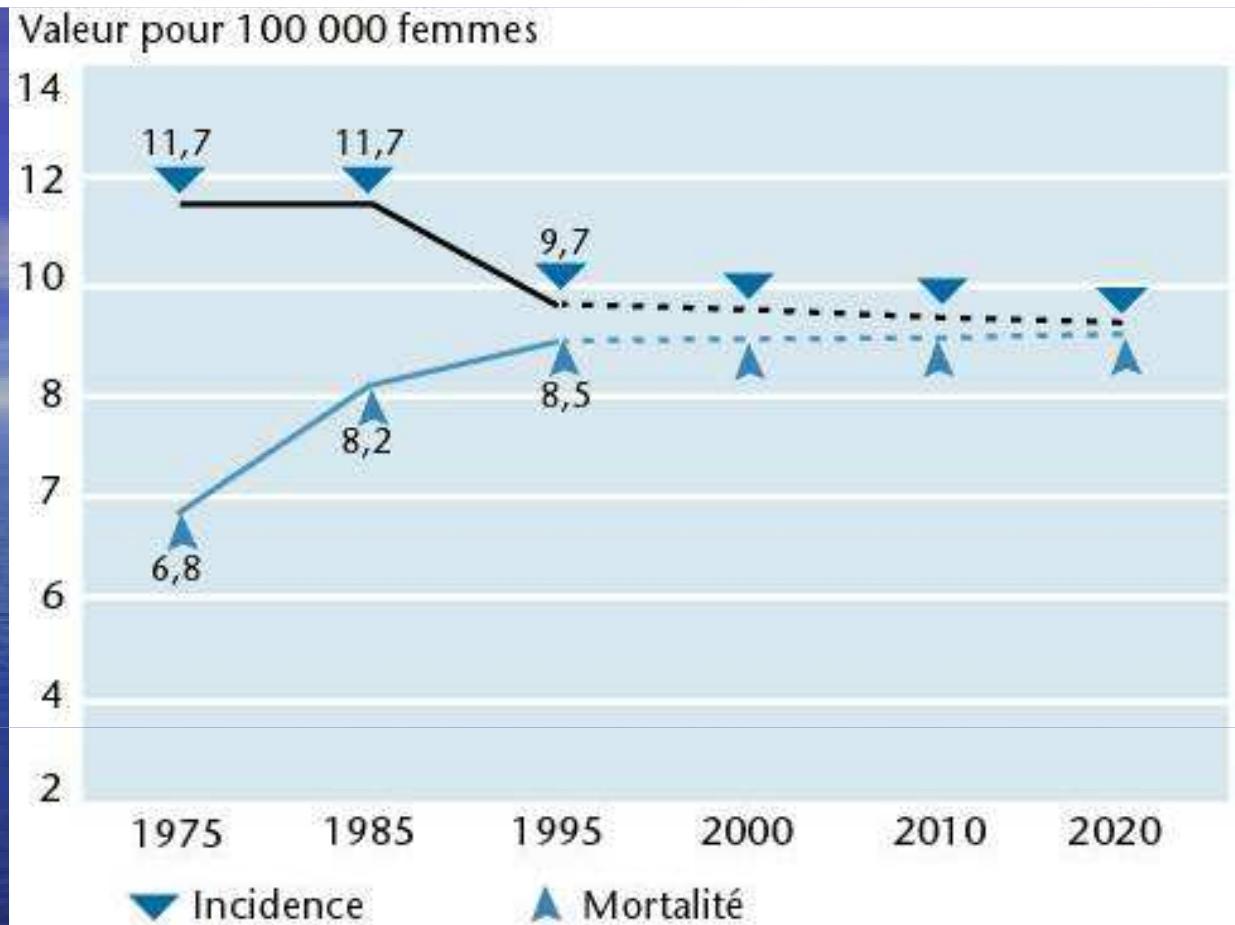


Jacques Lansac  
CHU de tours

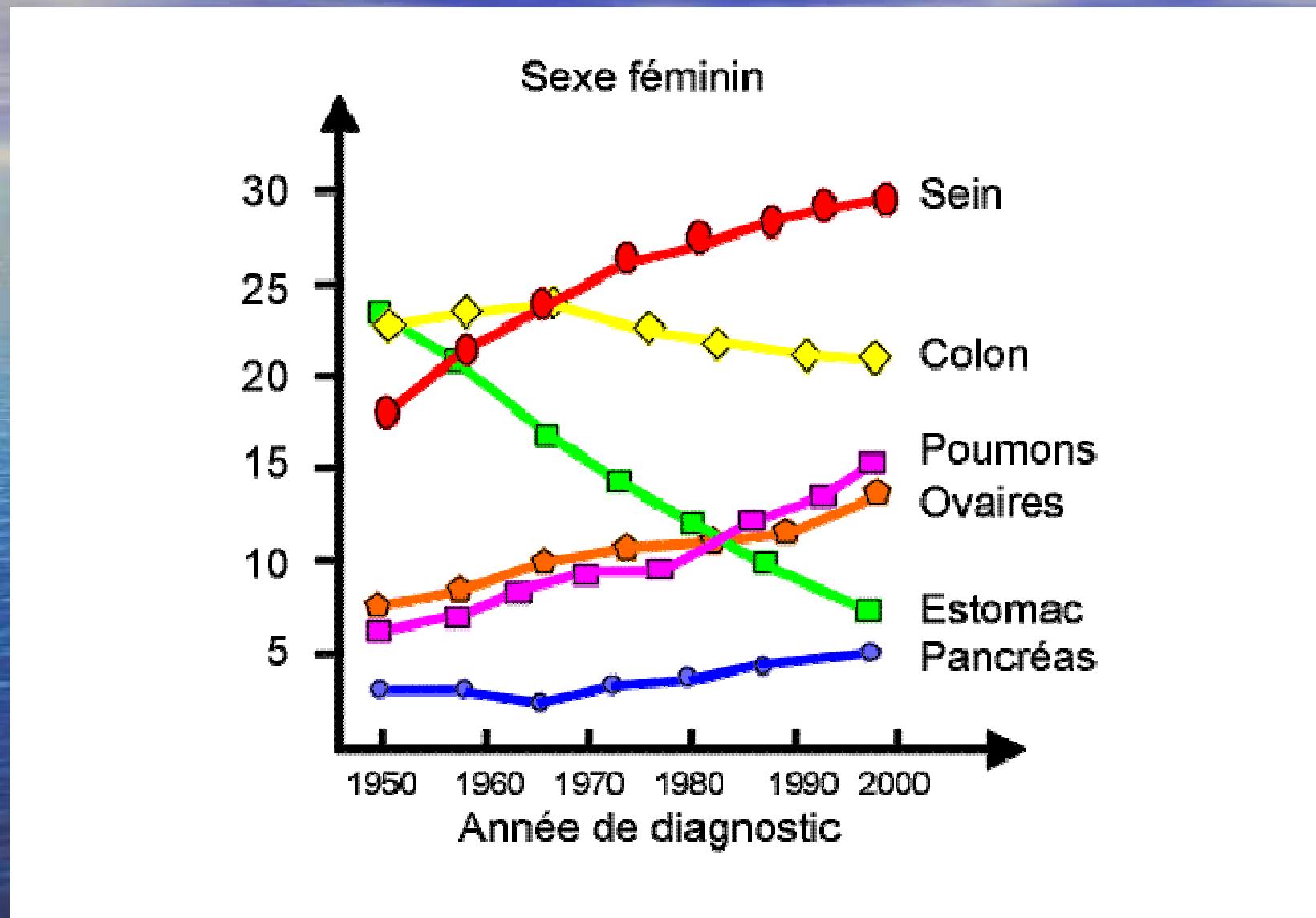


# Epidémiologie

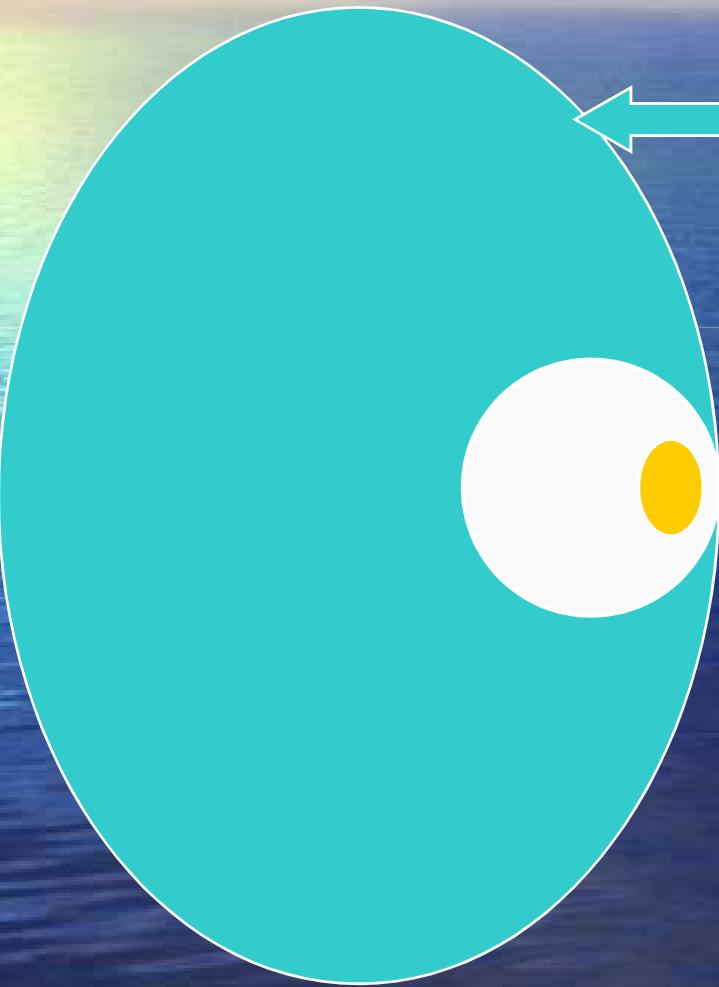
- 5é me rang des Kc
- 50/1000 de 55 à 65 ans
- 4488 cas /An ( France 2000)
- Risque diminué par 2 si OP 5 a 10 ans
- Augmentation du risque si BCRA1 ou BCRA2 (RR18)
- Augmentation si femme stérile , inducteurs Ovulation?



## Mortalité par cancer chez la femme . Francim 2000



# Anatomie Pathologique



## T. du revêtement (80%)

- Séréuses :Cytadénome bénin
- Cystadénocarcinome :malin
- Mucineuse: cystadénome
- Cystadénocarcinome
- Endométrioïde :Kyste
- Cystadénocarcinome



