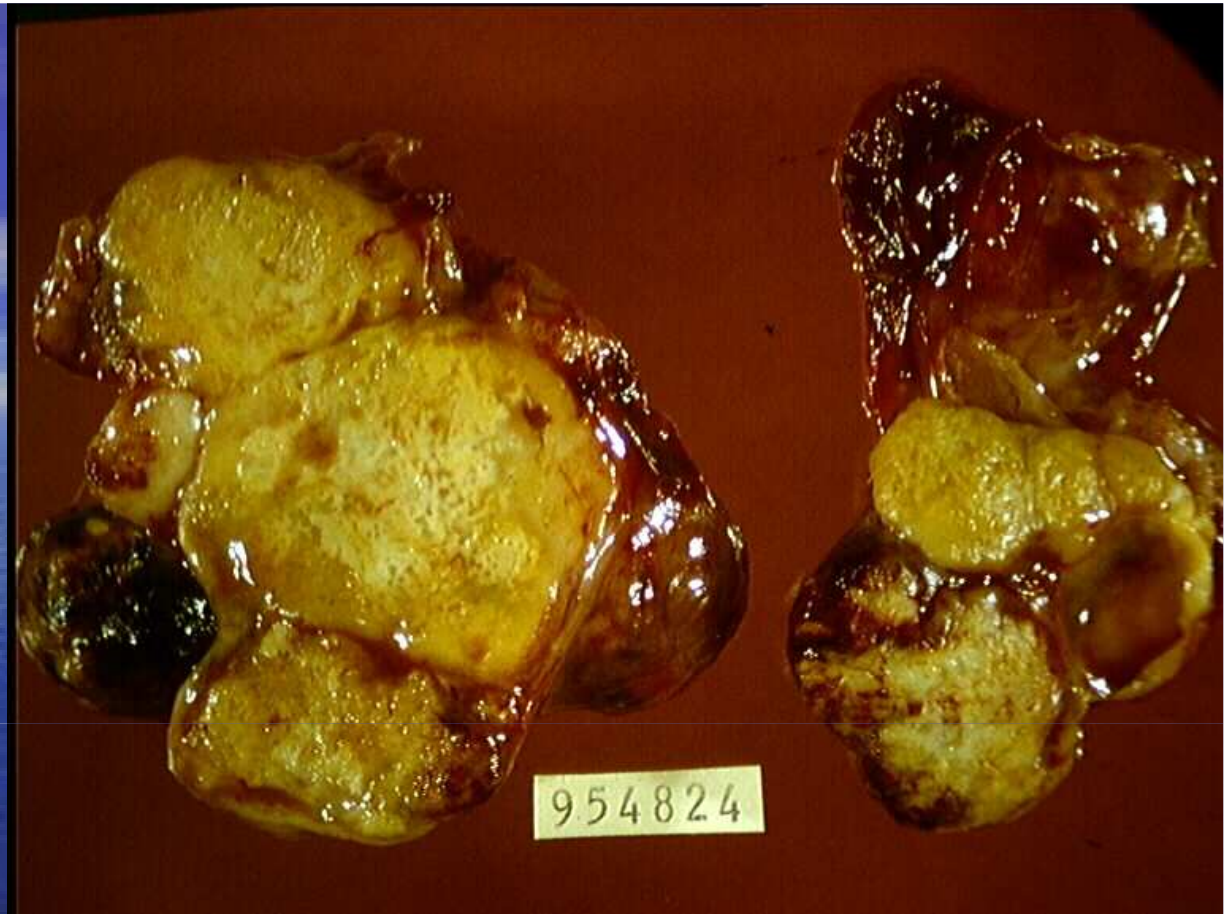


Les tumeurs de l'ovaire

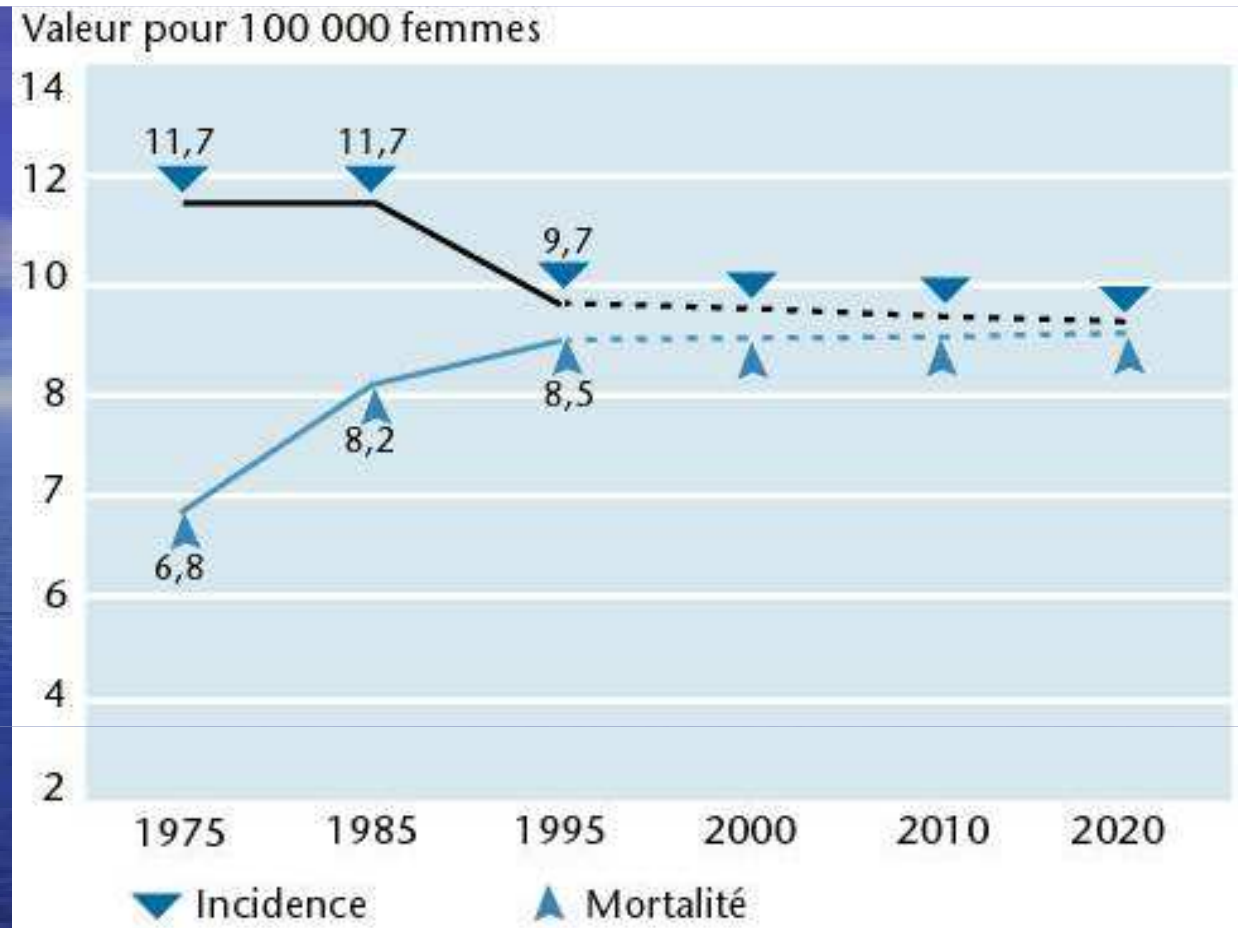


Jacques Lansac
CHU de tours

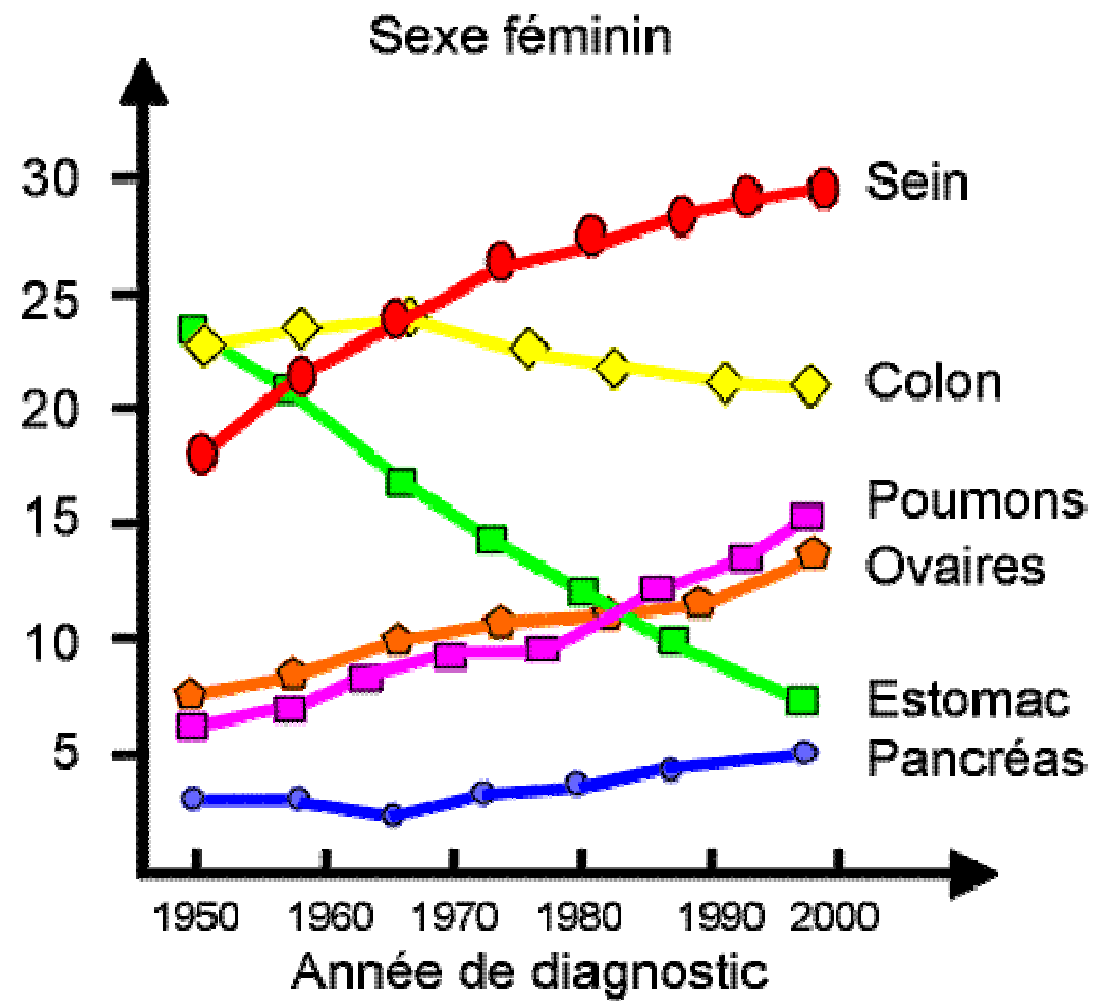


Epidémiologie

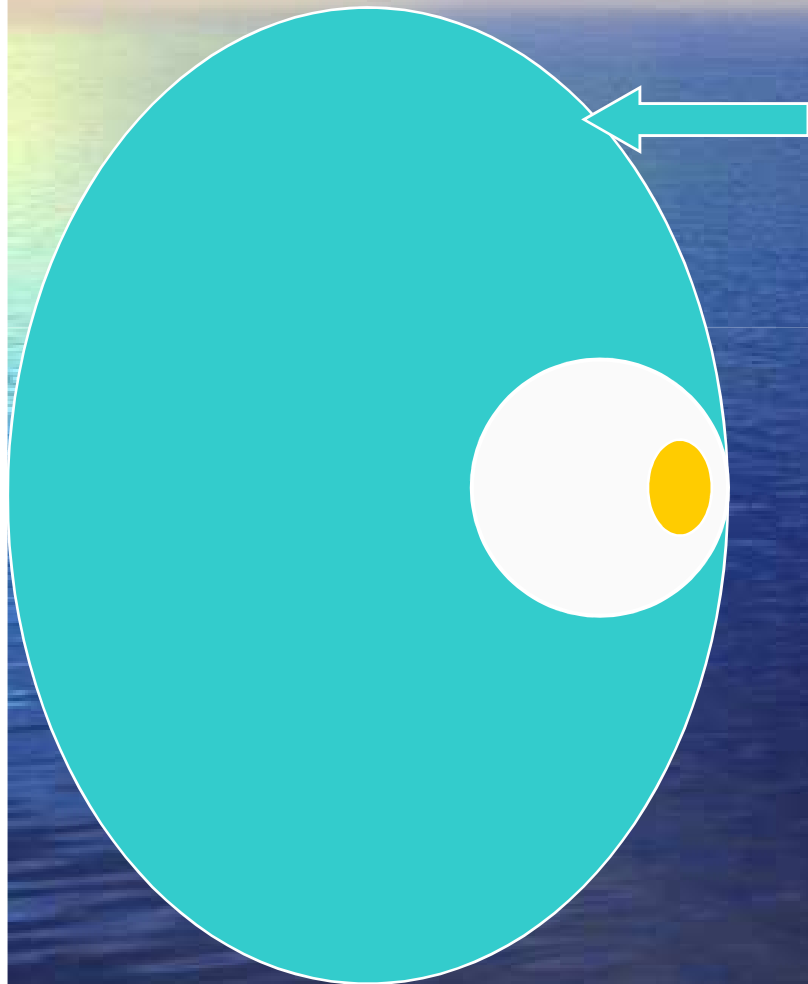
- 5^e me rang des Kc
- 50/1000 de 55 à 65 ans
- 4488 cas /An (France 2000)
- Risque diminué par 2 si OP 5 a 10 ans
- Augmentation du risque si BCRA1 ou BCRA2 (RR18)
- Augmentation si femme stérile , inducteurs Ovulation?



