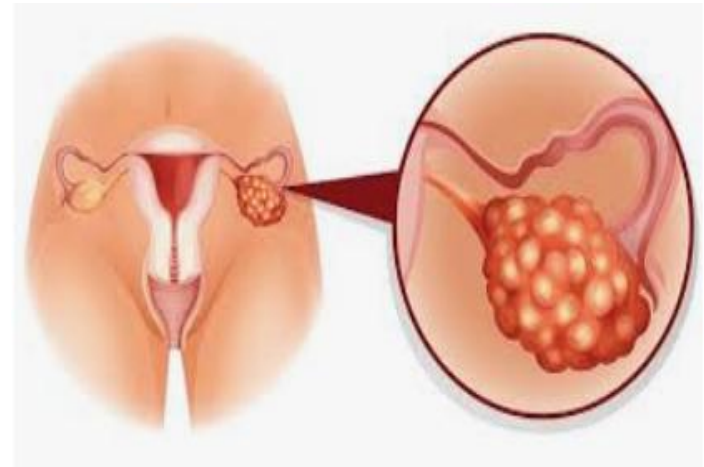


# Les tumeurs ovariennes

Dr L.BOUHMAMA



# Objectifs

- 1- Ne pas méconnaître une pathologie ovarienne
- 2- Faire le diagnostic d'une tumeur ovarienne
- 3- Dépister une tumeur solide
- 4 - faire la part entre une tumeur bénigne  $\neq$  une tumeur maligne
- 5- Argumenter l'attitude thérapeutique.
- 6- Planifier le suivi thérapeutique.

# Définition- généralités

- **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.
- On élimine :
  - ✓ le lutéome de la grossesse
  - ✓ les kystes fonctionnels folliculaires et les kystes du corps jaune qui sont liés à un dysfonctionnement hormonal.

# Définition – généralités

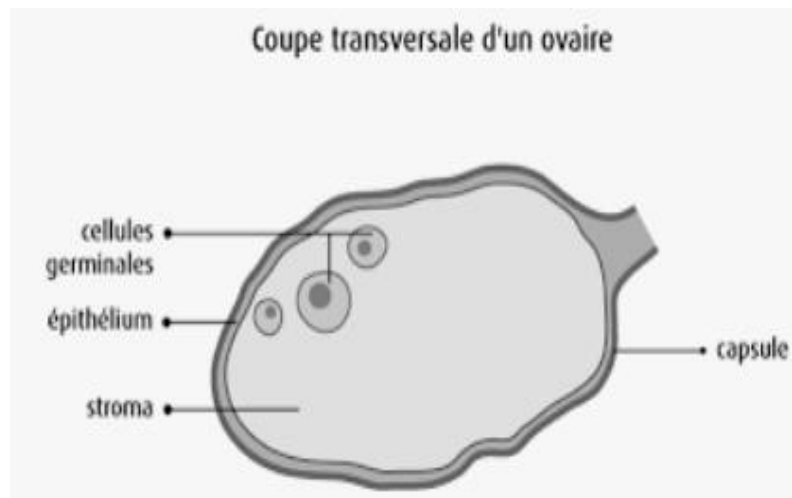
- Le but de La démarche diagnostique :

=> éliminer dans un 1<sup>er</sup> temps un kyste fonctionnel

=> dans un 2<sup>ème</sup> temps d'affirmer la nature bénigne ou maligne de la tumeur.

# Définitions – généralités

- L'ovaire est un organe complexe , abrite de nombreux types cellulaires différents :
  - les cellules de la lignée germinale
  - les cellules thécales
  - les cellules stromales (du tissu conjonctif)
  - les cellules épithéliales du mésothélium recouvrant la surface de l'ovaire.
- cette richesse tissulaire explique la grande variété des tumeurs sur le plan histologique, physiopathologique et pronostique



# Épidémiologie

- Si les tumeurs ovariennes sont fréquentes, regroupant des pathologies très différentes, les cancers sont beaucoup plus rares.
- 1/ Tumeurs bénignes
  - $\approx$  5 à 10 % des femmes auront une tumeur ovarienne au cours de leur vie, il s'agit souvent d'un kyste ovarien bénin.
- 2 /Tumeurs malignes
  - En Algérie, près de 2000 femmes sont atteintes de cancer de l'ovaire chaque année avec une fréquence accrue aux alentours de la quarantaine et de la soixantaine

# Anatomie pathologique

# Etude anatomopathologique

- L'examen anatomopathologique est absolument nécessaire, car chaque forme histologique a son évolution propre.
- De nombreuses classifications existent :
- macroscopique
- microscopique,
- opératoire,
- histologique.