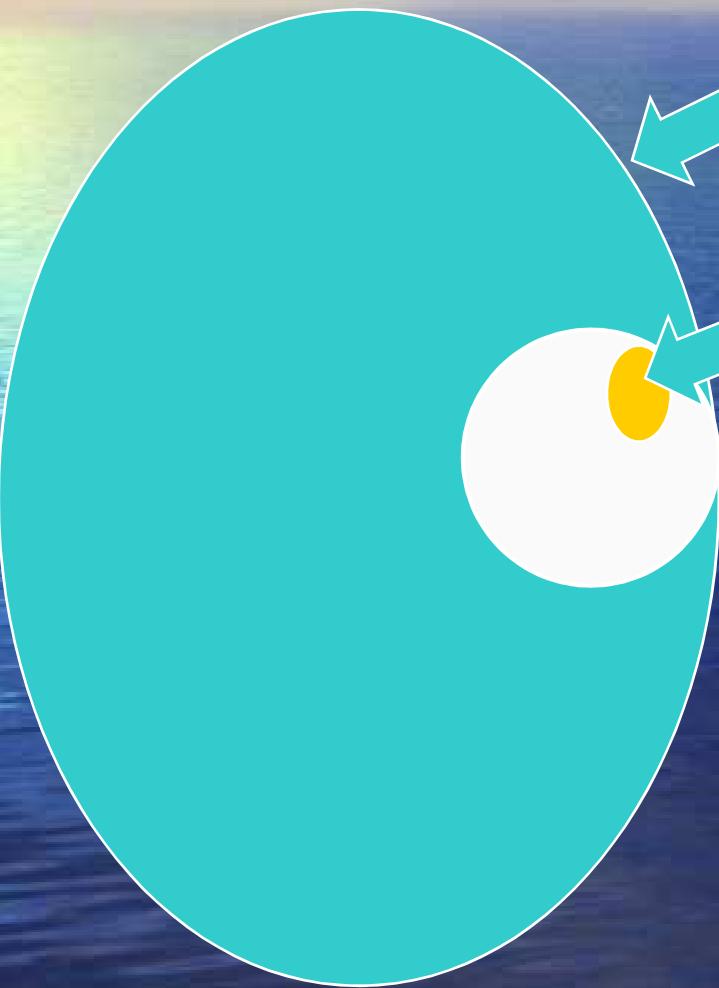
} Border Line

} Border Line

} Border Line



# Anatomie Pathologique



**T.du revêtement (80%)**

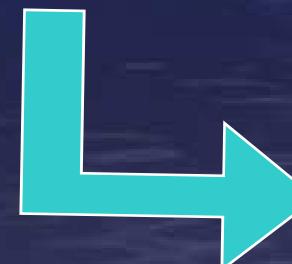
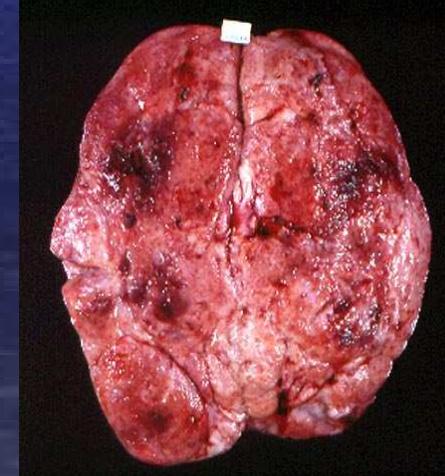
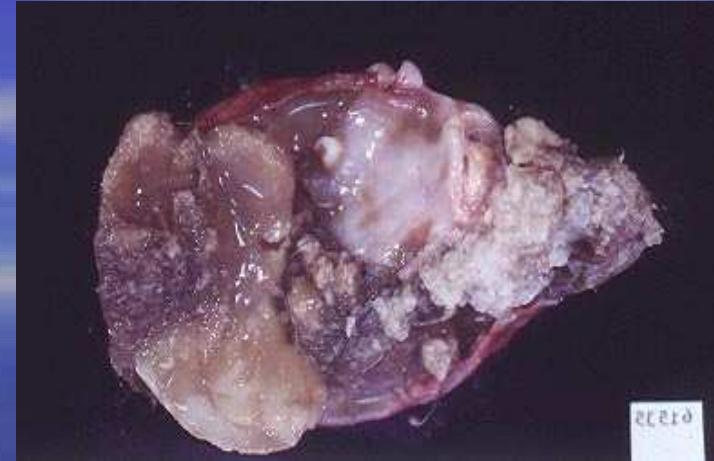
**T.Germinales (10%)**

Dysembryomes ou tératomes

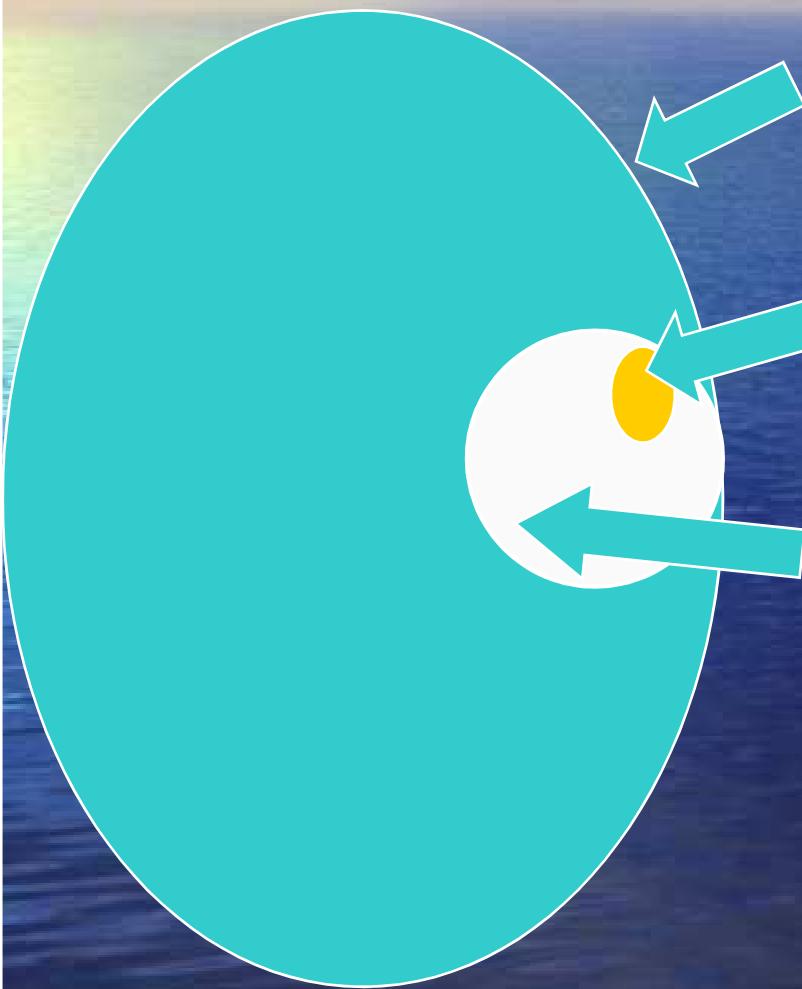
Matures bénins =Kyste dermoïde

Imatures malins =Choriocarcinome

Dysgerminomes ou séminomes



# Anatomie Pathologique



**T.du revêtement (80%)**

**T.Germinales (10%)**

**T.Endocrines (3,7%)**

- Tumeurs granulosa secrétant des estrogènes
- Thécomes
- T.Sertoli sécrétant des androgènes



# Anatomie Pathologique



T.du revêtement (80%)

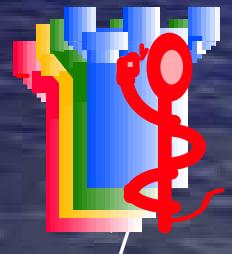
T.Germinales (10%)

T.Endocrines (3,7%)

T.Congonctives

□ Fibromes bénins

□ Sarcomes malins



# Circonstances de découverte

- Troubles des règles :
  - Aménorrhée ,
  - Dysménorrhée
- Douleurs pelviennes
- Troubles du transit
- Augmentation volume abdomen
- Examen systématique : OP, Grossesse ....
  - Masse latéro utérine
  - indépendante de l'utérus



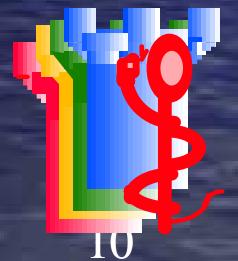
# Circonstance de découverte : complication

- Compression
- Torsion
- Hémorragie
- Rupture
- Infection
- Ascite



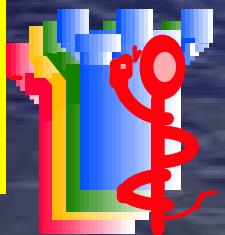
# Circonstance découverte: syndrome endocrinien

- Tumeur masculinisante
- Tumeur féminisante



# Signes cliniques

Signes cliniques révélateurs	Michel & al 1994 n=99	Bonnamy 1999 n=137
<b>Augmentation volume abdomen</b>	<b>25%</b>	<b>26,3%</b>
<b>Douleurs abdominales</b>	<b>26%</b>	<b>24,8%</b>
<b>Compressions</b>	<b>-</b>	<b>10,9%</b>
<b>Métrrorragies</b>	<b>12%</b>	<b>13,1%</b>
<b>Grossesse</b>	<b>2%</b>	<b>2,3%</b>
<b>Fortuit</b>	<b>33%</b>	<b>22,6%</b>



# Distribution de la pathologie en fonction de l 'âge (Rulin 1987)

Nature	Age Moyen
Kyste dermoid e	28 ans
Cystadénome	41 ans
Kyste endométriosiqu e	49 ans
Cancer stade IA	52 ans
Cancer stade > IA	60 ans



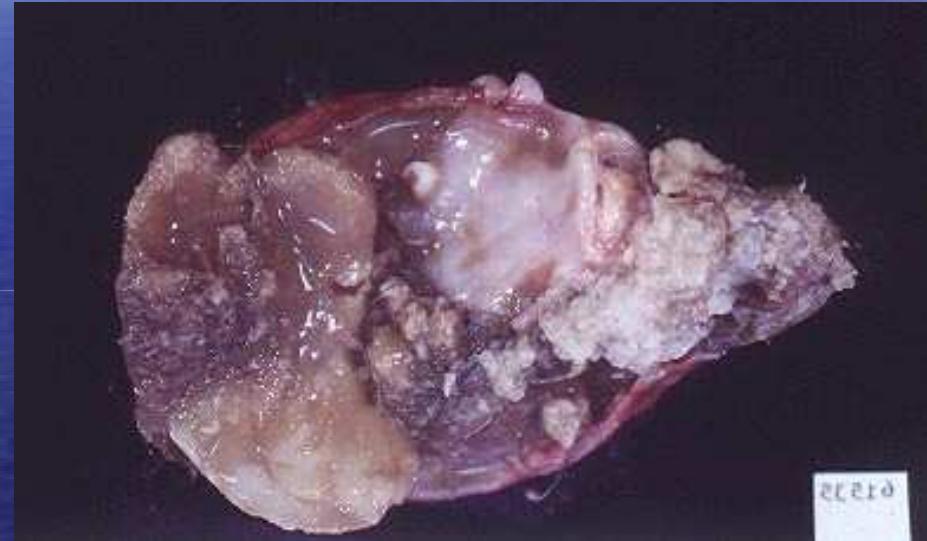
# Le kyste de l 'ovaire est un problème fréquent

- 45000 Femmes /an
- 32000 femme opérés
- Kystes organiques = 75%
- Kystes fonctionnels = 15%

Activité génitale = 8□0%

Post ménopause= 20%

1à 4% des kystes bénins sont malins



# L 'échographie est l 'examen de référence (Np2)

## Le CR doit comprendre :

- La description de la masse
- Le dépistage d 'un épanchement intra péritonéal
- L 'examen de l ' ovaire controlatéral
- L 'utérus
- La recherche de pathologie associée



# Le caractère fonctionnel est affirmé par la disparition du kyste



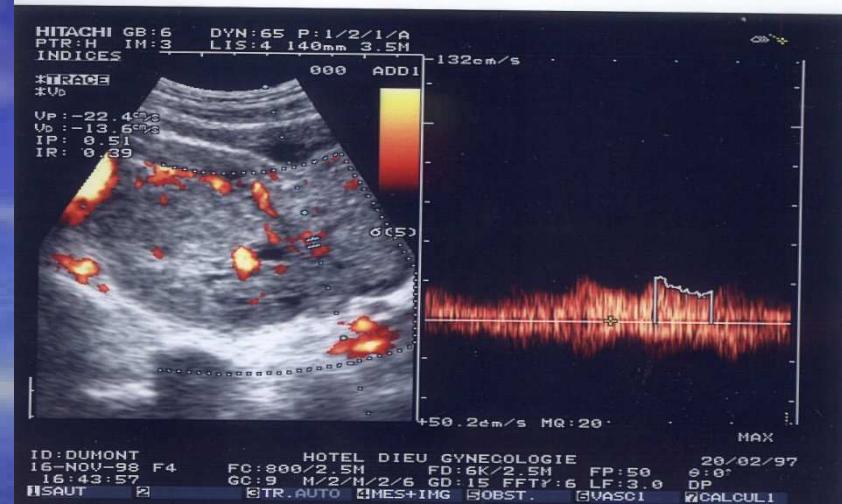
# Le caractère organique est affirmé si:

- Une ou plusieurs végétations intra kystiques
- Diamètre > 6 cm
- Composante solide
- Caractère multiloculaire
- Paroi épaisse



# La malignité est évoquée si :

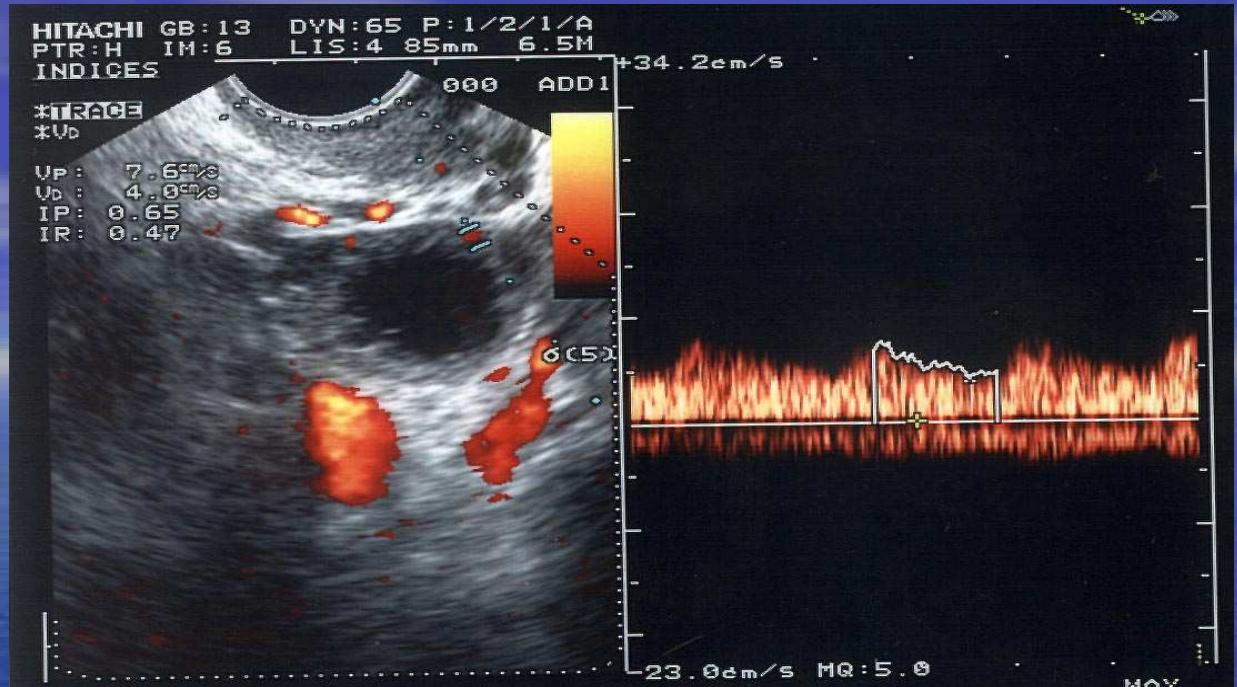
- Une ou plusieurs végétations
- Diamètre > 6 cm
- Composante solide importante
- Caractère multiloculaire
- Paroi épaisse
- **Ascite**
- **L'utilisation d'un score n'est pas recommandée**