Mortalité par cancer chez la femme . Francim 2000



Anatomie Pathologique



T. du revêtement (80%)

☐ Séreuses : Cystadénome bénin

Cystadénocarcinome : malin

} Border Line

☐ Mucineuse : cystadénome

Cystadénocarcinome

} Border Line

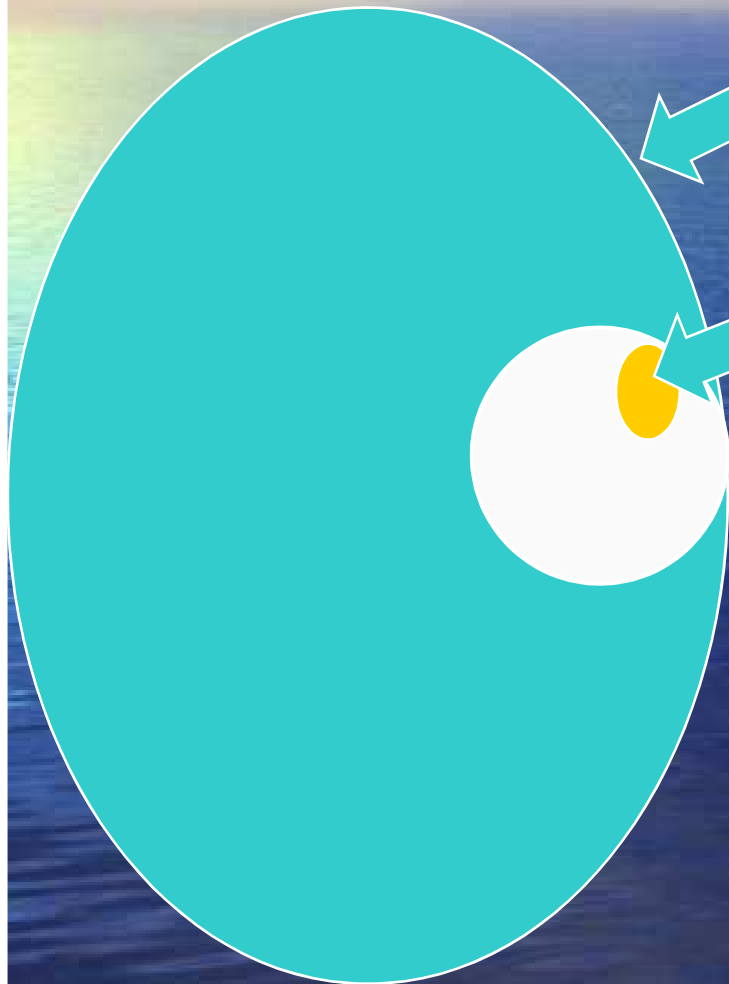
☐ Endométrioïde : Kyste

Cystadénocarcinome

} Border Line



Anatomie Pathologique



T. du revêtement (80%)

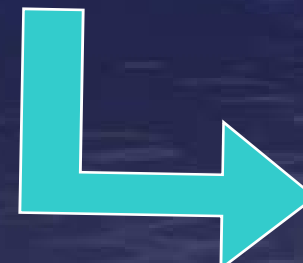
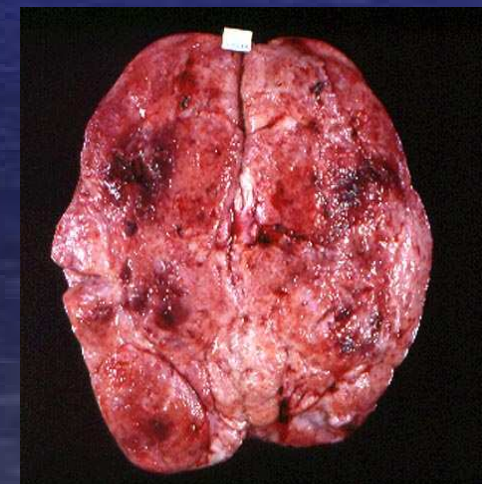
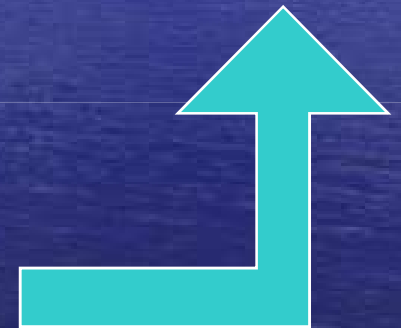
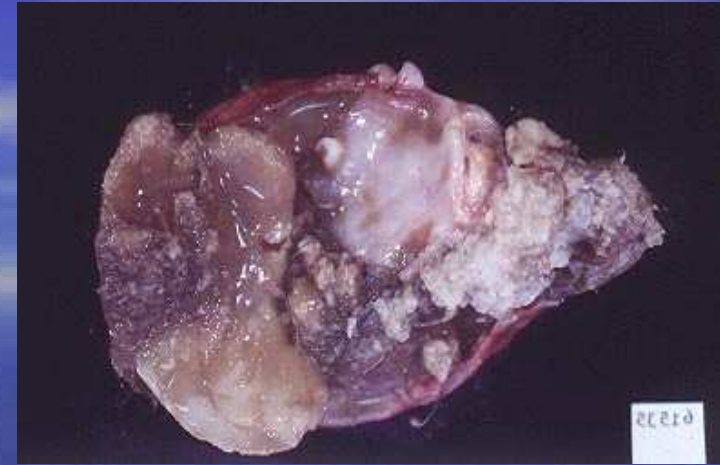
T. Germinales (10%)