# Les kystes fonctionnels

- regroupent les kystes folliculaires en 1<sup>er</sup> partie de cycle et les kystes du corps jaune ou kyste lutéal en 2<sup>ème</sup> partie de cycle.
- Ils disparaissent spontanément lors du contrôle échographique et ne nécessitent aucun traitement

# Les kystes organiques

- Ils peuvent être de 03origines :
- **épithéliale** : cystadénomes séreux, cystadénomes mucineux ou endométriomes
- **germinale** : les kystes dermoïdes ou tératomes matures dérivent d'une cellule multipotente pouvant être à l'origine de différents tissus présents au sein du kyste : gras, poils, cheveux, os, dent...



- **stromales** : fibrothécomes.

# Classification microscopique

- Les tumeurs du revêtement épithélial
- Les tumeurs des cellules germinales
- Les tumeurs endocrines (tumeurs du mésenchyme et des cordons sexuels)
- Tumeurs conjonctives
- Autres tumeurs

# Tumeurs du revêtement épithélial

## ➤ Tumeurs séreuses :

- bénignes : cystadénomes ou kystes séreux,
- malignes : cystadénocarcinomes séreux (42%)

## ➤ Tumeurs mucineuses :

- cystadénome mucineux ou kystes mucineux bénin,
- cystadénocarcinome mucineux : malin (12%)

# Tumeurs du revêtement épithélial

## ➤ Tumeurs endométriales

- Kyste endométrial bénin au liquide goudron,
- Cystadénocarcinomes endométriaux (15%)

## ➤ Tumeurs de Brenner

- bénignes
- malignes

## ➤ Tumeurs à cellules claires (mésonéphromes)(6%)

- Mésonéphroïdes malignes
- Adénomes à cellules claires, bénins.

- Pour toutes ces tumeurs on trouve entre les tumeurs bénignes ou malignes des tumeurs dites « à malignité atténuée » ou de faible potentiel malin, ou encore « borderline ».

# Tumeurs du revêtement épithélial

- **Tumeurs mixtes épithéliales** : composées de différents groupes de cellules, bénignes ou limites
- Carcinomes indifférenciés (ou anaplasiques)
- Tumeurs épithéliales non classées

# Tumeurs des cellules germinales

- **Les dysgerminomes ou séminomes** (3%)
- **Les dysembryomes ou tératomes**
  - Matures et bénins
  - Immatures et malins

# Tumeurs endocrines ou tumeurs du mésenchyme et des cordons sexuels (6%)

- **T de structure féminine**
  - T à cellules de la granulosa (folliculome)
  - T de la thèque (thécome ou fibrothécome)
  
- **T à structure masculine**
  - T à cellule de Sertoli
  - T à cellules de Leydig (arrhenoblastome)
  - T à cellules de Sertoli et de Leydig
  
- **T de structure complexe**: Gynandroblastome, Gonadoblastomes



# Les tumeurs conjonctives

- **Fibromes** : bénins
- **Sarcomes**

# Les autres tumeurs

- **Les gonadoblastomes**
- **Les tumeurs à cellules lipidiques**
- **Les tumeurs secondaires** ou métastatiques (sein:15%,  
endomètre: 12%), d'un cancer digestif: tumeur de Krukenberg

# Les circonstances de découverte

- la découverte d'un kyste ovarien est
  - **le plus souvent fortuite**
  - **au cours d'une échographie**
  - **ou la palpation d'une masse latéro-utérine**
  - **lors d'un examen clinique.**