Associés



# Le Doppler

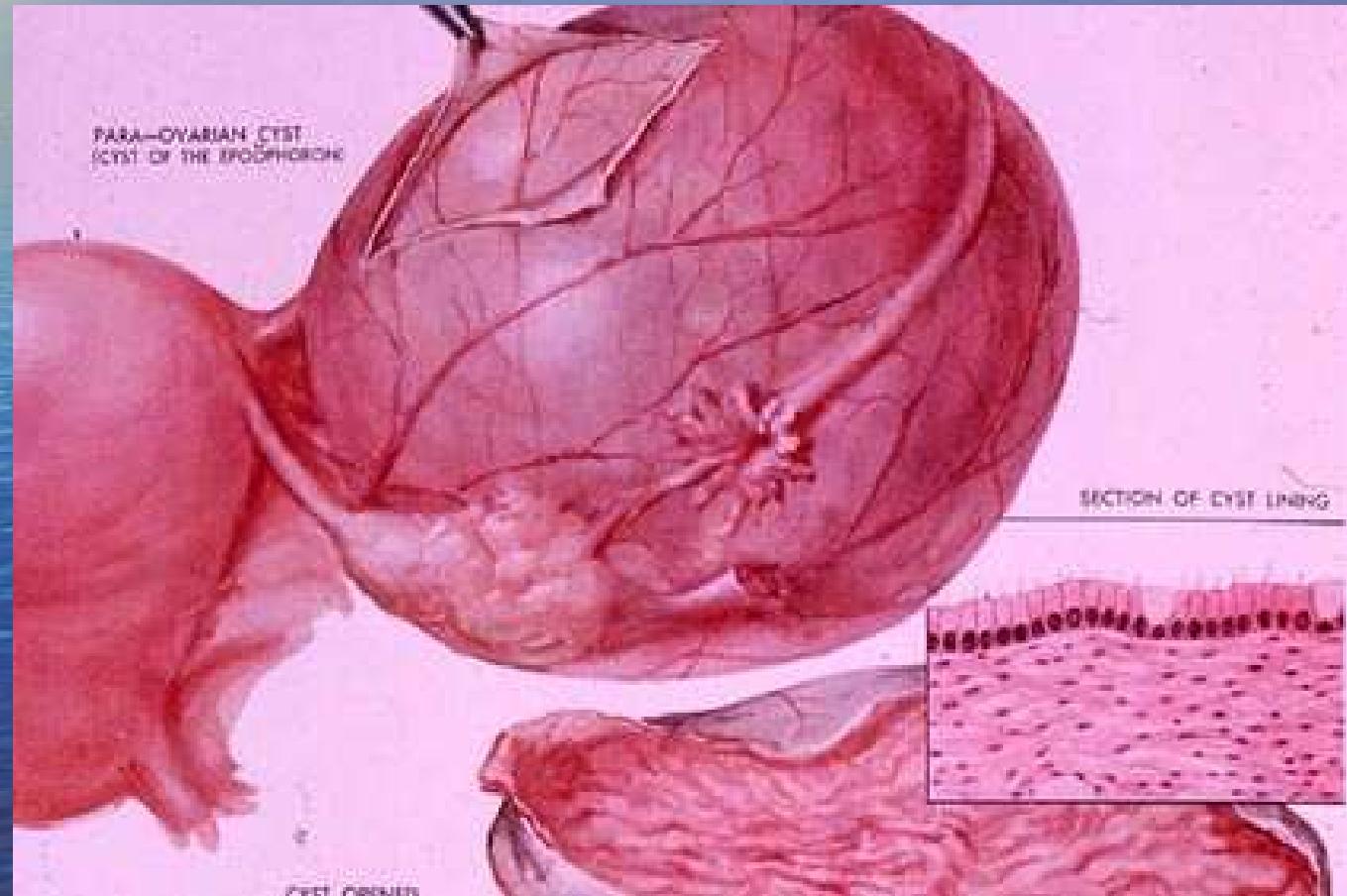


- Améliore performance Bénin /malin (Np 2)
- Vascularisation périphérique
- Index résistance élevé
- Doppler avec produit de contraste non validé

} = Bénin ( Np3)

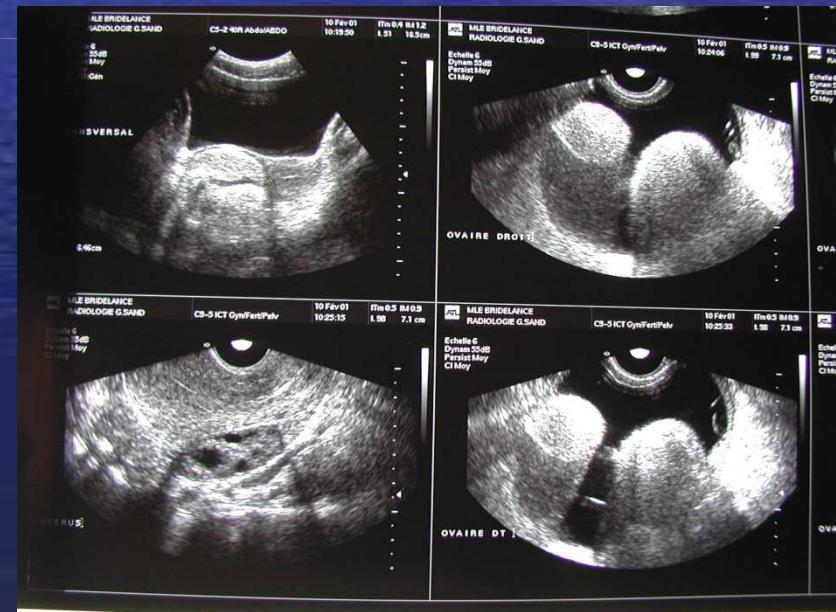


# Elimine une Kyste para tubaire

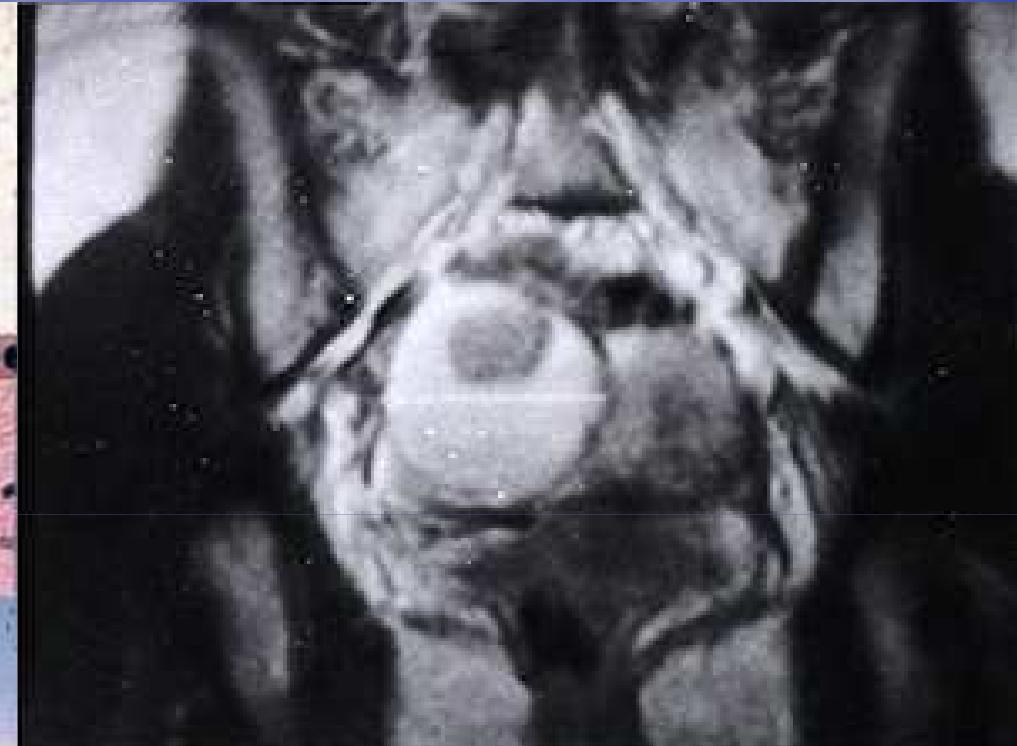
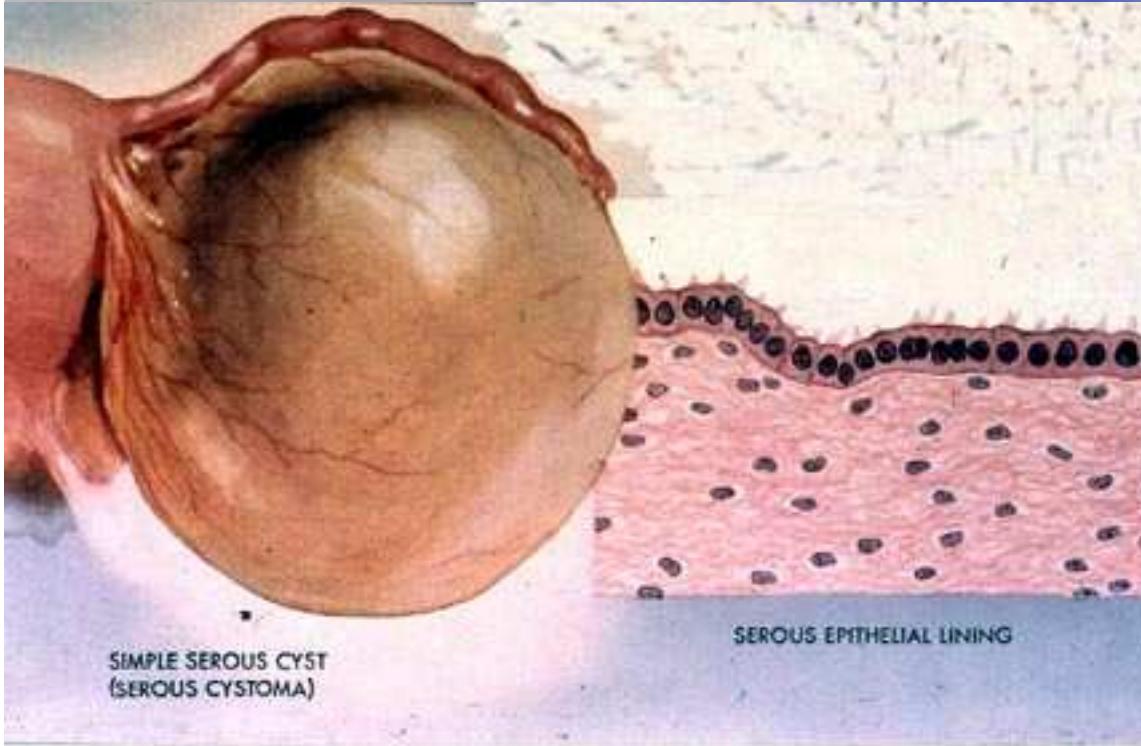


# La radiographie de l 'abdomen sans préparation

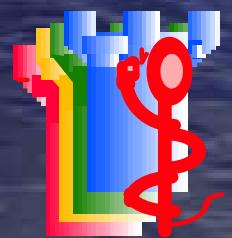
- Utile dans les kystes dermoïdes
- Peut montrer des calcifications dentaires



# IRM et scanner



- Ne sont pas recommandés dans les KO bénins (Np5)