❑ Dysembryomes ou tératomes

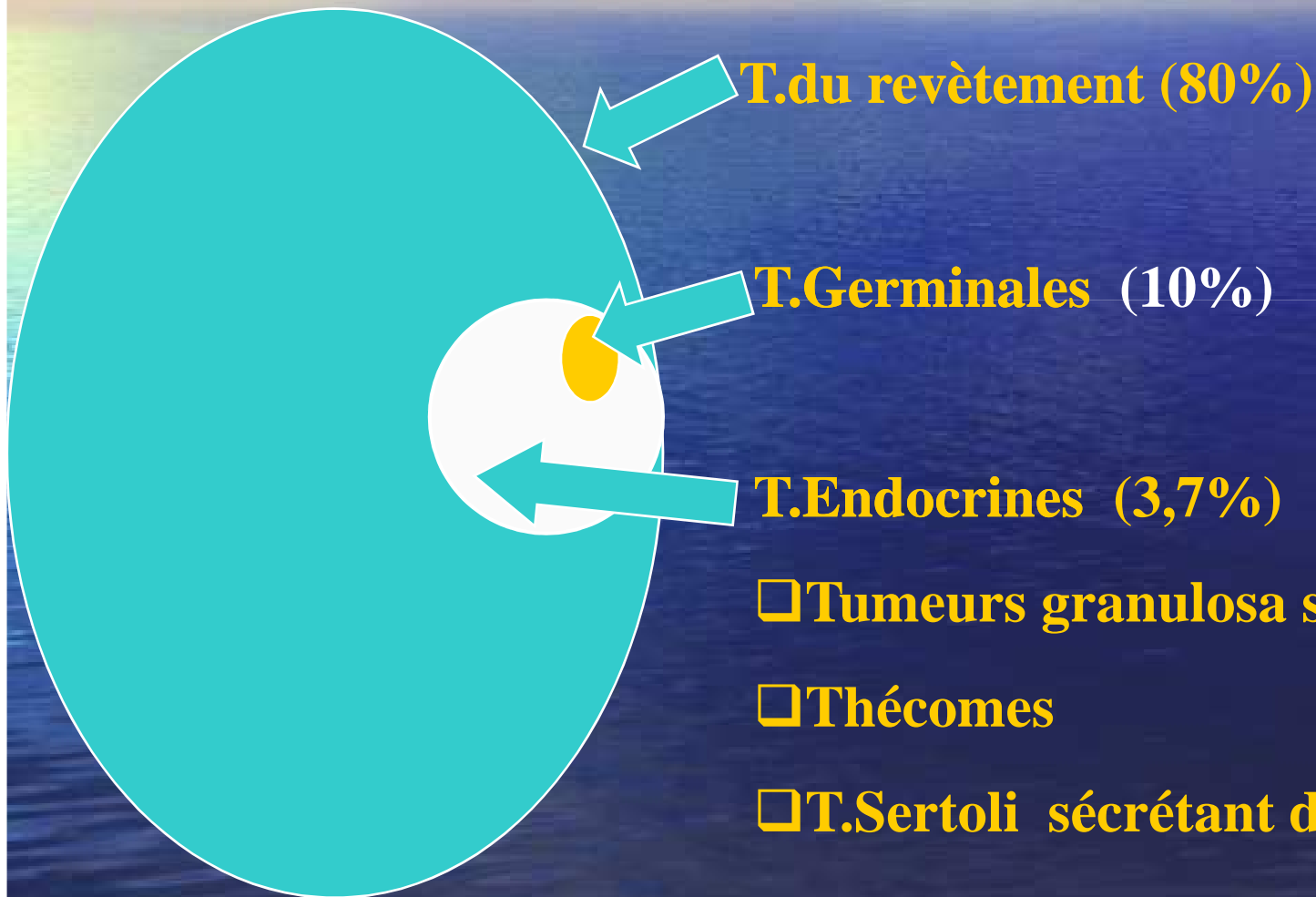
Matures bénins = Kyste dermoïde

Imatures malins = Choriocarcinome

❑ Dysgerminomes ou séminomes



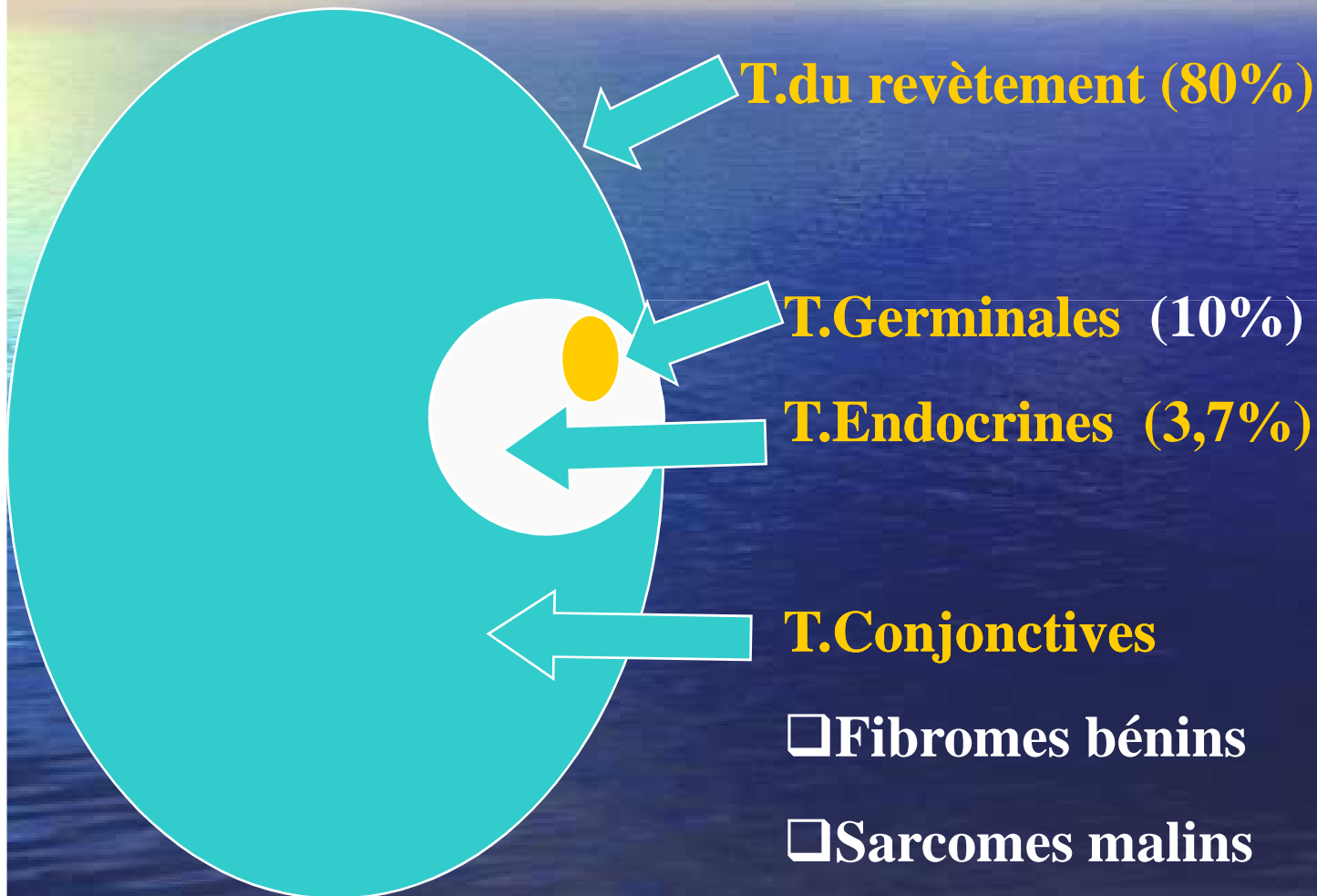
Anatomie Pathologique



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



Anatomie Pathologique



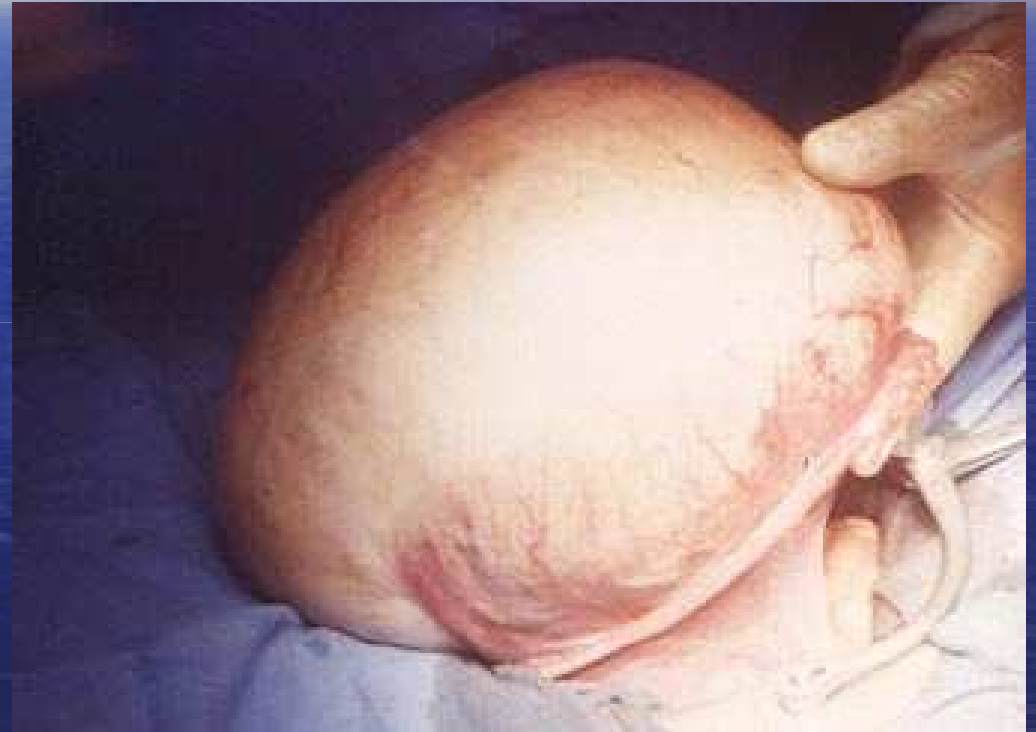
Circonstances de découverte

- 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
Augmentation volume abdomen	25%	26,3%
Douleurs abdominales	26%	24,8%
Compressions	-	10,9%
Métrorragies	12%	13,1%
Grossesse	2%	2,3%
Fortuit	33%	22,6%



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

Nature	Age Moyen
Kyste dermoïde	28 ans
Cystadénome	41 ans
Kyste endométriosique	49 ans
Cancer stade IA	52 ans
Cancer stade > IA	60 ans



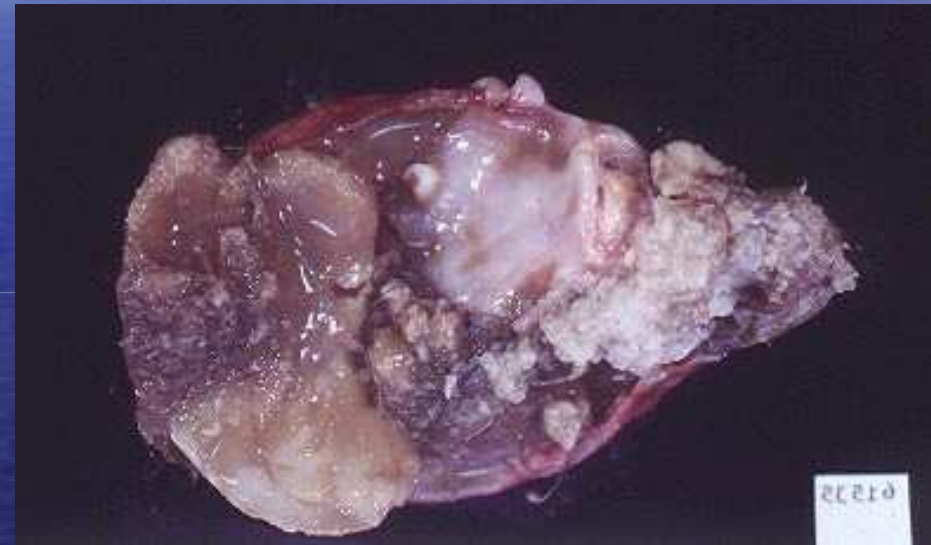
Le kyste de l'ovaire est un problème fréquent

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

Activité génitale = 80%

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



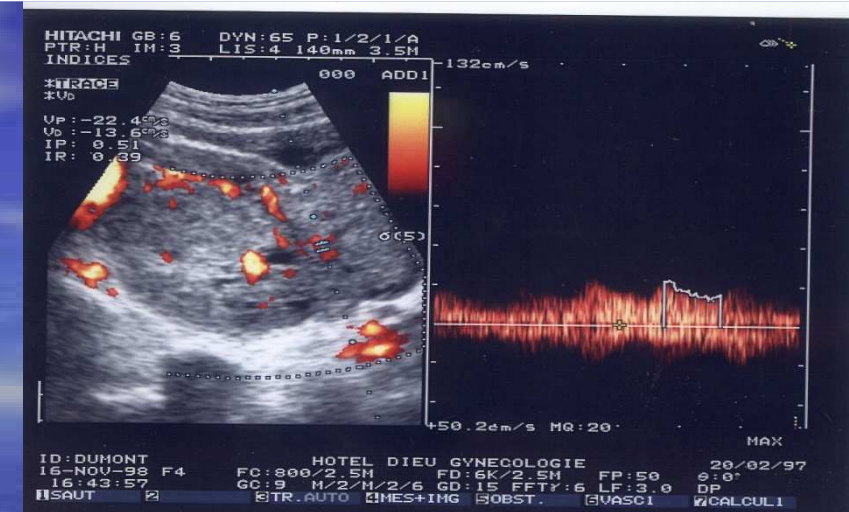
Le caractère organique est affirmé si:

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



La malignité est évoquée si :

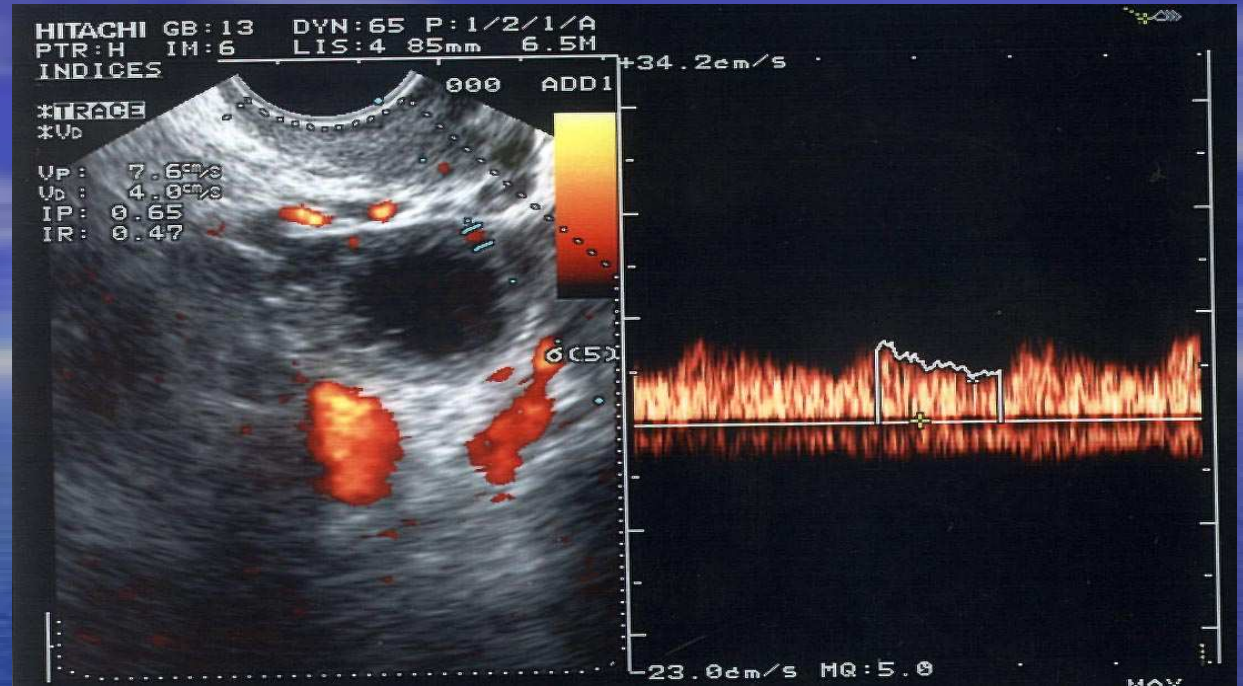
- Une ou plusieurs végétations
- Diamètre > 6 cm
- Composante solide importante
- Caractère multiloculaire
- Paroi épaisse
- **Ascite**
- **L'utilisation d'un score n'est pas recommandée**