# Circonstances de découverte

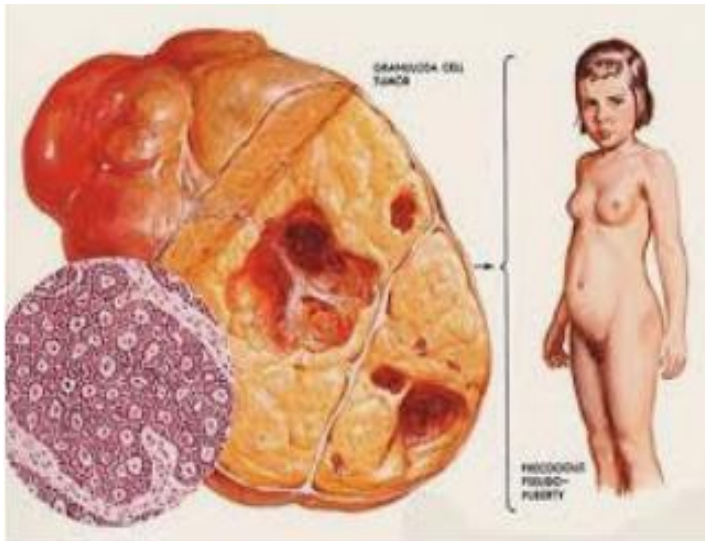
- **Troubles des règles** : Aménorrhée , Dysménorrhée
- **Douleurs pelviennes**
- **Troubles du transit**
- **Augmentation volume abdomen**
- **Examen systématique** : OP, Grossesse ....
  - Masse latéro utérine
  - indépendante de l'utérus

# Circonstances de découverte

- **Lors de complications type :**
  - Compression
  - Torsion
  - Hémorragie
  - Rupture
  - Infection
  - Ascite

# Circonstance découverte

- **Syndrome endocrinien :**
- Tumeur masculinisante
- Tumeur féminisante



# Examen clinique

- **1/ Interrogatoire** précise :
  - Les ATCD personnels et familiaux de cancer gynécologique, de cancer du sein, de cancer colo-rectal
  - âge lors des premières règles (ménarches)
  - gestité, parité
  - statut ménopausique  $\pm$  âge à la ménopause
  - contraception ou traitement hormonal de la ménopause
  - l'existence de douleurs pelviennes et de troubles digestifs

# L'examen clinique

- Il comporte :
- la palpation abdominale à la recherche d'une masse pelvienne, d'une hépato-splénomégalie





# L'examen clinique

- **l'examen au spéculum** : à la recherche d'une tumeur cervicale, de lésions vaginales et de saignements
- **le TV** : recherche d'une masse pelvienne latéro-utérine, d'une douleur.
- En cas de volumineuse masse, on complètera l'examen par un TR à la recherche d'une tumeur rectale, de signes de compression voire d'envahissement rectal (nodule de carcinose péritonéale)
- la palpation des aires ganglionnaires inguinales et sus-claviculaires
- la palpation bilatérale des seins à la recherche d'un nodule, ainsi que des aires ganglionnaires axillaires en cas de tumeur suspecte

# Les examens complémentaires

# Échographie pelvienne

- Le 1<sup>er</sup> examen diagnostique est l'échographie pelvienne, par voie abdominale puis endovaginale.
- l'examen de première ligne qui permet de préciser
  - la taille
  - localisation,
  - Forme
  - écho structure et vascularisation du kyste.
  - L'ovaire controlatérale et utérus
  - Les signes associés comme l'existence d'une ascite ou d'autres masses sont également recherchés