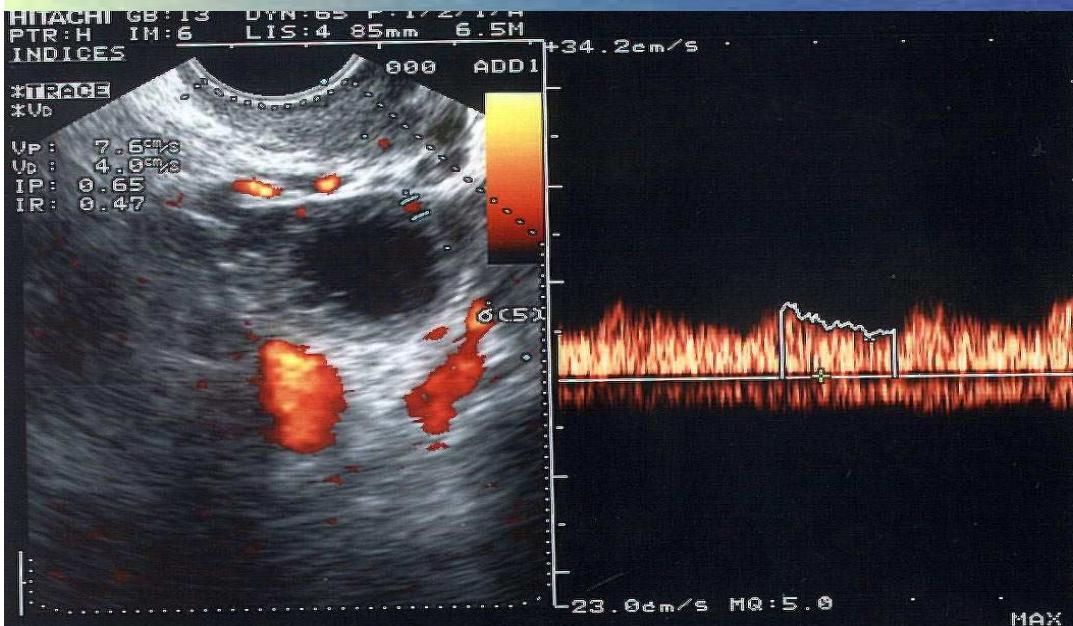


# Le CA 125

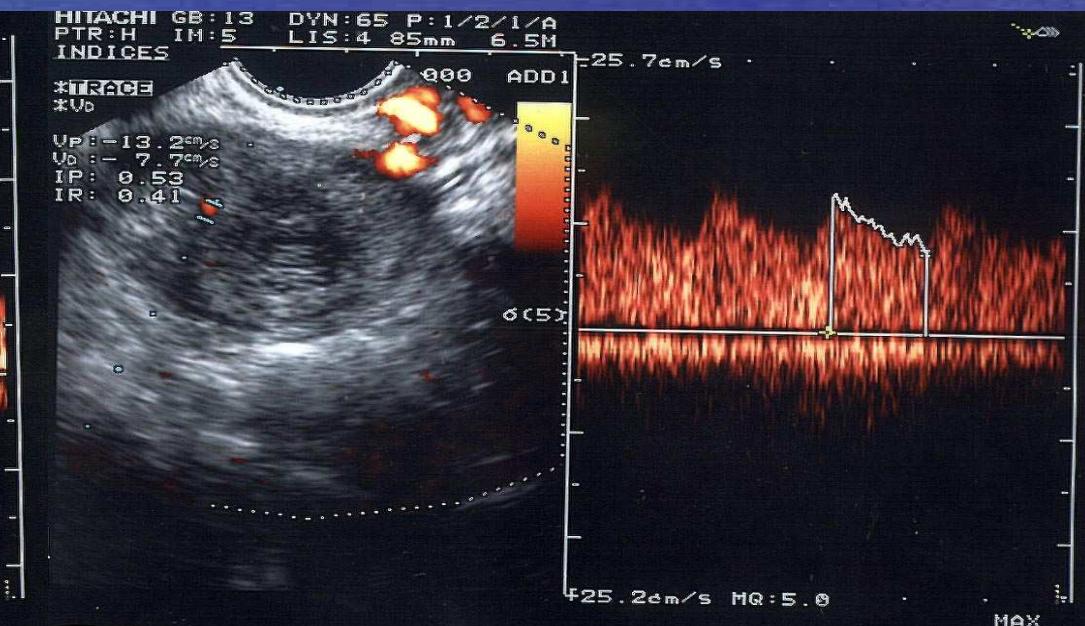
- **Kyste bénin , période activité génitale**  
→ **Dosage pas recommandé( Np 4)**
- **Kyste bénin femme ménopausée**  
→ **Dosage recommandé(Np 4)**



# Le traitement des Kystes de l'ovaire bénins



Kyste du corps Jaune



Kyste dermoïde

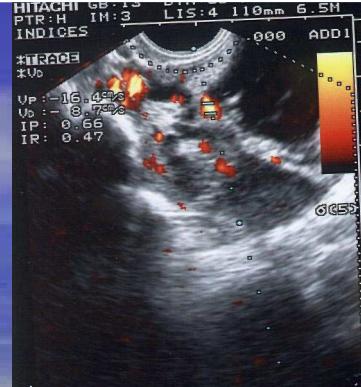
# Traitements des Kystes fonctionnels

- **Abstention thérapeutique (Np1)**
- Pas de progestatifs ou d ' OP(Np1)
- Pas de ponction
- Ne pas modifier la contraception ou THS(Np5)
- Ne pas supprimer le Tamoxifène
- KOF avec stérilet levonorgestrel =30% =Abstention
- **KOF induits par les traitements chirurgicaux :abstention si asymptomatiques**



# Traitement du Kyste organique

- Ponction?
- Coelio chirurgie
- Laparotomie



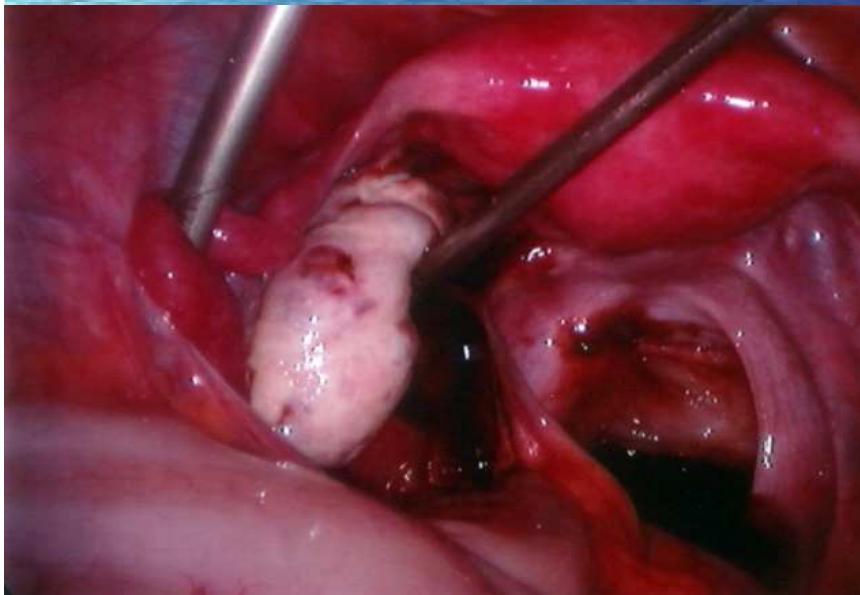
# La place de la ponction échoguidée

- **Contre indiquée** si suspicion : T. maligne, border line  
Dermoïde, mucineux
- **Pas efficace** si KOF activité génitale ( NP1)
- Si liquide mucoïde , huileux , sanglant ,goudron  
→ Coelio rapidement (Np 5)
- Si récidive (25% des cas ) → Coelio
- **Indication** :image liquidiennne pure  
+Femme à risque chirurgical



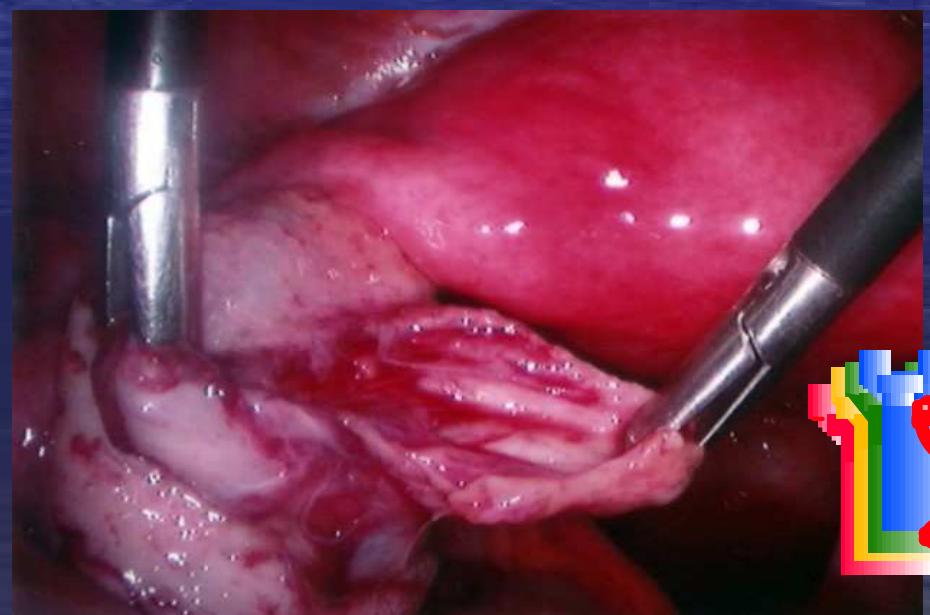
# Quand opérer ?

- **Si complication** → Opérer en urgence
- **Si non compliqué** : → Attendre 3 Cycles  
Vérifier persistance



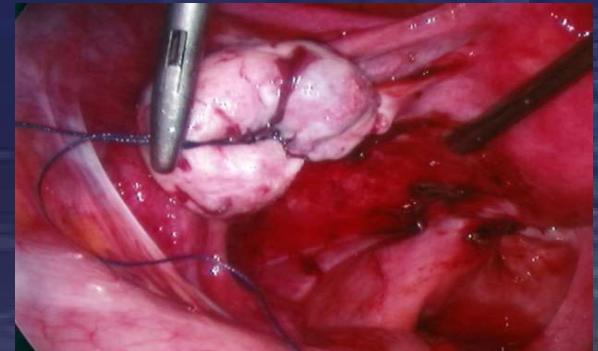
# Quel kyste Opérer ?

- **Kyste d 'allure organique en Echo**
- **Kyste augmentant de volume en Echo**
- **Kyste se modifiant en Echo**