Associés



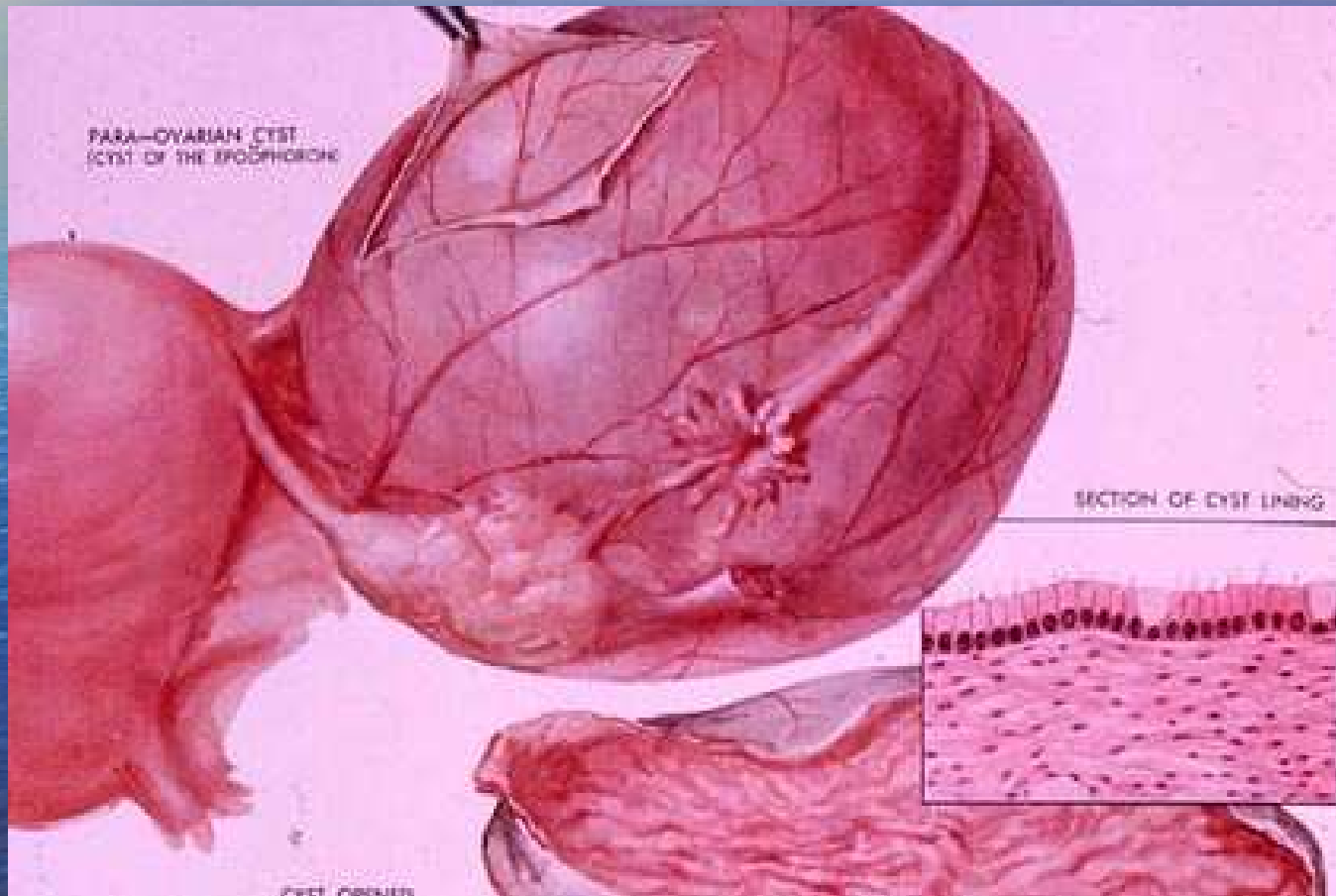
Le Doppler



- Améliore performance Bénin / malin (Np 2)
 - Vascularisation périphérique
 - Index résistance élevé
 - Doppler avec produit de contraste non validé
- } = Bénin (Np3)

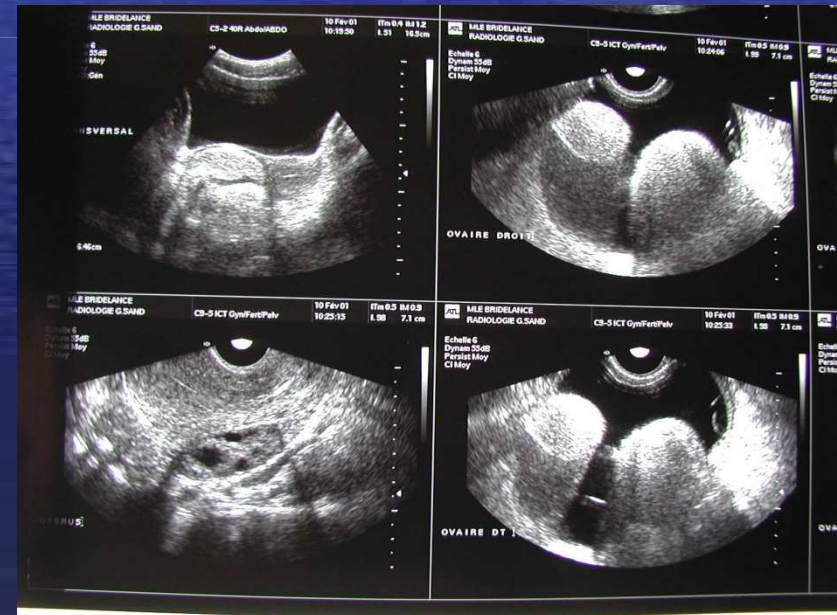


Elimine une Kyste para tubaire

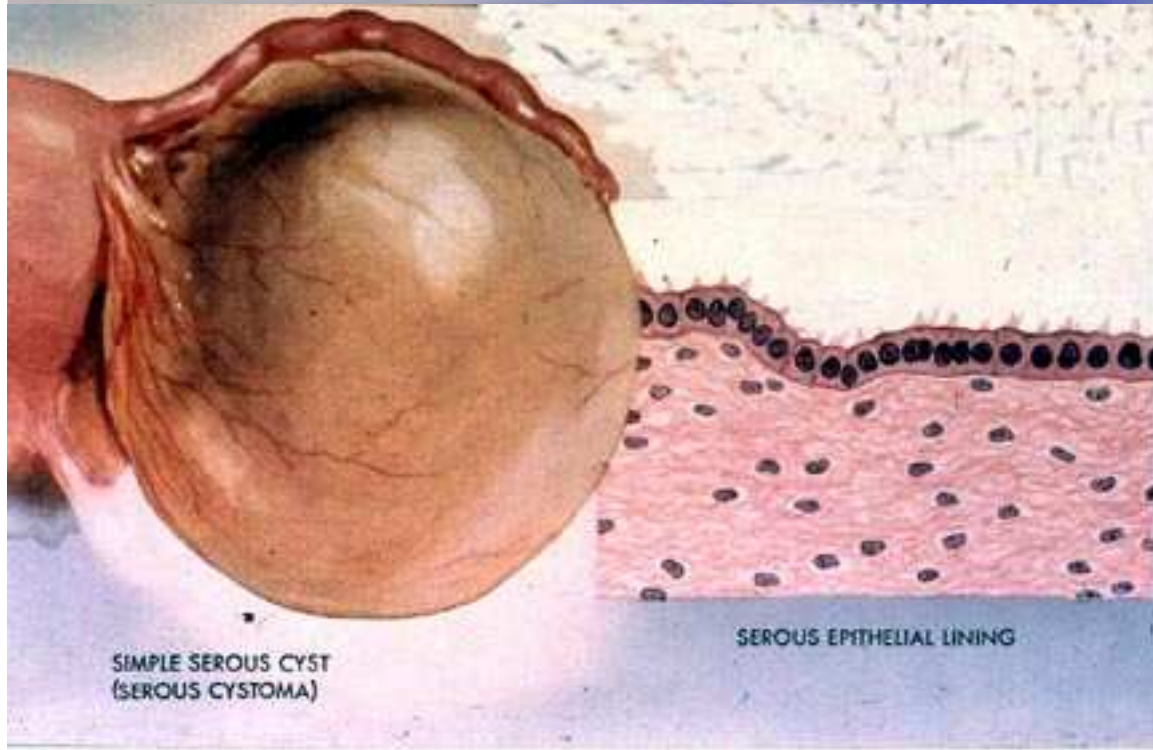


La radiographie de l'abdomen sans préparation

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





IRM et scanner



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

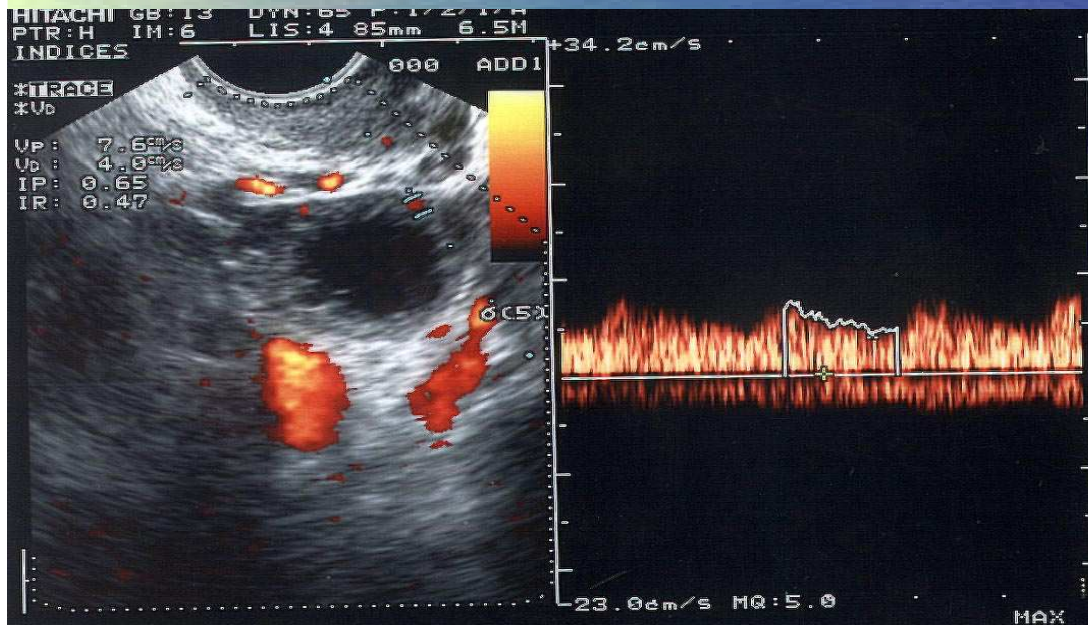


Le CA 125

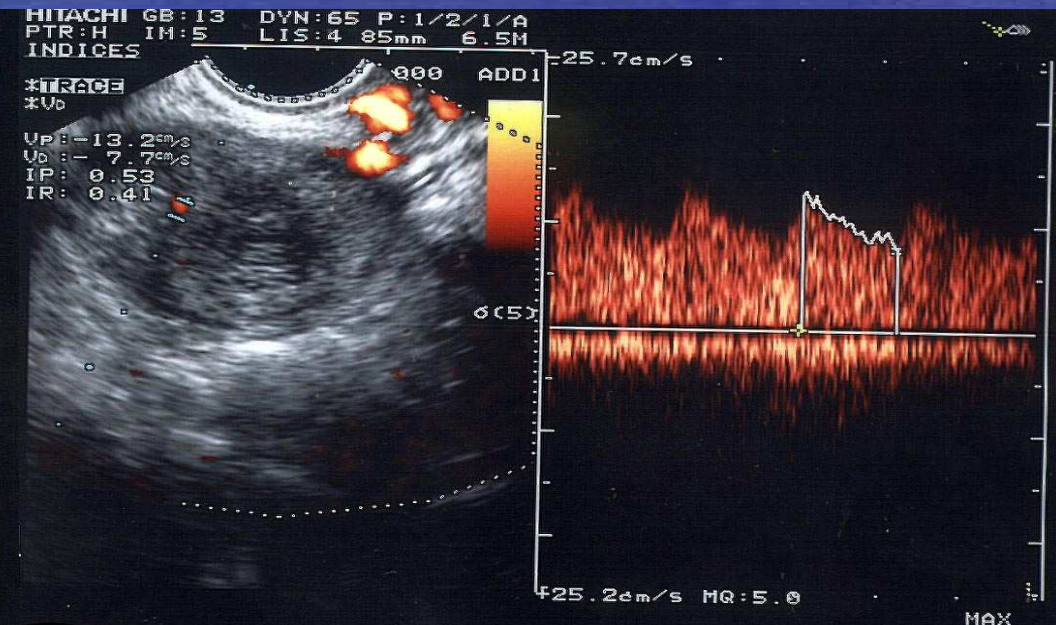
- **Kyste bénin , période activité génitale**
 **Dosage pas recommandé(Np 4)**
- **Kyste bénin femme ménopausée**
 **Dosage recommandé(Np 4)**



Le traitement des Kystes de l'ovaire bénins



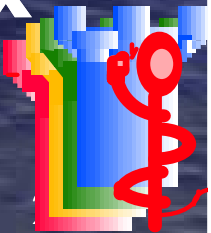
Kyste du corps Jaune



Kyste dermoïde

Traitement 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

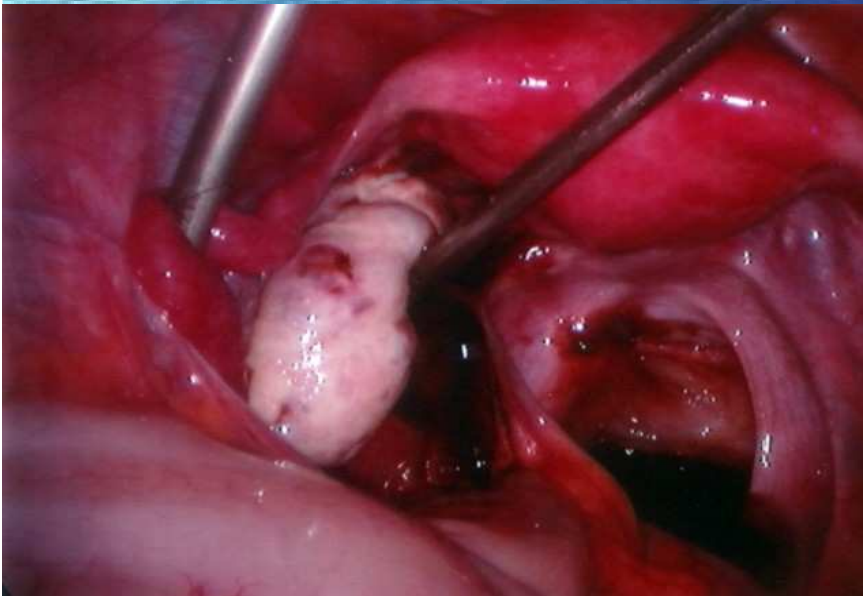


- **Contre indiquée** si suspicion : T. maligne, border line
Dermoïde, mucineux
- **Pas efficace** si KOF activité génitale (NP1)
- Si liquide mucoïde , huileux , sanglant , goudron
→ Coelio rapidement (Np 5)
- Si récive (25% des cas) → Coelio
- **Indication** : image liquidienne pure
+ Femme à risque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



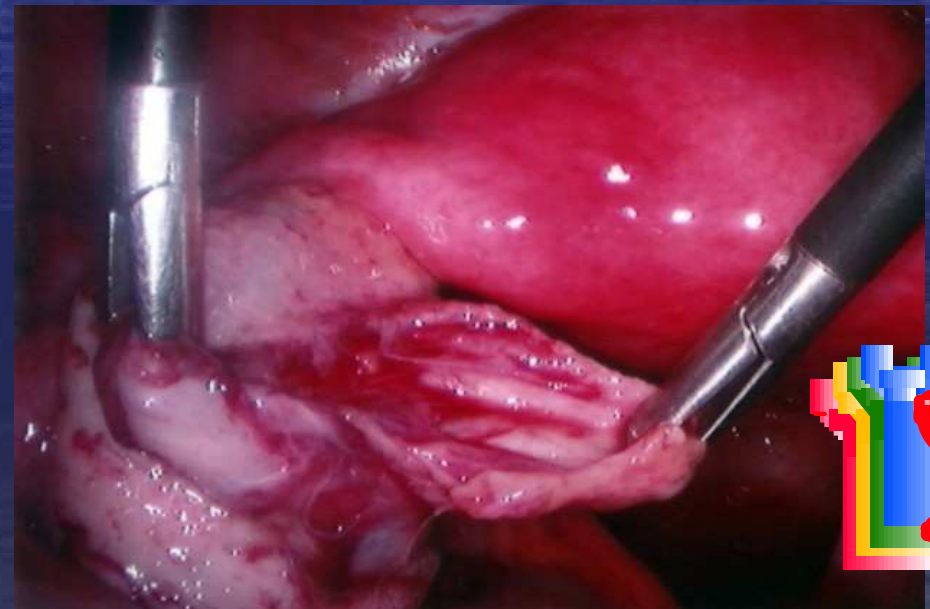
Quand opérer ?

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



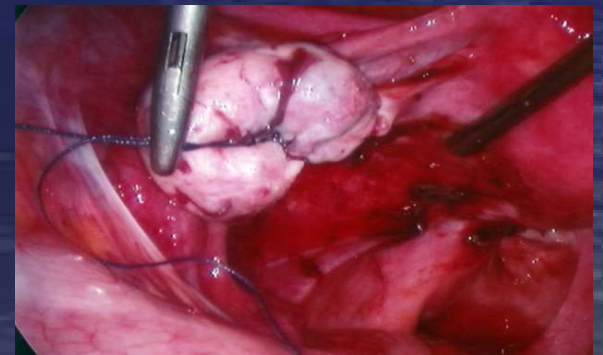
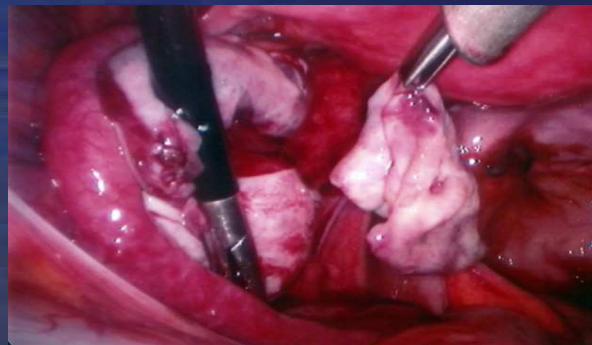
Quel kyste Opérer ?

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

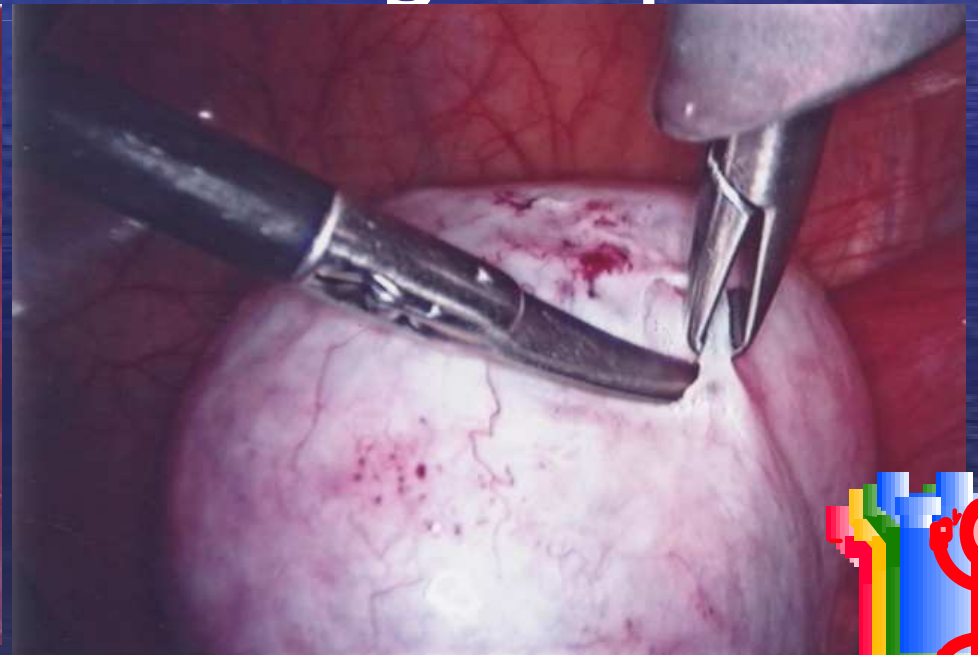
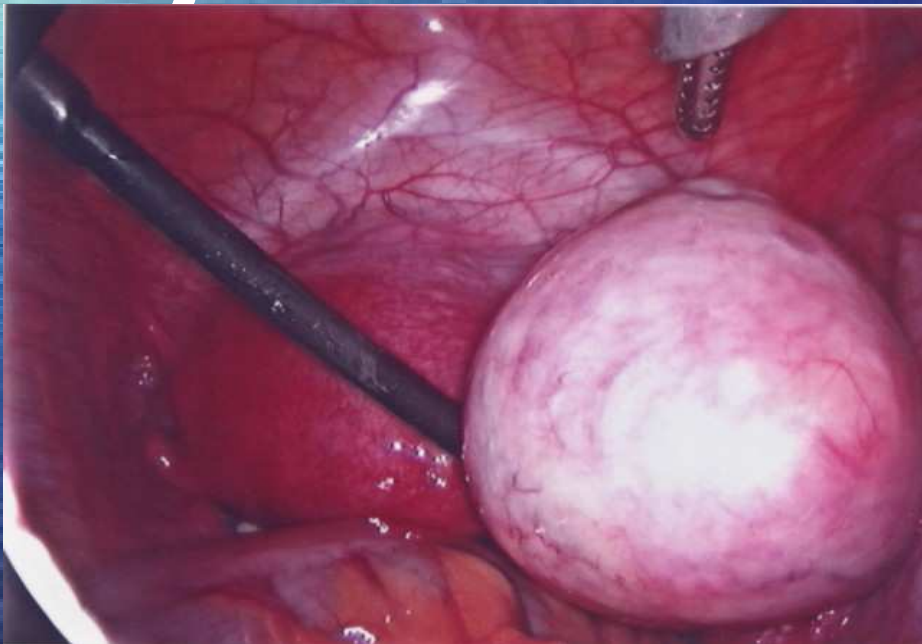


Quelle technique ??

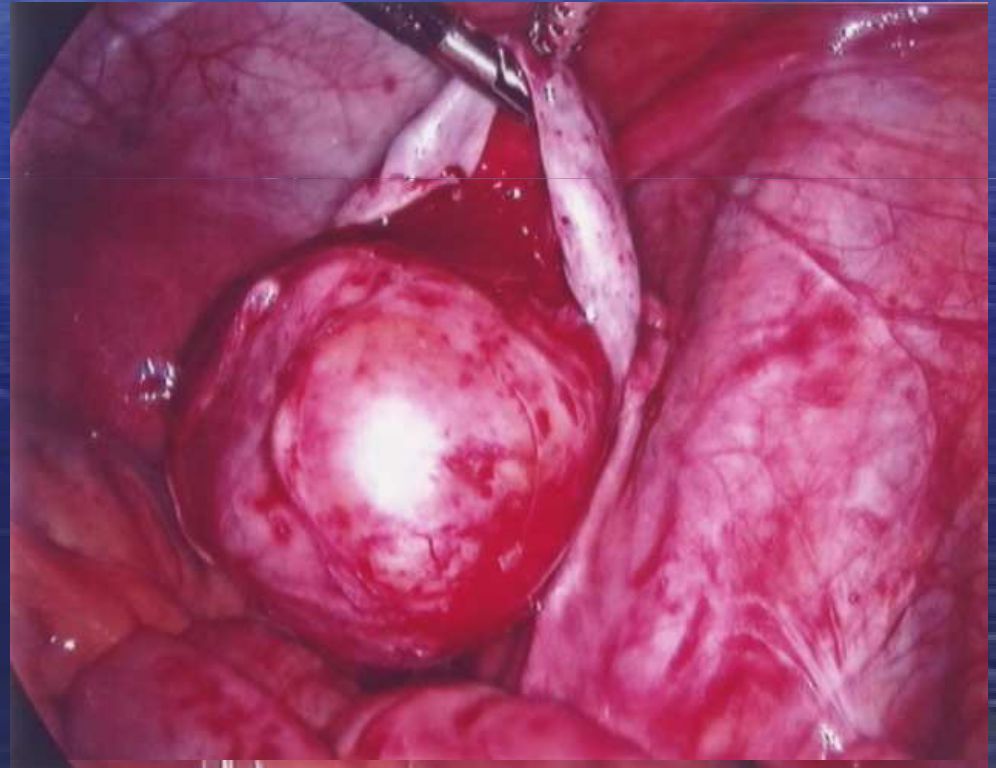
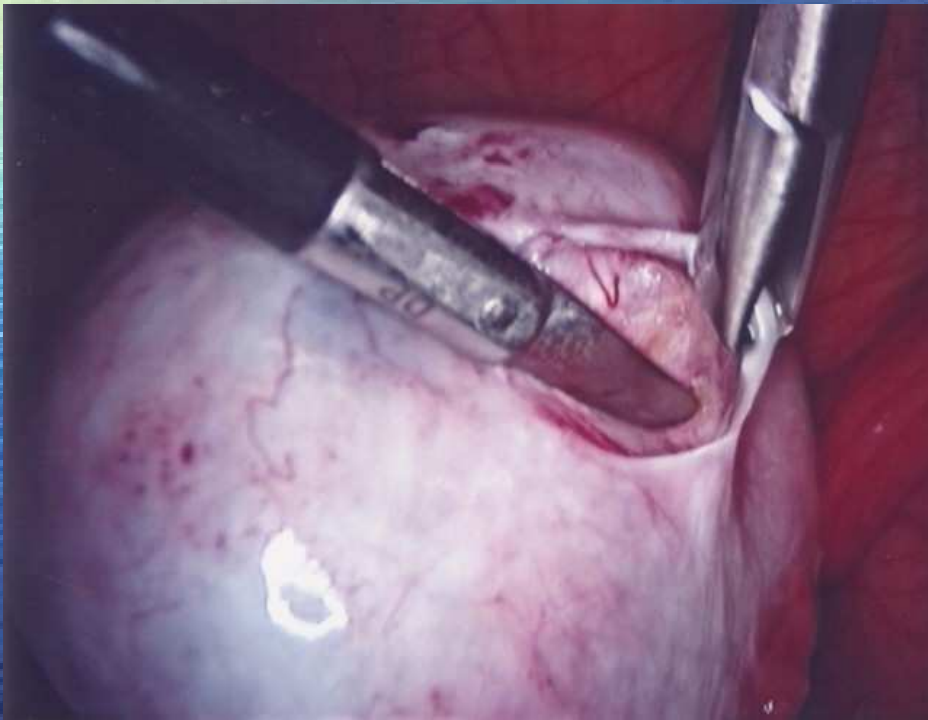
- **La coelioscopie** est la voie de prédilection
- **Prévenir** d'une possible **laparotomie**
- **Prélèvement cytologique** premier
- **K.I.P**=technique référence (Np4) sans ponction
ou après ponction
- **Incision antimésiale** + **extraction dans un sac**
- **Pas d 'arguments en faveur de la suture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