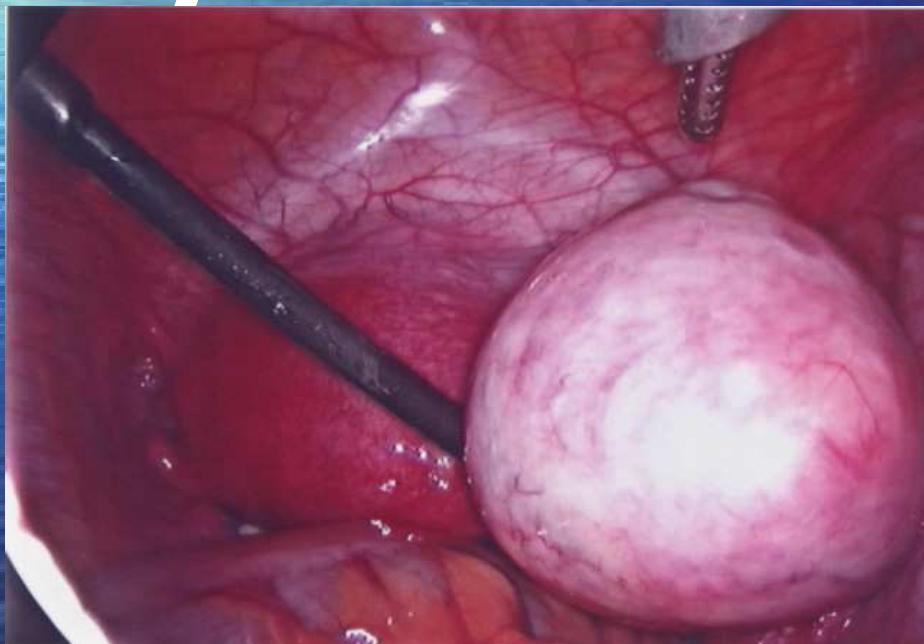


# Quelle technique ??

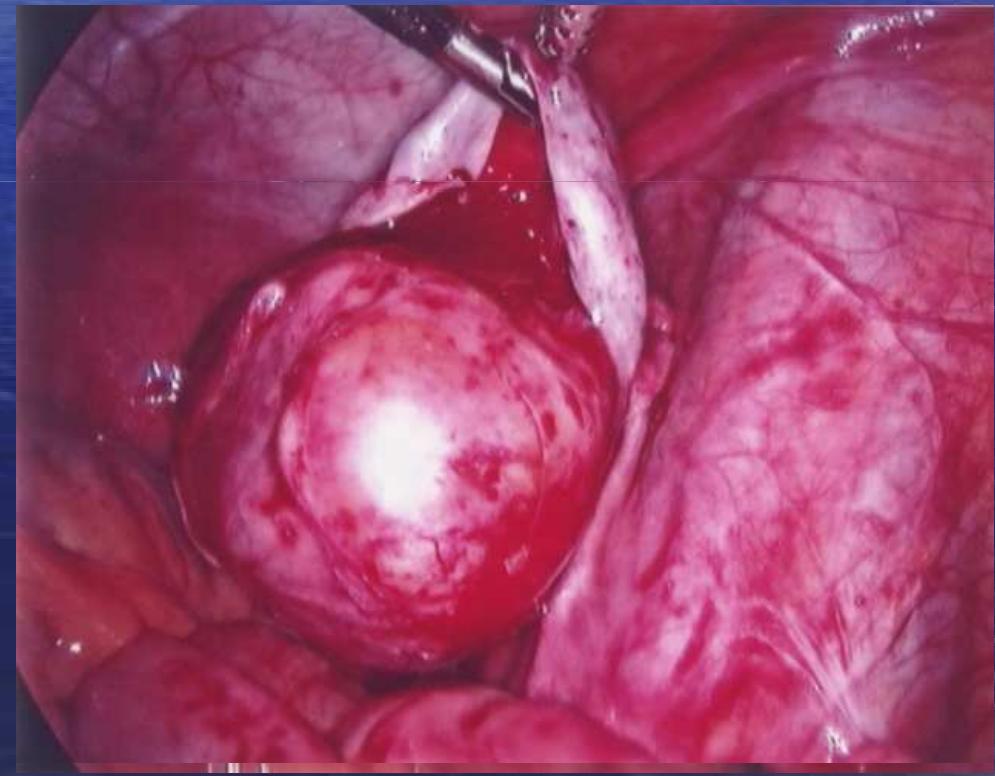
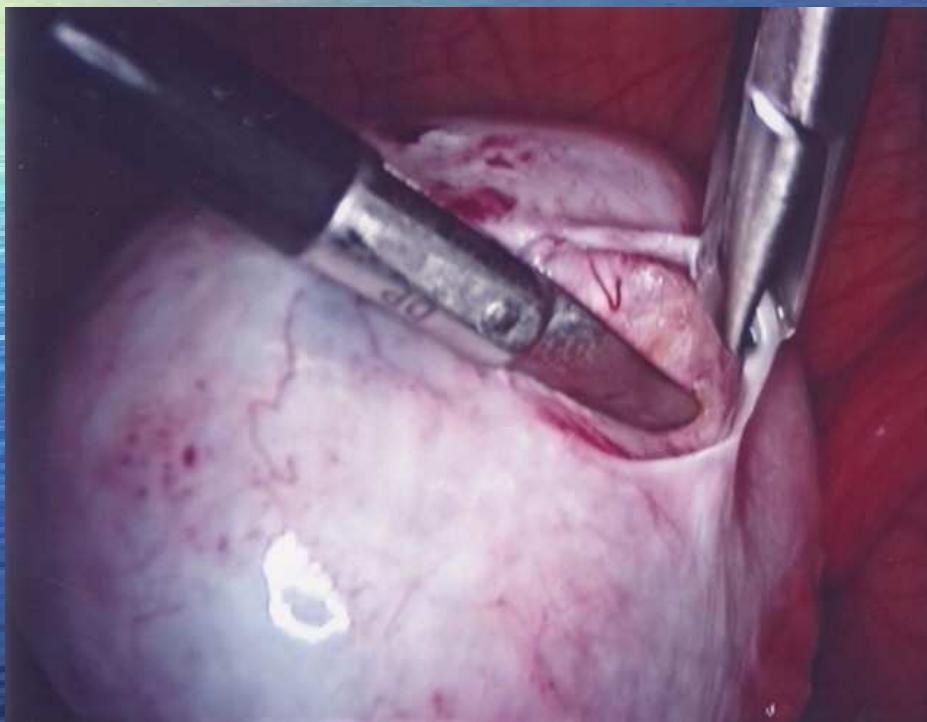
- **La coelioscopie** est la voie de prédilection
- **Prévenir** d'une possible **laparotomie**
- **Prélèvement cytologique** premier
- **K.I.P**=technique référence ( Np4) sans ponction  
ou après ponction
- **Incision antimésiale** + **extraction dans un sac**
- **Pas d 'arguments en faveur de la suture ovarienne**
- **Barrières anti adhérences ???**



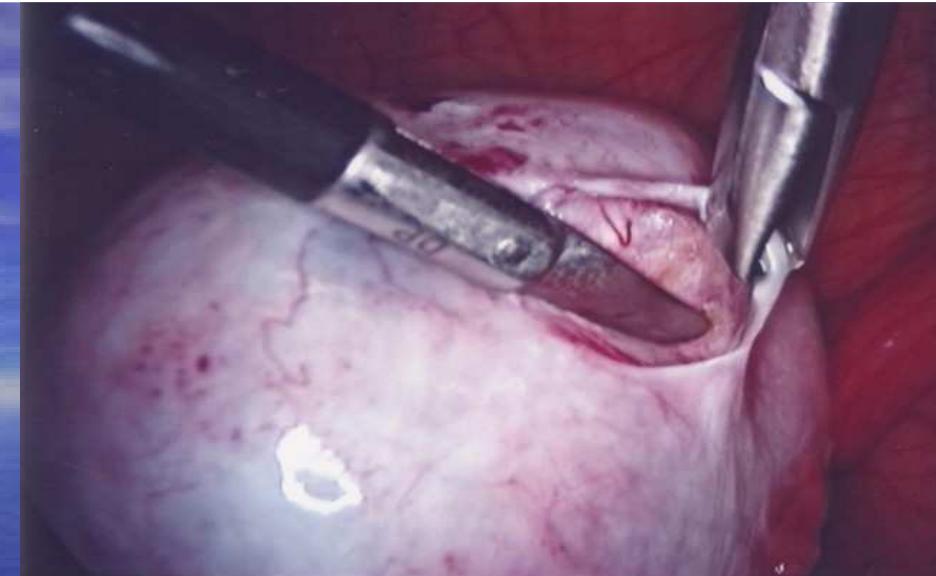
# Traitemet chirurgical des Kystes de l 'ovaire Organiques



# Kystectomie intra péritonéale



# Quelle technique? Cas particuliers?



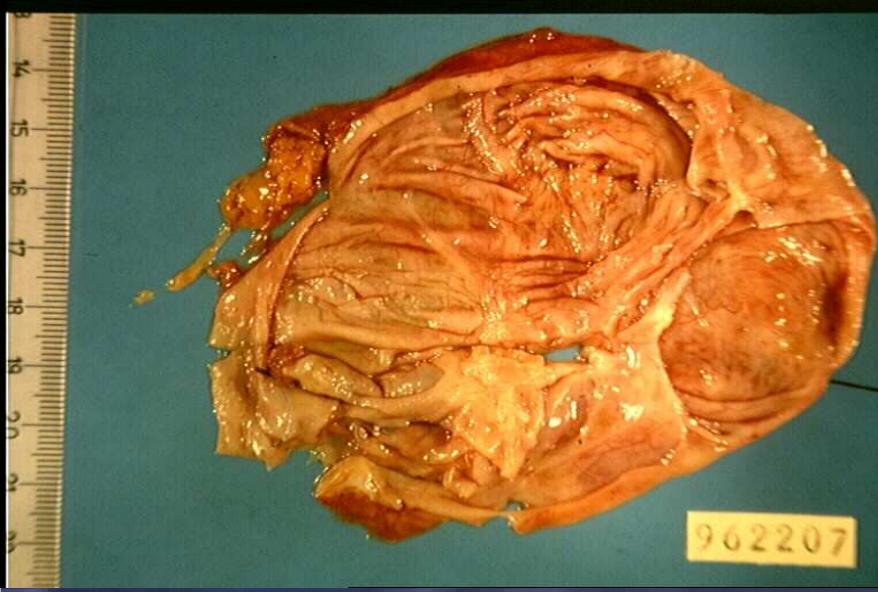
-  **ménopausée** = Annexectomie bilatérale
- **KO. Volumineux** = laisser du parenchyme ovarien
- **KO Dermoïde** controlatéral pte taille :Kystectomie ?
- **KO Mucoïde** : Tt conservateur ,Appendicectomie ?
- **Torsion** : traitement conservateur

Prévention récidive : kystectomie



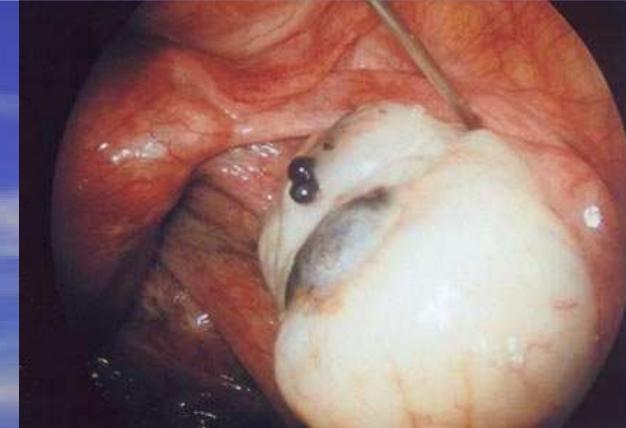
# Examen anatomo pathologique

- **Renseignements cliniques**
- **Pièce fraîche en entier , sans la retourner +++**
- **Extemporané :** pas adapté aux KO  
Si incidence sur acte



Opérateur dépendant  
Si végétation ou parties solides

# L 'endométrioïme



- KIP coelioscopique = Tt de référence (NP1)
- Drainage coelioscopique insuffisant car récidives
- Drainage +Laser = KIP pour récidives  
taux de grossesses(Np1)
- Coelio +drainage+Analogues GnRH+KIP (3 temps).  
+ KIP pour taux de grossesses  
Adhérences (Np3)

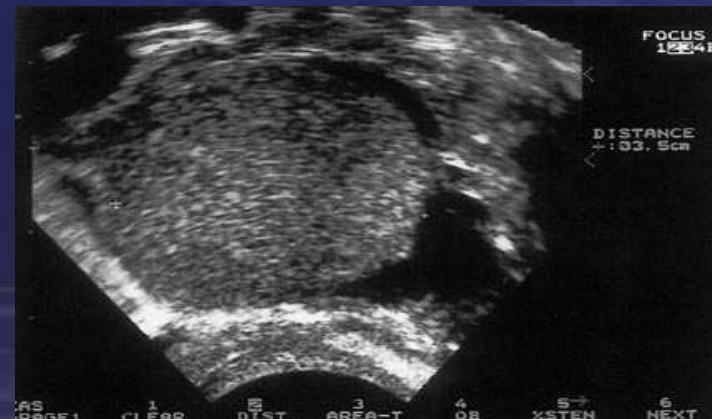


# L 'endométriome

- Les analogues de la Gn RH en préopératoire ?  
durée opératoire idem  
Facilité KIP idem (NP3)
- OP pas contre indiqués en post OP
- **Annexectomy** si a des enfants :
- **Découverte AMP** : Ponction +AB



Uretères



# Kystectomie et fertilité

- **Kystectomie** ne modifie pas la fertilité
- Pas de recommandations sur une technique
- **La nature histologique** ne change pas la fertilité
- **Après KIP**  Réponse stimulation
- **L 'ablation d 'un ovaire** réduit les stock folliculaire agit qualité conceptus ?



Réponse stimulation

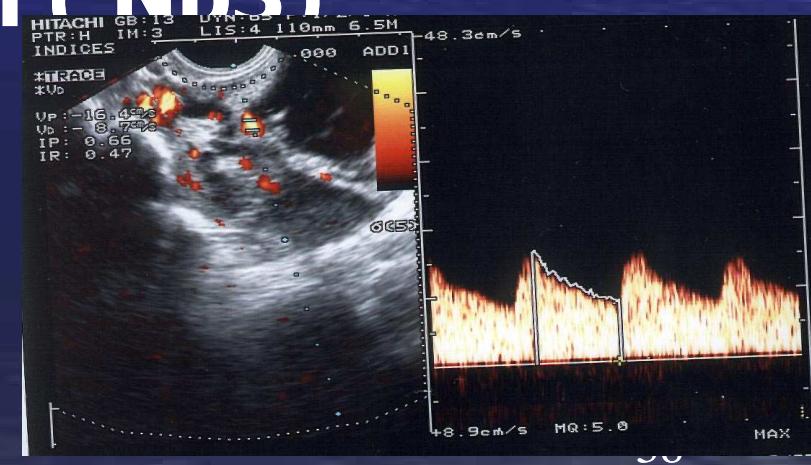
**Privilégier le Tt conservateurs si femme jeune**

# KO péripubertaire(10-16 ans )

-  Fréquence des tumeurs germinales : dermoïdes
- Écho Abdominale = examen référence
- Si Kyste organique :  ACE,  $\alpha$ Foeto,  $\beta$ HCG
- KOF = Abstention
- Récidive : OP minidosés
- Pas de ponctions
- Kystes organiques + Marqueurs  KIP coelio
- Pas de surveillance écho (Np5)

# Kyste ovarien et grossesse

- **1<sup>er</sup> trimestre = KOF régression spontanée (Np2)**
- **>16SA: KOF + dermoïdes (Np3)**
- **Complications rares si < 6 cm ( Nn3)**
- **Cancers exceptionnels (Np3)**
- **Imagerie = écho + Doppler**
- **Marqueurs car grossesse .**