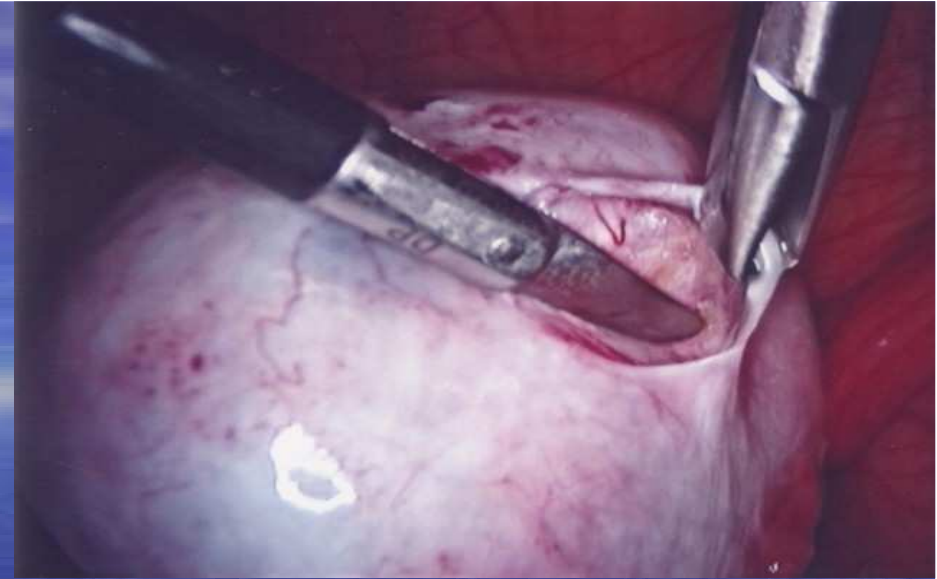
Traitement chirurgical des Kystes de l'ovaire Organiques




Kystectomie intra péritonéale



Quelle technique? Cas particuliers?



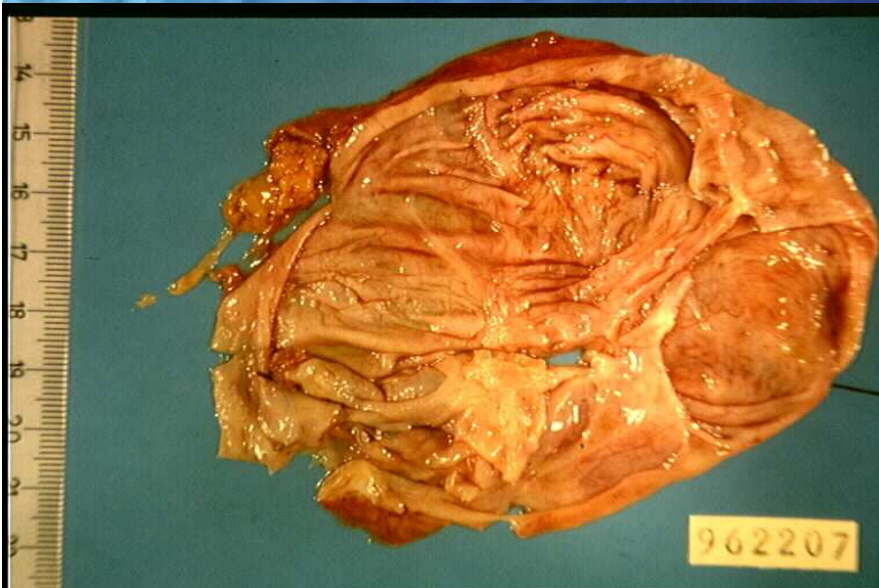
-  **ménopausée** = Annexectomie bilatérale
- **KO.Volumineux** = laisser du parenchyme ovarien
- **KO Dermoïde** controlatéral pte taille : Kystectomie ?
- **KO Mucoïde** : Tt conservateur , Appendicectomie ?
- **Torsion** : traitement conservateur

Prévention récive : kystectomie



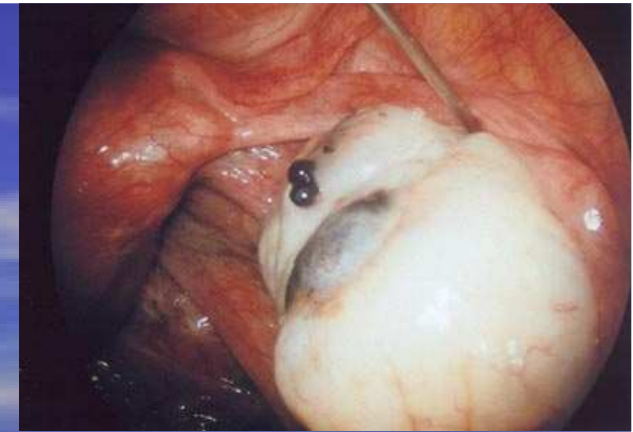
Examen anatomo pathologique

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



Opérateur dépendant
Si végétation ou parties solides

L'endométriome



- KIP coelioscopique = Tt de référence (NP1)
 - Drainage coelioscopique insuffisant car récides
 - Drainage + Laser = KIP pour récides
- 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
- **Annexectomie** 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

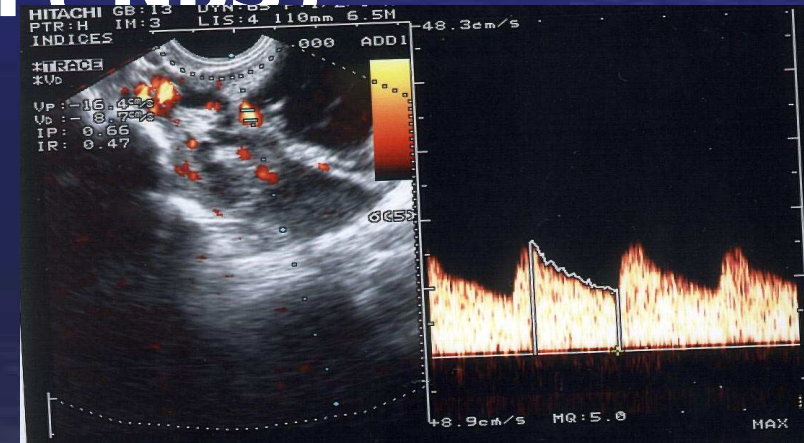
Privilégier le Tt conservateurs si femme jeune

KO péripubertaire(10-16 ans)

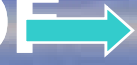


- ↑ Fréquence des tumeurs germinales : dermoïdes
- Écho Abdominale = examen référence
- Si Kyste organique : → ACE, α Foeto, β HCG
- KOF = Abstention
- Récidive : OP minidosés
- Pas de ponctions
- Kystes organiques + Marqueurs - KIP coelio
- Pas de surveillance écho (Np5)

Kyste ovaire et grossesse

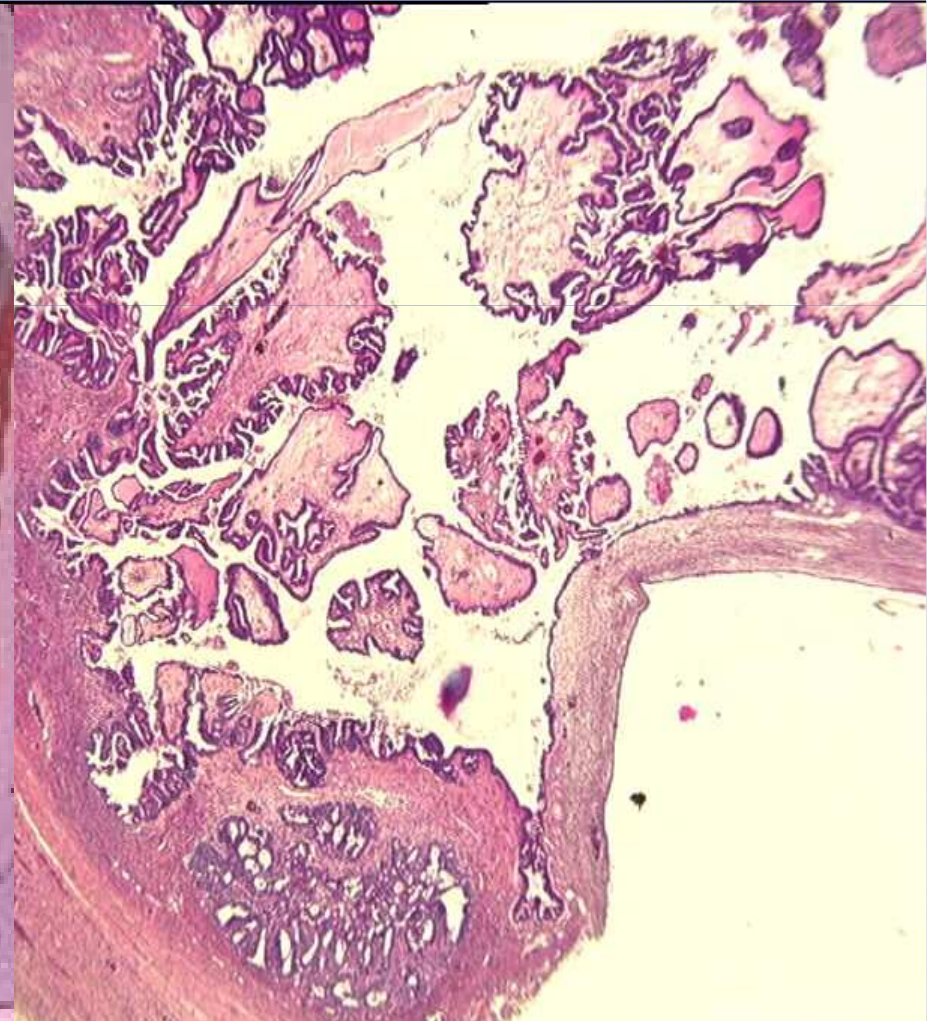
- 1^{er} trimestre = KOF régression spontanée (Np2)
- >16SA: KOF + dermoïdes (Np3)
- Complications rares si < 6 cm (Np3)
- Cancers exceptionnels (Np3)
- Imagerie = Écho + Doppler
- Marqueurs car grossesse.



CAT si KO et grossesse

- 1e Trim = KO  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
 - Hystérectomie totale sans conservation +Omentectomie
±Curage ganglionnaire pelvien ,Lombo-aortique
- Chimiothérapie : 5FU, Cysplatine ,Taxane
- Radiothérapie : Abdomino pelvienne
Abdominale totale



Traitement 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	20 %	50 - 60 %
II		
III	60 %	20 %
IV		5 %