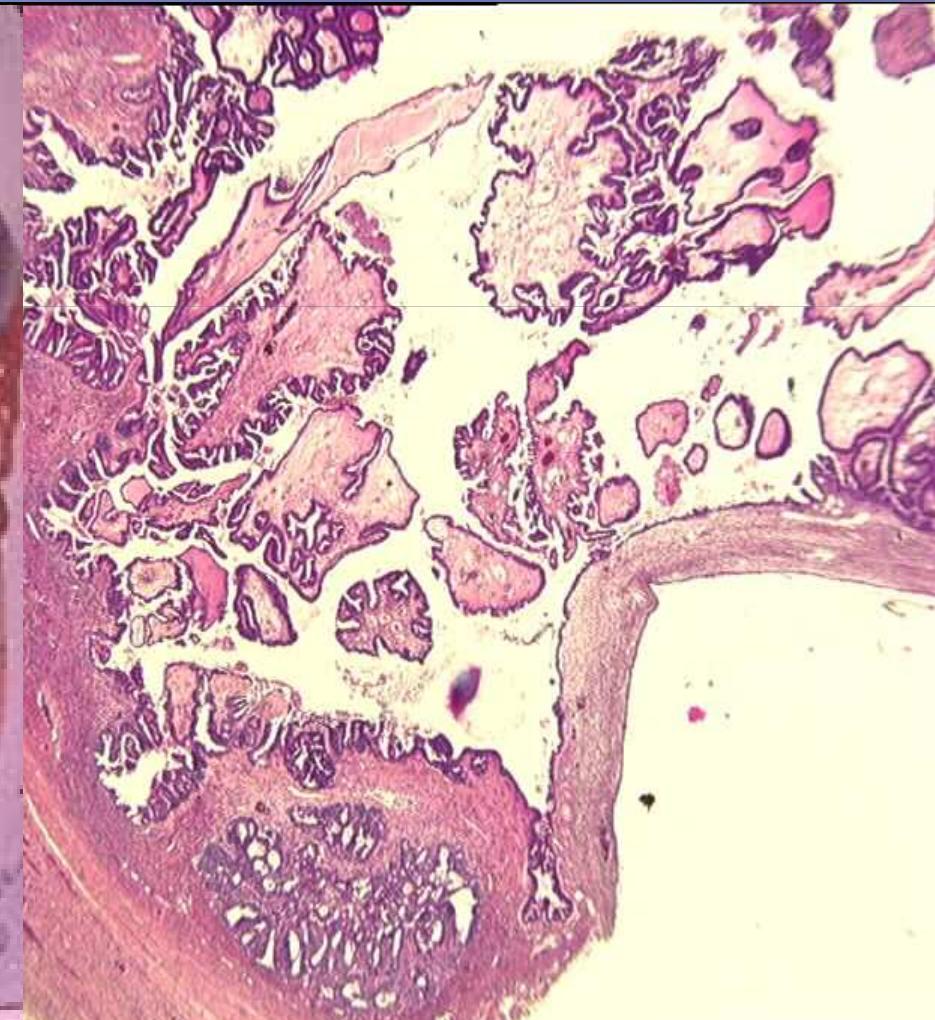


# CAT si KO et grossesse

- 1e Trim = KOE → Surveillance simple
- 2 eme trimestre :
  - pas d 'opération si <5cm (Np3)
  - >6 cm : Surveillance ou Xgie ?
- Pas de ponctions car pas de données (Np 5)
- Coelio possible → 16-17 SA
- Césarienne si KO praevia
- KO découvert lors de Césarienne Kystectomie



# Traitement des tumeurs malignes



# Classification FIGO 1987

- Stade I Limité aux ovaires
  - IA Unilatérale capsule intacte pas d'ascite
  - IB Bilatéral capsule intacte pas d'ascite
  - IC :idem IA ou IB mais avec tumeur extéririsée + Cyto péritonéale +
- Stade II: Atteinte 1 ou 2 ovaires avec extension pelviennes
  - IIa extension utérus et trompes
  - IIb Extension tissus pelviens
  - IIC Idem II a ou b + cytologie +
- Stade III implants péritoneaux en dehors du pelvis
- Stade IV : Métastases à distance



# Méthodes de Traitement des tumeurs malignes de l'ovaire

- Chirurgie :

- Annexectomie

- Hysterectomie totale sans conservation +Omentectomie
  - ±Curage ganglionnaire pelvien ,Lombo-aortique

- Chimiothérapie : 5FU, Cysplatine ,Taxane

- Radiotherapie : Abdomino pelvienne

- Abdominale totale



# Traitements des cancers de l'ovaire



# Tumeurs du revêtement

- Stade Ia :

HT sans conservation +Omentectomie +Appendicectomie

Grade I pas de tt complémentaire

Grade II ou III discuter Chimio ou Rx

Annexectomie si femme jeune

- Stade Ib,Ic,IIa: Chirurgie + chimio(Caboplatine Taxol)

- Stade IIc à III: chirurgie la plus complète +chimio  
Coelio+Chimio

3 cures --->Réponse positif ---> chirurgie

--->Réponse négative --> Chimio 2 ème ligne



# Tumeurs germinales

- Séminome Stade IA : Annexectomie + RX  
Stade IB &II : HT +Rx  
Stade III&IV Xgie + Chimio BEP
- Sinus endodermique ou carcinome embryonnaire  
Stade IA : Annexectomie .BEP



# EXTENSION TUMORALE - STADES DONNÉES F.I.G.O.

Stade	Répartition	Survie
I a et b	20 %	80 - 90 %
I c		
II	20 %	50 - 60 %
III		20 %
IV	60 %	5 %

# Survie T.Epithéliales malignes

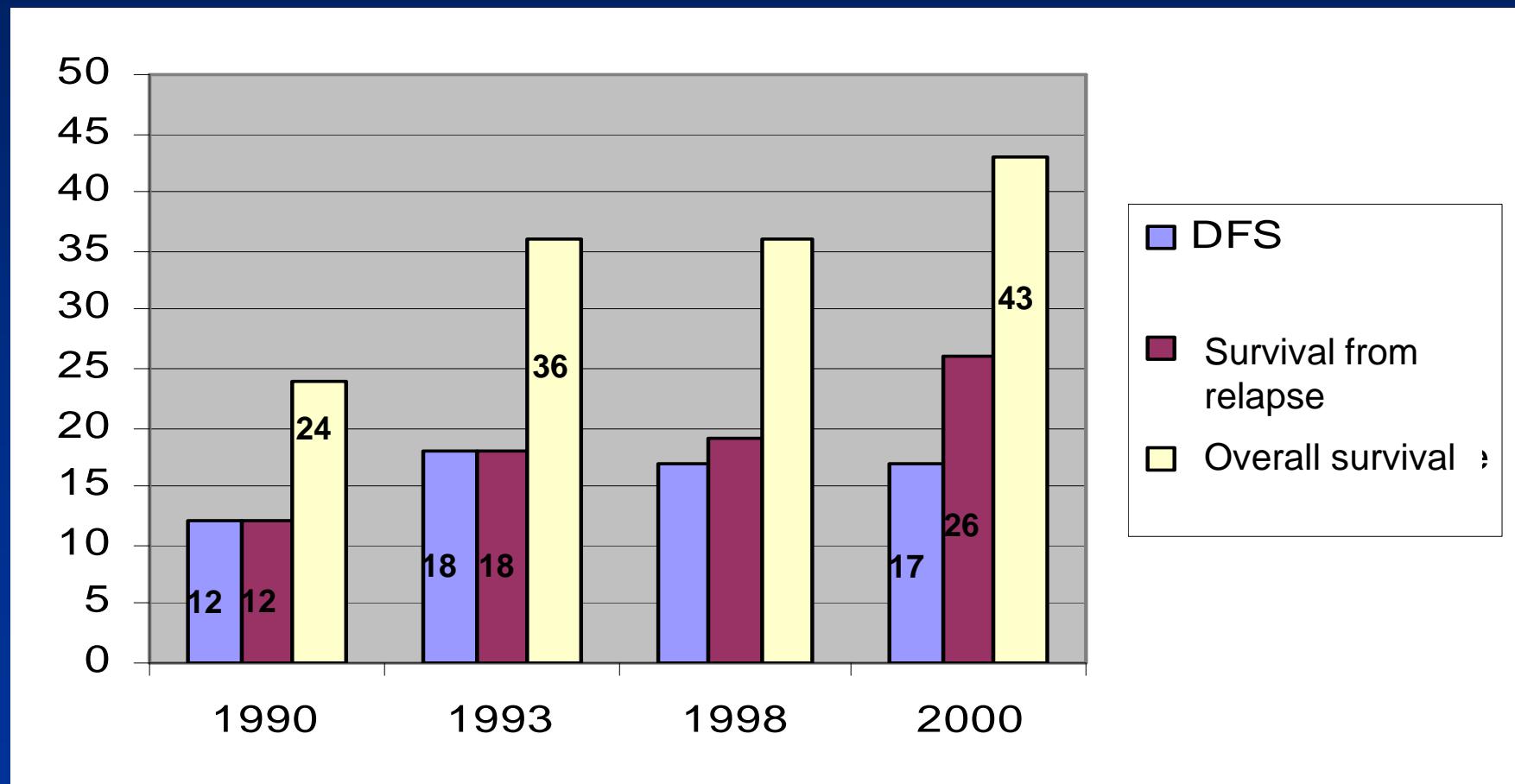
Stade	Potter n=302	CHU Tours N=123	
Survie à	5ans	5 ans	10 ans
Stade I	66%	90%	90%
Stade II	45%	62%	46%
Stade III	13%	24%	16%
Stade IV	4%	17%	4%



# 3rd International Ovarian Cancer Consensus Conference

## 3rd-5th September 2004, Black Forest, Germany

*Il existe une influence des traitements de rechute sur la survie globale*



First line

Cisplatin  
Cyclo.