Survie T.Epithéliales malignes

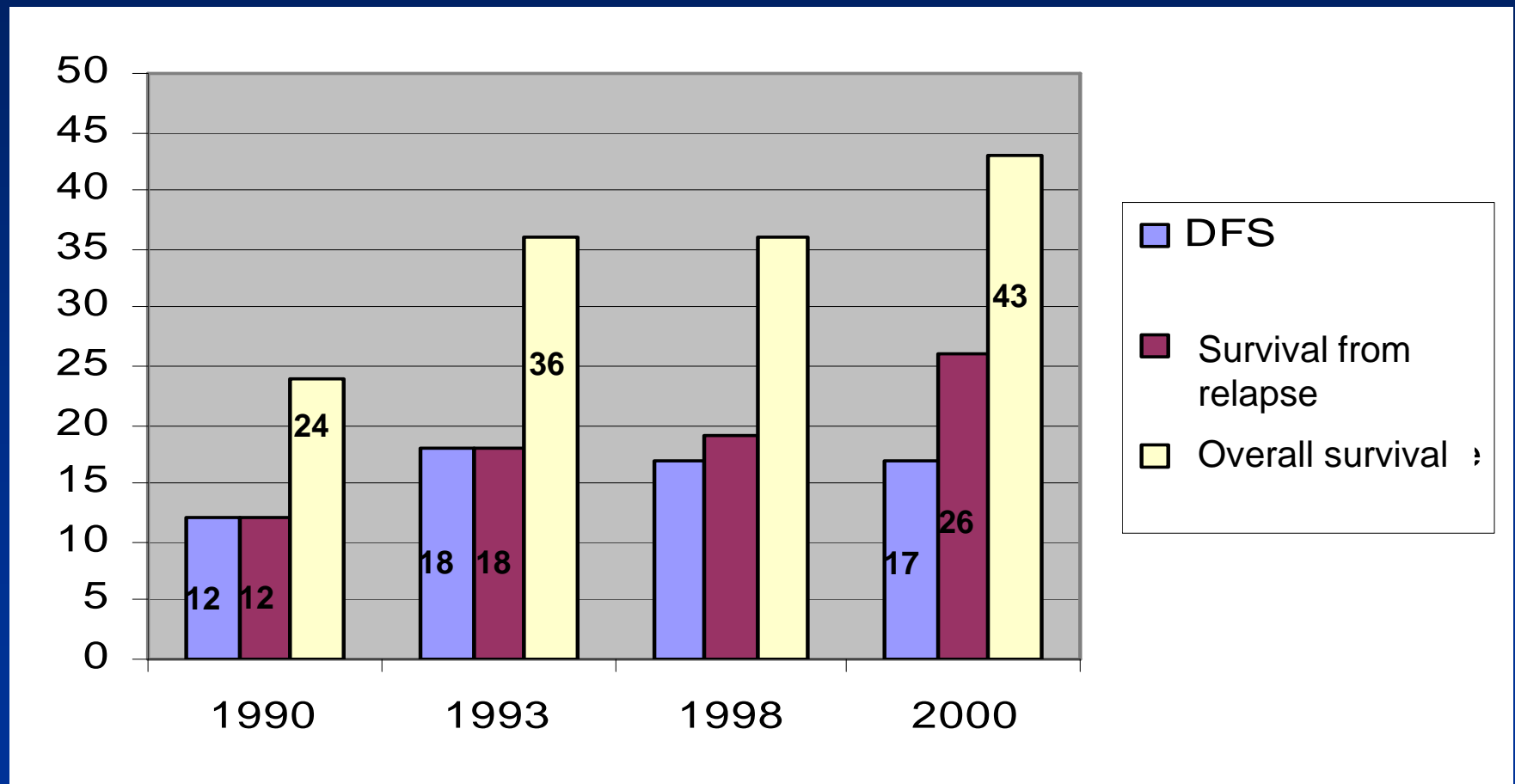
Stad e	Potter n=302	CHU T ou rs N=123	
		5 ans	10 ans
Survie à	5ans		
Stad e I	66%	90%	90%
Stad e II	45%	62%	46%
Stad e III	13%	24%	16%
Stad e IV	4%%	17%	4%



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.

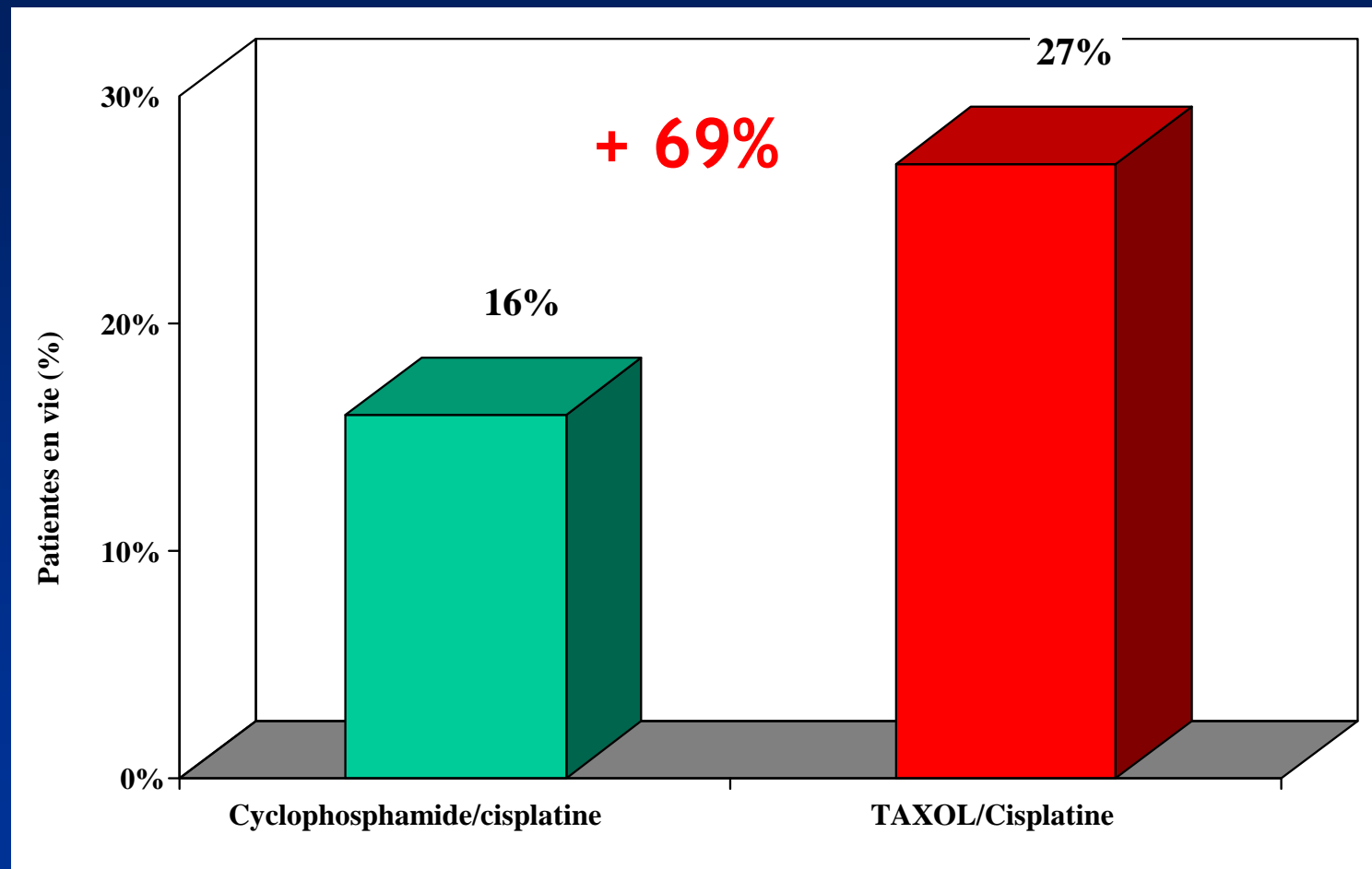
Cisplatin
Taxol

Carboplatin
Taxol

Carboplatin
Taxol/Epi

CANCER DE L'OVAIRE : ÉTUDE GOG 111

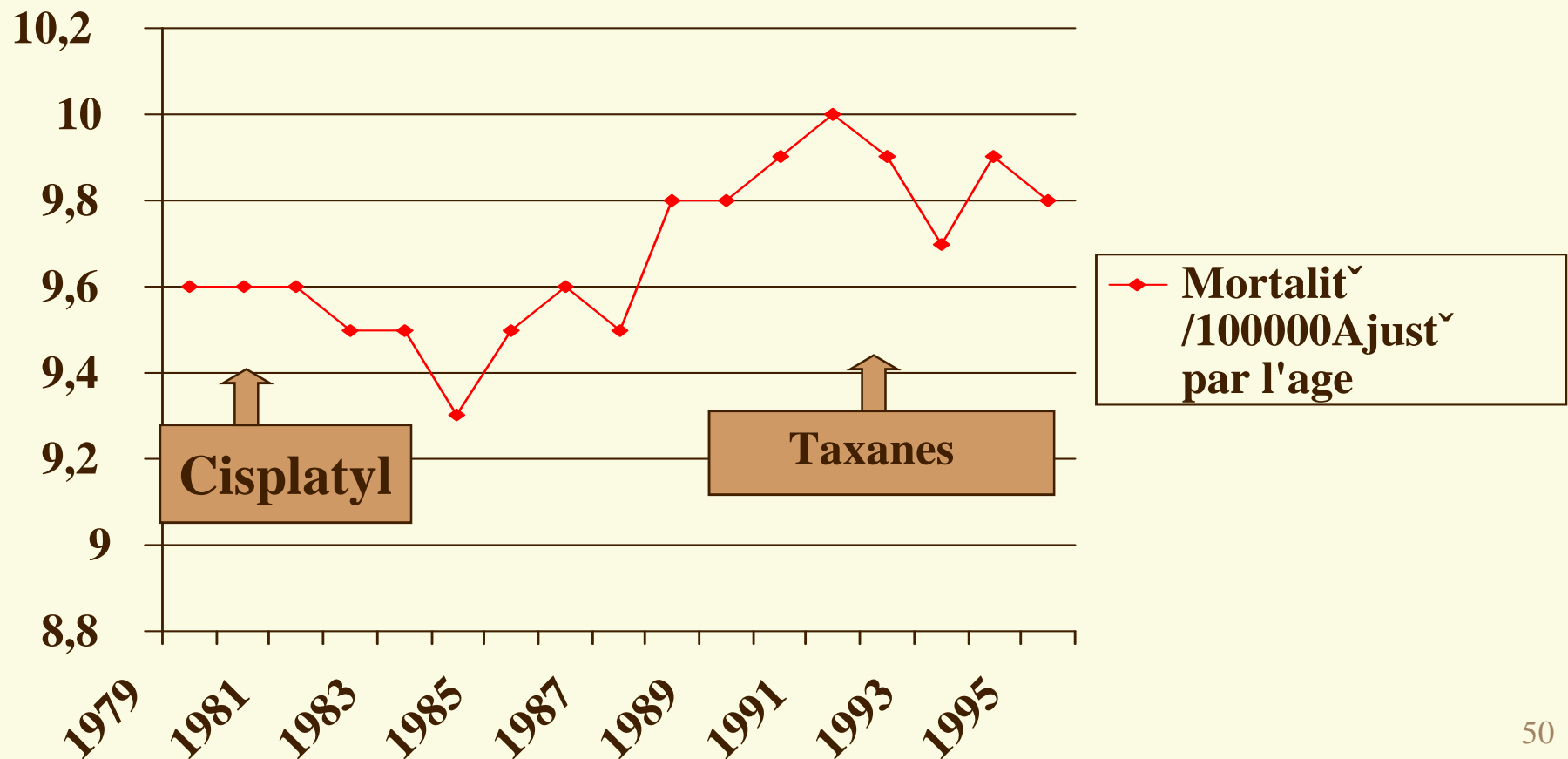
Données de survie à 6,5 ans



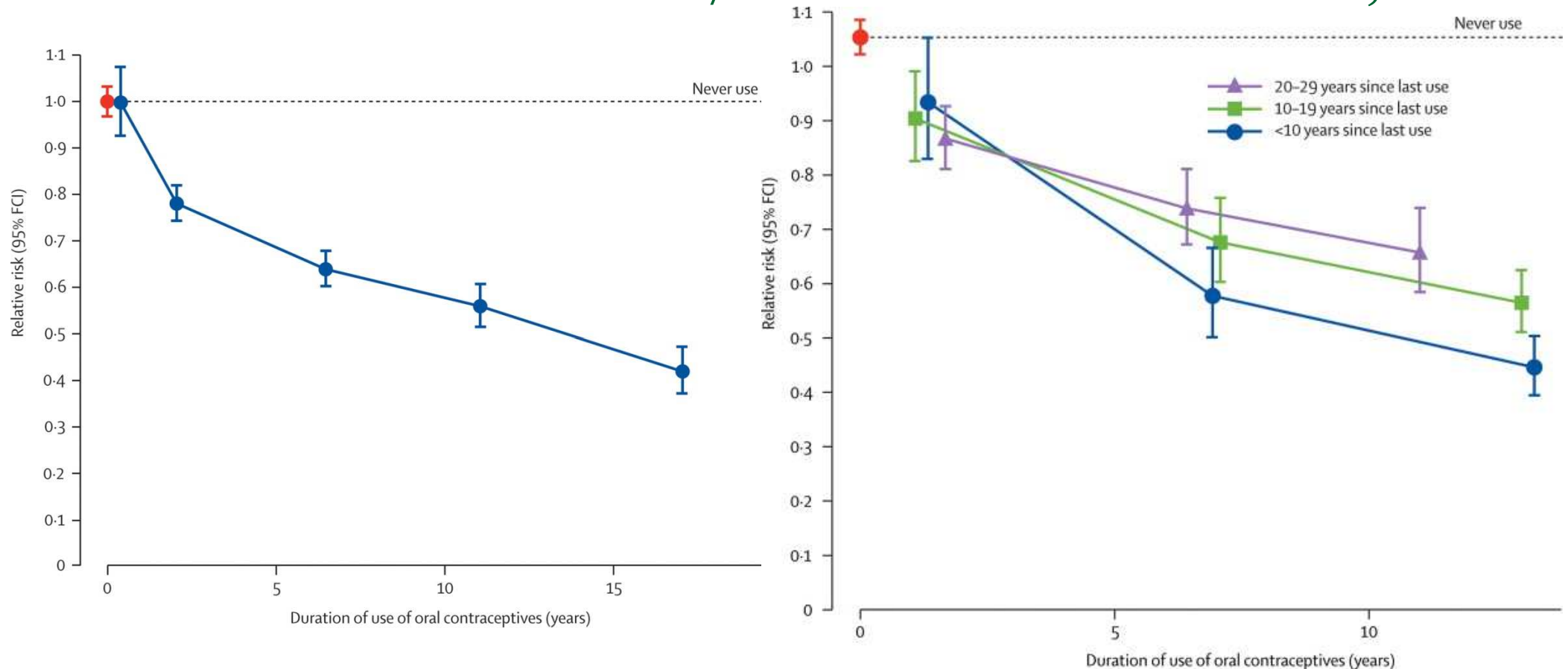
Piccart M.J. et al. Long-term follow-up confirms a survival advantage of the paclitaxel-cisplatin (TP) regimen over the cyclophosphamide-cisplatin (CP) combination in advanced ovarian cancer (AOC). ESMO 2002. Abst 395.