Cisplatin  
Taxol

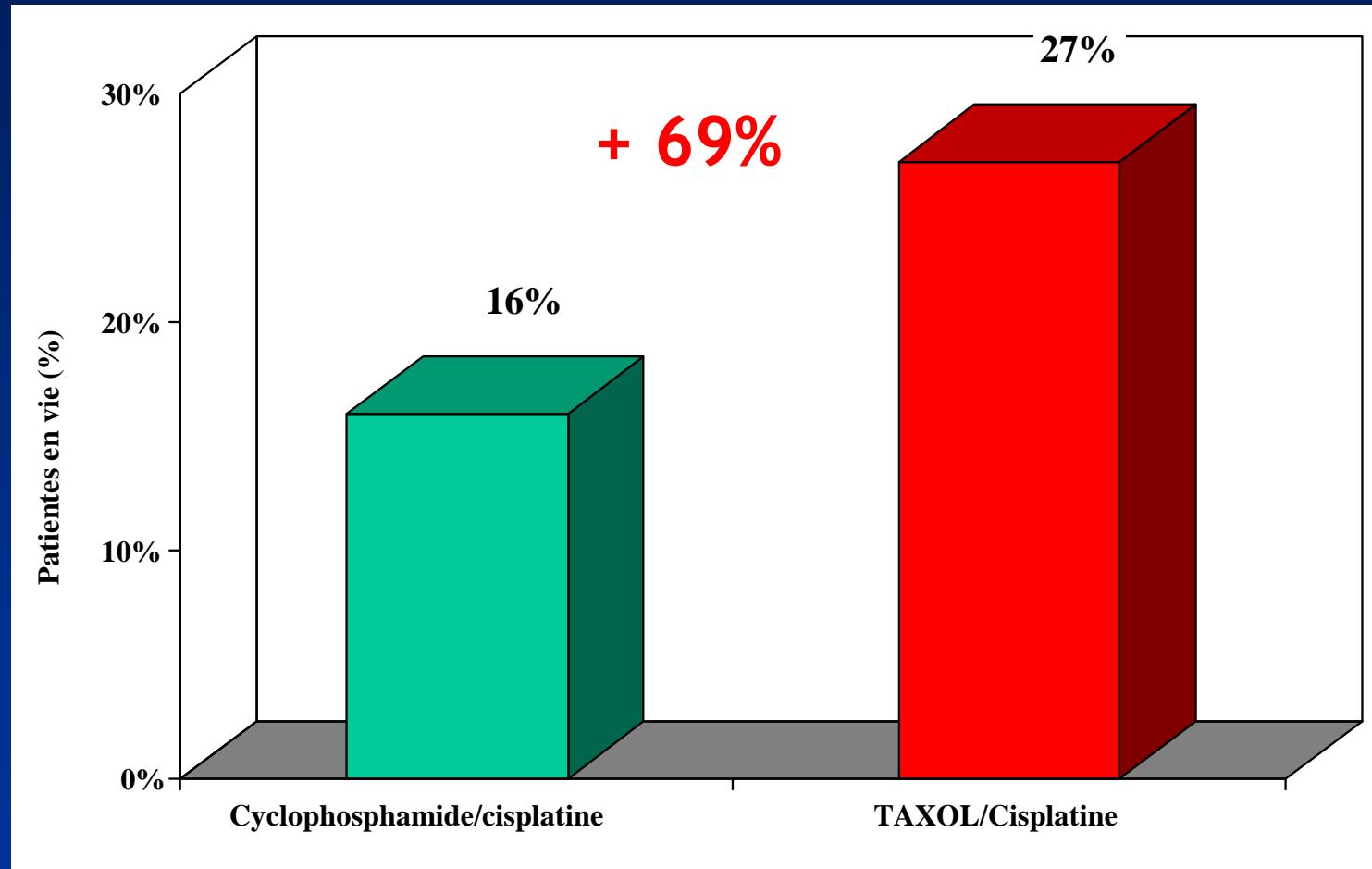
Carboplatin  
Taxol

Carboplatin  
Taxol/Epi

48

# CANCER DE L'OVaire : ÉTUDE GOG 111

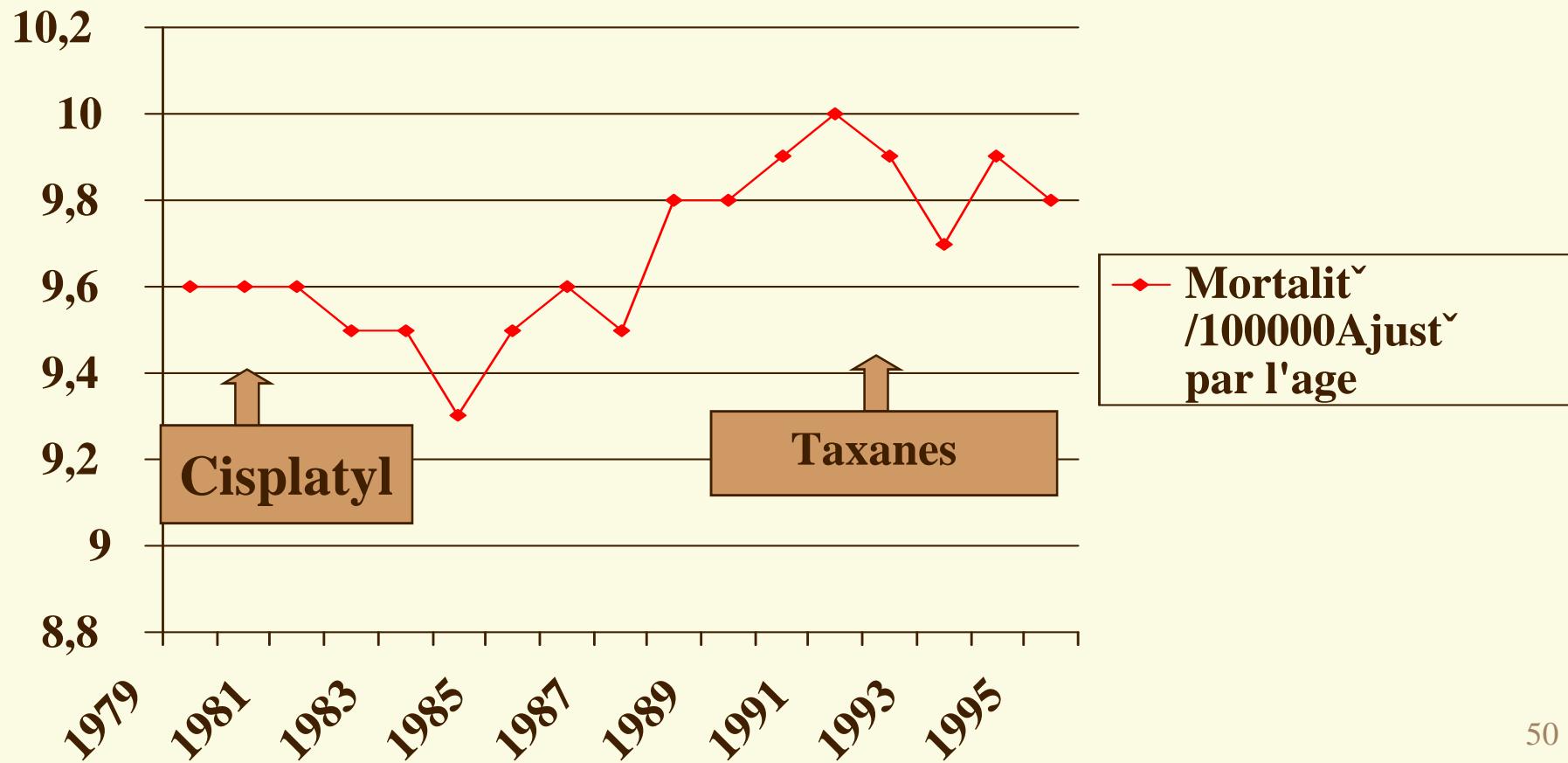
Données de survie à 6,5 ans



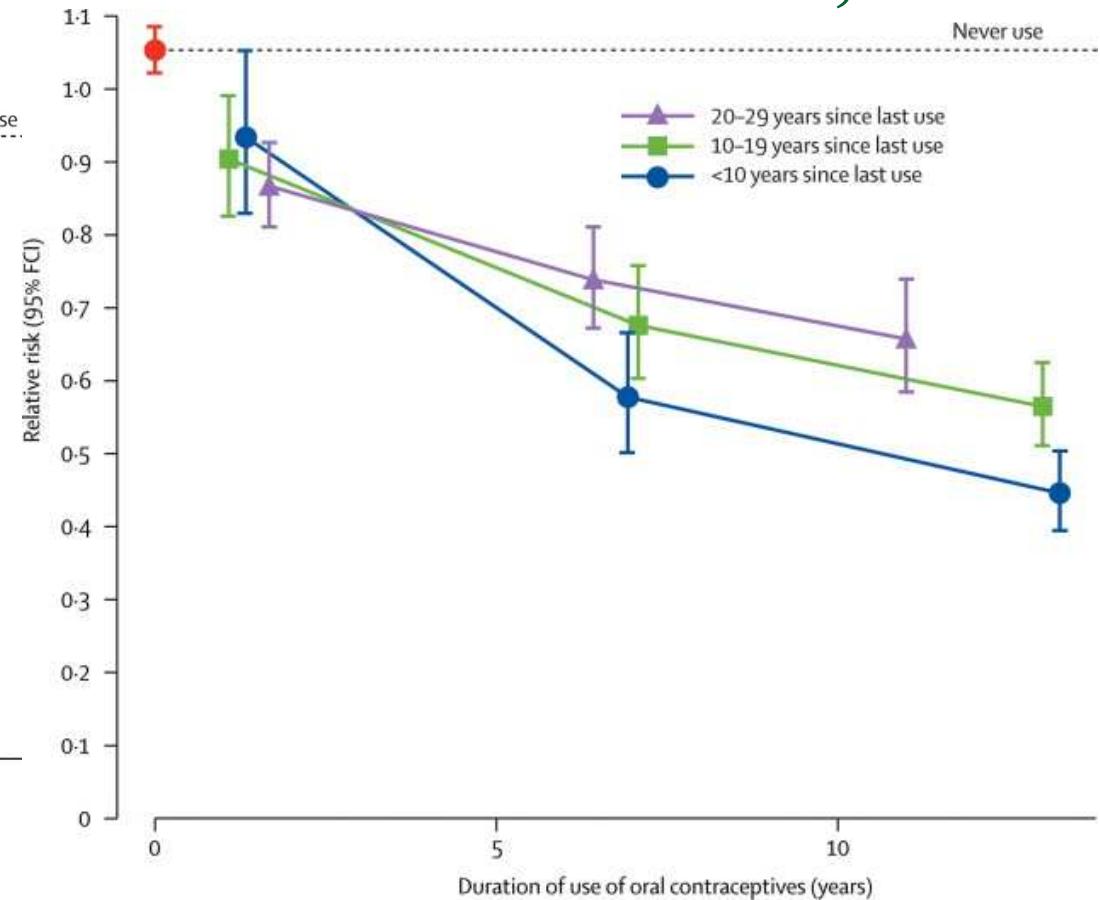
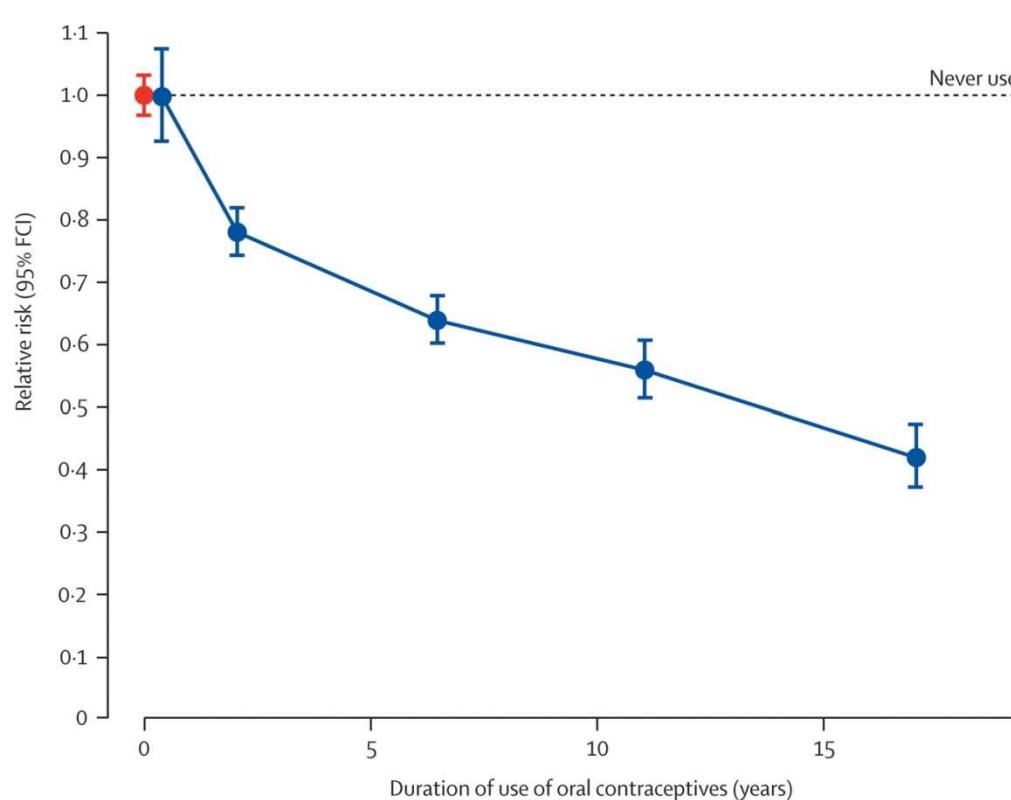
Piccart M.J. et al. Long-term follow-up confirms a survival advantage of the paclitaxel-cisplatin (TP) regimen over the cyclophosphamide-cisplatin (CP) combination in advanced ovarian cancer (AOC). ESMO 2002. Abst 395.