Mortalité par cancer de l'ovaire (USA)

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

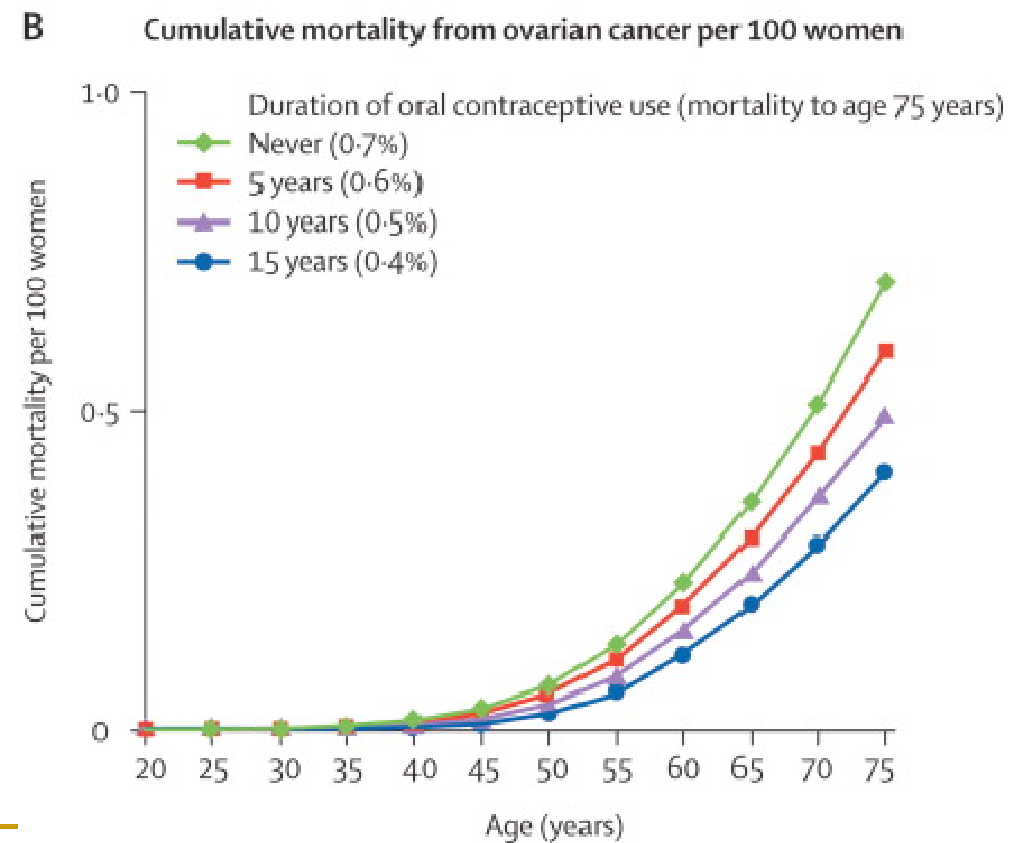
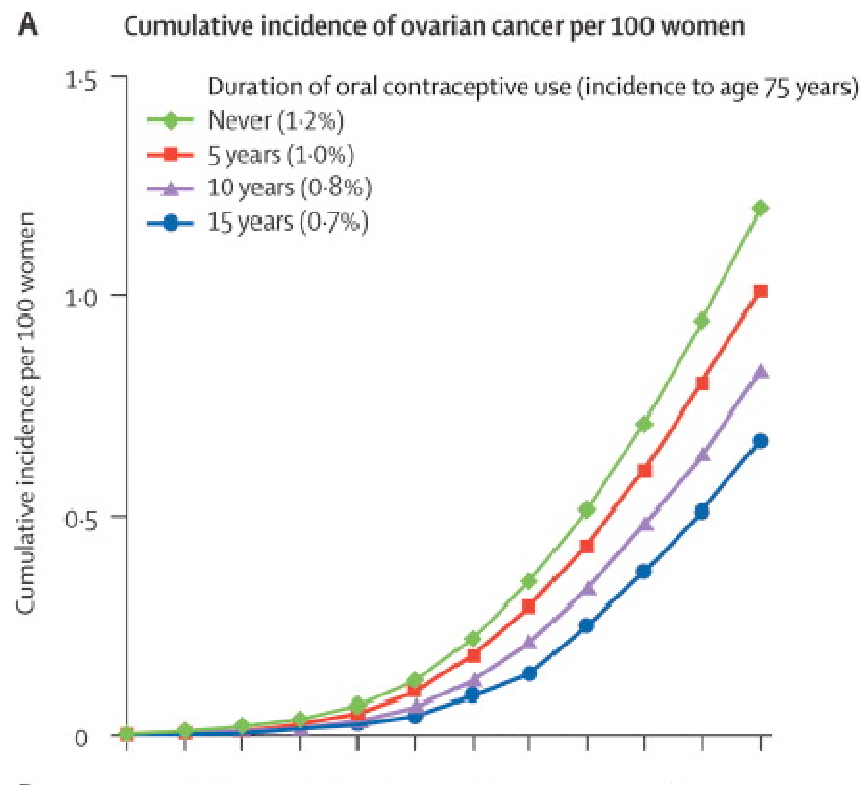


Sur les 50 dernières années et dans le monde :
diminution 200 000 Cas/100000 décès en moins ;



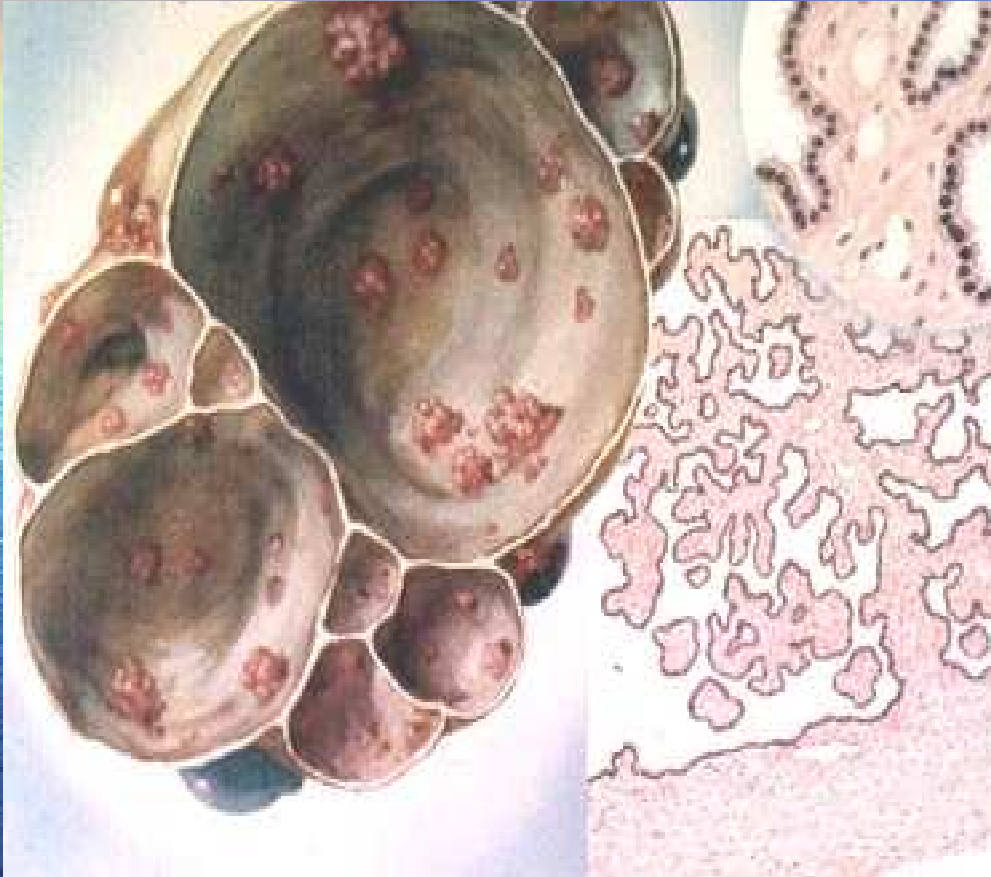
Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer  **Ovarian cancer and oral contraceptives: collaborative reanalysis of data from 45 epidemiological studies including 23\257 women with ovarian cancer and 87\303 controls. Lancet 2008 , 371 :303-314**

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



Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer¹ Ovarian cancer and oral contraceptives: collaborative reanalysis of data from 45 epidemiological studies including 231257 women with ovarian cancer and 871303 controls. Lancet 2008 52 371 :303-314

Traitement des T0 Border Line

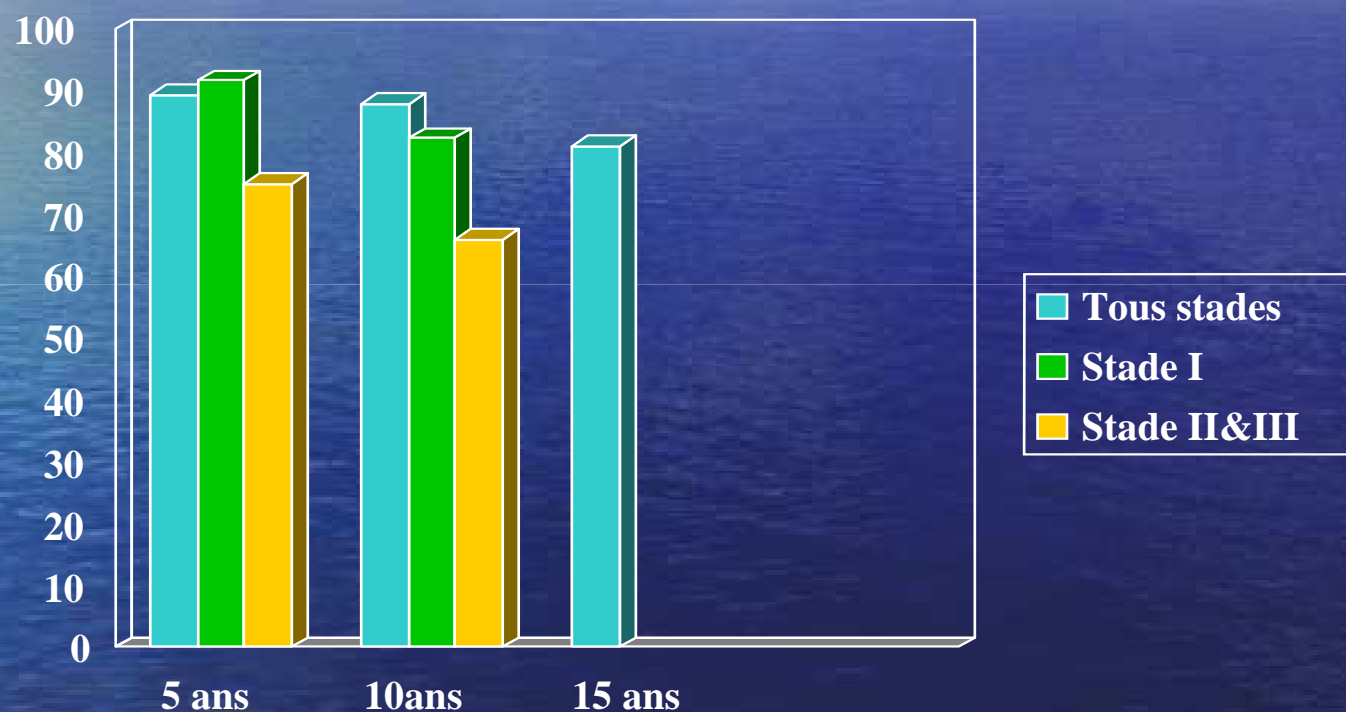


Tumeurs Border line

- Stade Ia : Annexectomie si jeune sinon HT
- Stade IB,IC, IIa : Hysterectomie 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 proteine
 - Echo foie
 - Scanner
 - Si récidence : reprise carbo-Taxol
- THS possible