# Mortalité par cancer de l'ovaire (USA)

Oriel & al Obstet Gynecol 1999;93 :30-3

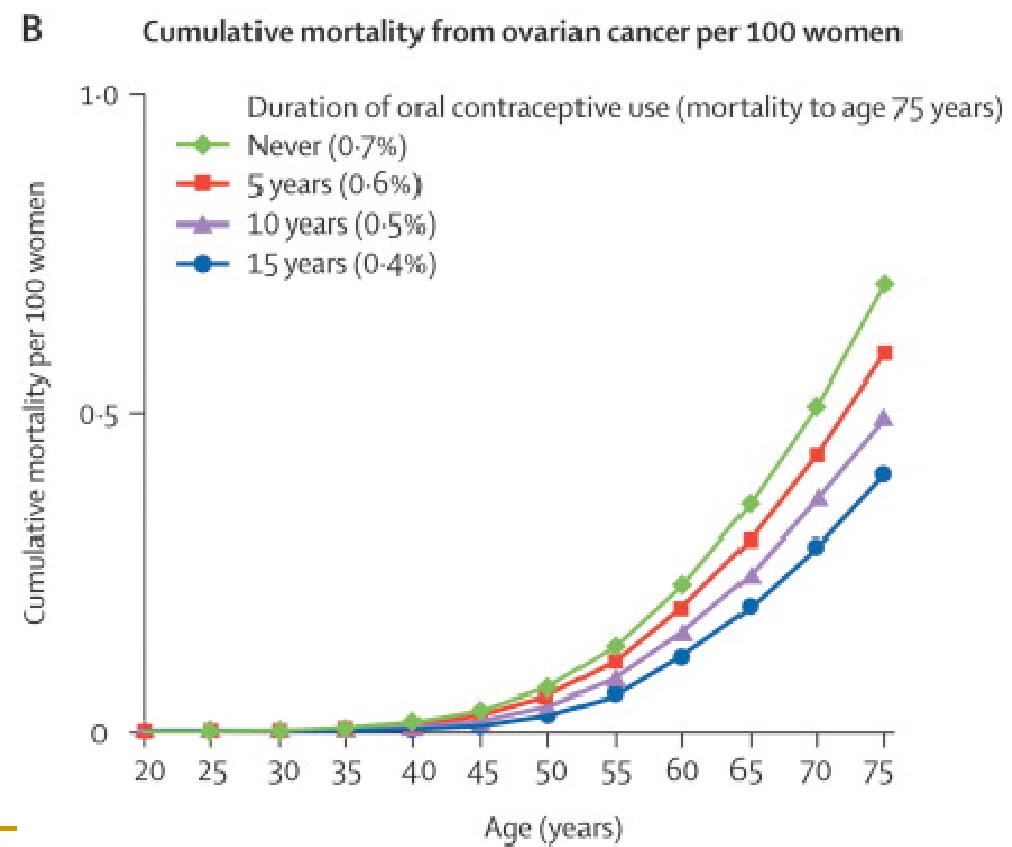
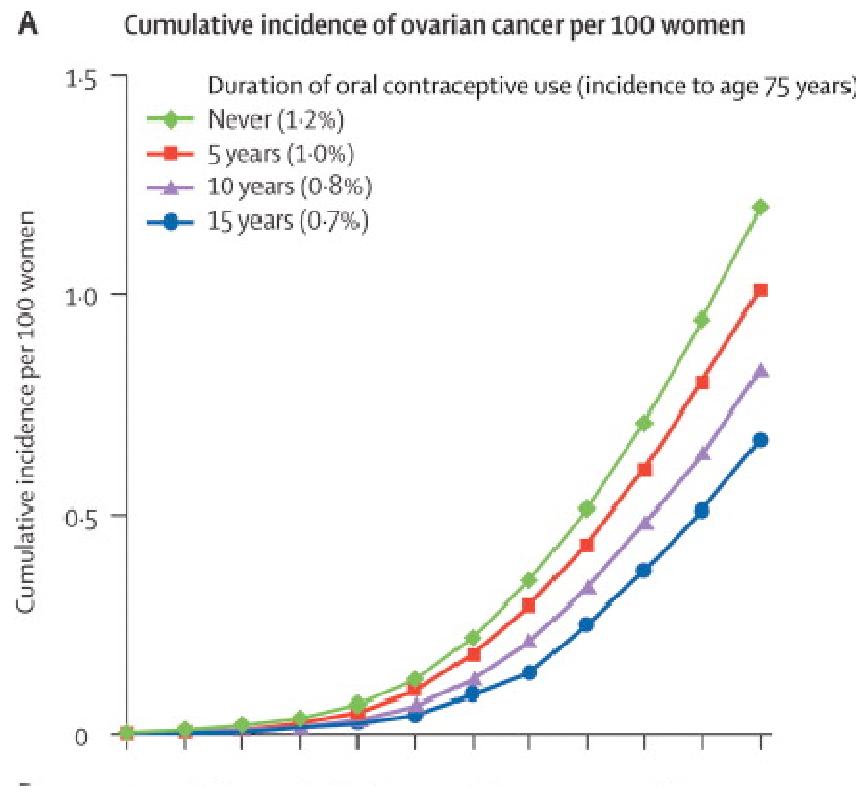


# Sur les 50 dernières années et dans le monde : diminution 200 000 Cas/100000 décès en moins ;

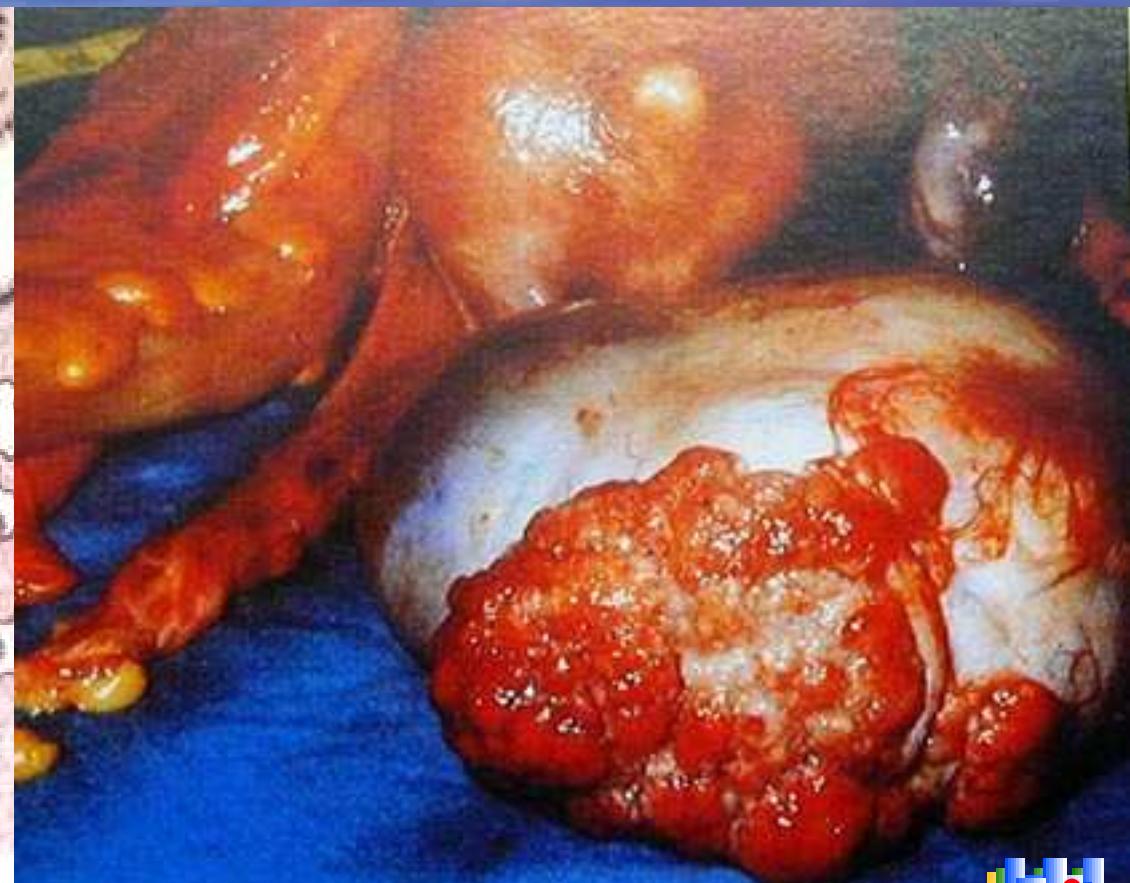
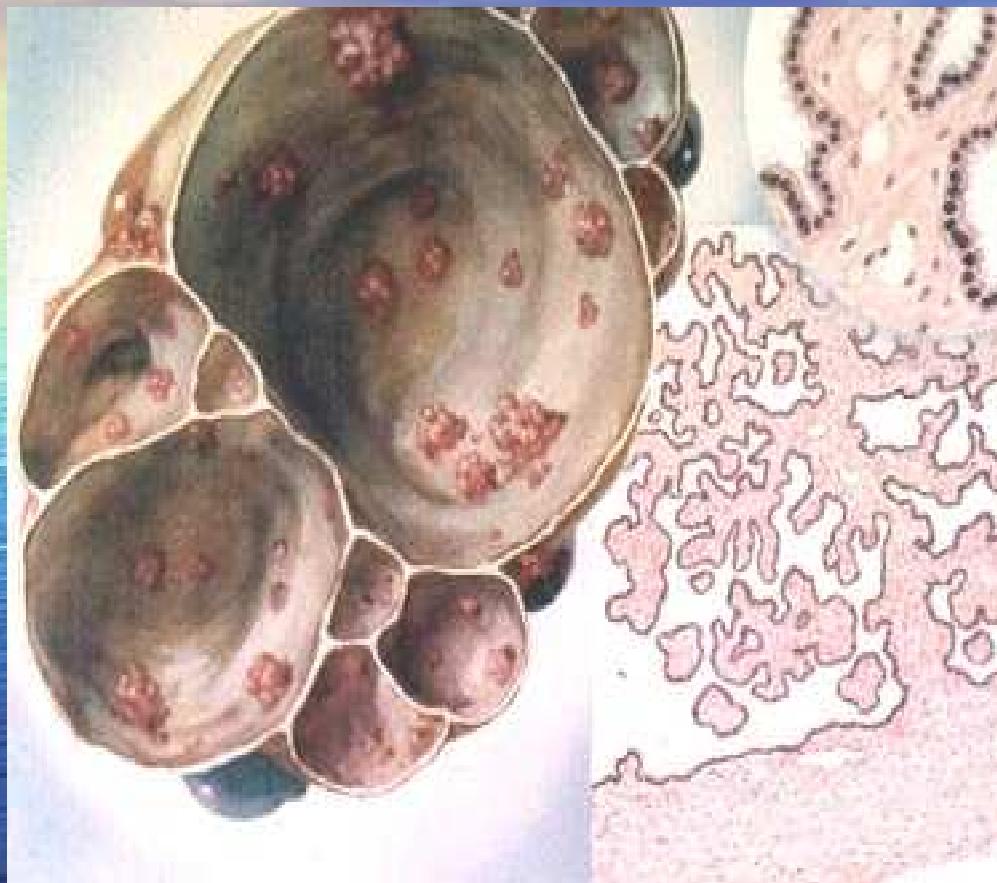


Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer  'Ovarian cancer and oral contraceptives: collaborative reanalysis of data from 45 epidemiological studies including 23,257 women with ovarian cancer and 87,303 controls. Lancet 2008 , 371 :303-314

# Réduction du risque de cancer de l'ovaire pendant 30 ans après l'arrêt des OP



# Traitements des TO Border Line



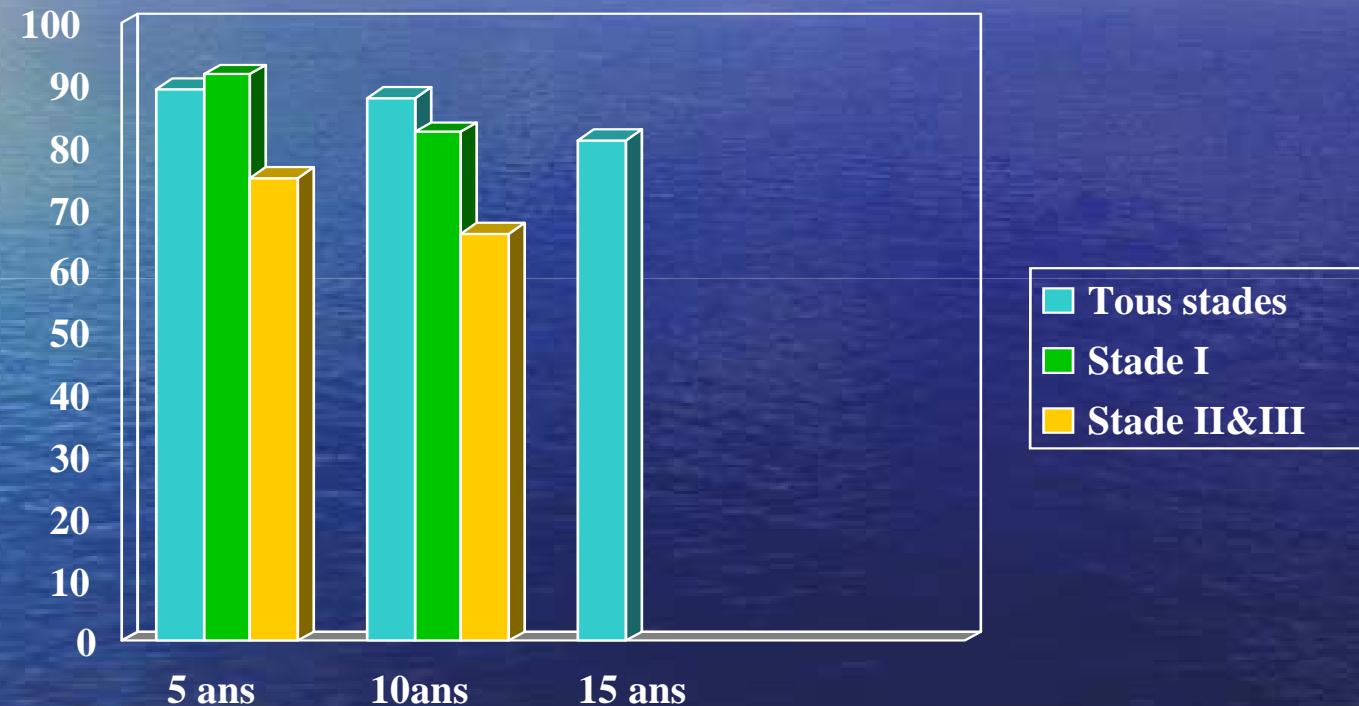
# Tumeurs Border line

- Stade Ia : Annexectomy si jeune sinon HT
- Stade IB, IC, IIa : Hysterectomy sans conservation
- Stade IIb : HT sans conservation
  - Si chirurgie incomplète <20mm = Radiothérapie
  - Si chirurgie incomplète >20mm= chimiothérapie
- Stade III: HT sans conservation + Chimio



# Survie des tumeurs border line

## CHU Tours 137 Patients



Thèse . L. Bonnamy 2000

# Surveillance

- 75% des patientes rechutent
- Examen tous les 4 mois pendant 3□ ans puis tous les 6 mois
  - Examen clinique
  - CA 125 HCG Alpha foeto protéine
  - Echo foie
  - Scanner
  - Si récidive : reprise carbo-Taxol
- THS possible