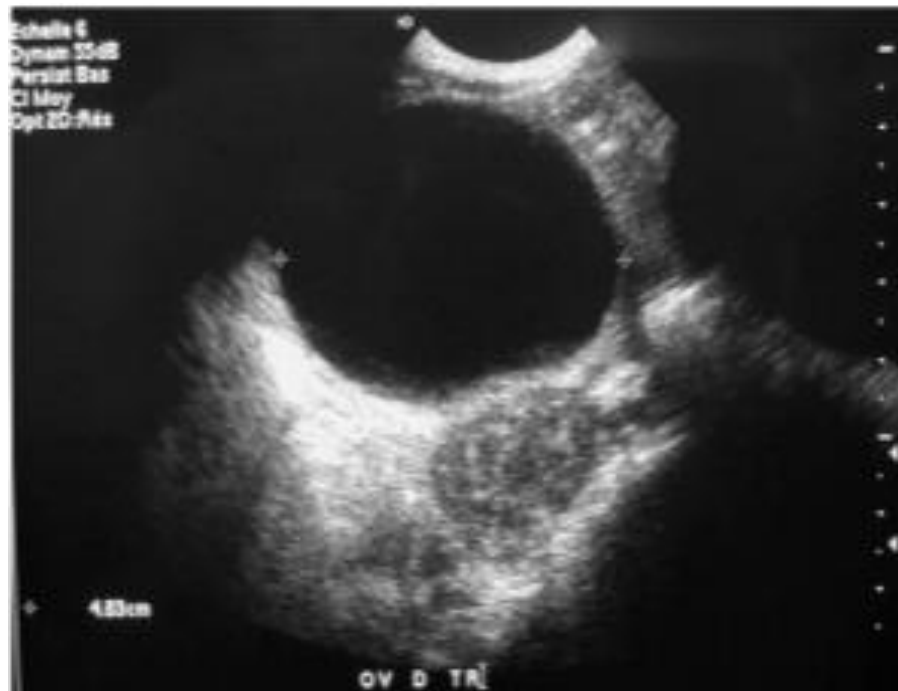
# L'échographie

*Tableau I. – Éléments d'orientation échographiques bénignité versus malignité d'une lésion ovarienne.*

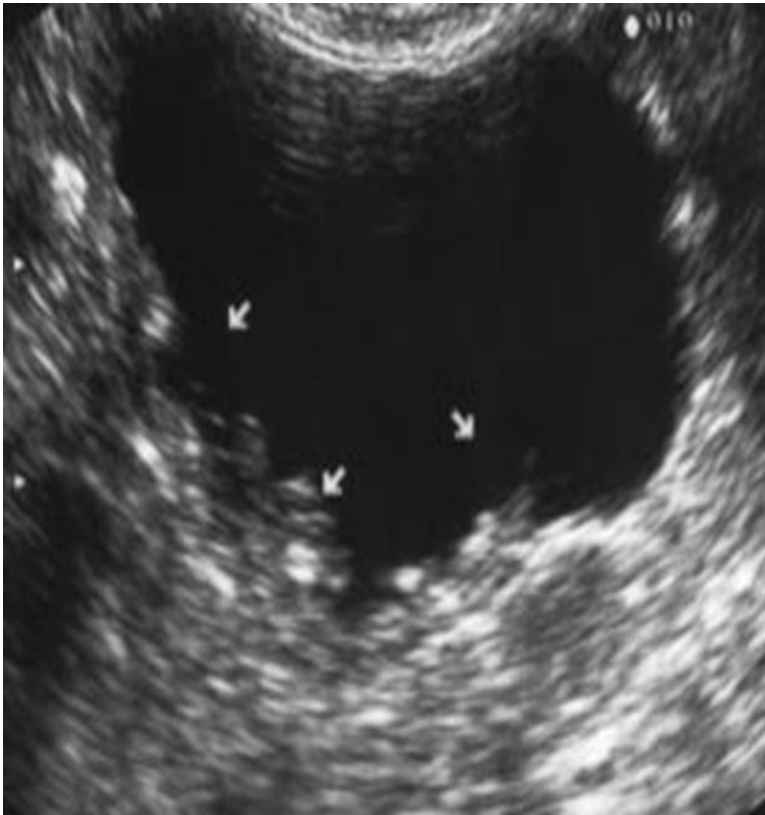
	Plutôt bénin	Plutôt malin
Âge	Activité génitale	Ménopause
Uni- ou multiloculaire	Uniloculaire	Multiloculaire
Localisation	Unilatérale	Bilatérale
Taille	< 5 cm	> 10 cm
Contours	Réguliers	Mal délimités
<b>Paroi, cloisons, septa</b>	Fines, souples, linéaires Direction harmonieuse	Épaisses, > 3 mm, rigides Angulation brutale
<b>Rapport liquide/solide</b>	Prédominance liquidienne	Prédominance solide
<b>Liquide</b>	Anéchogène ou homogène	Échogénicité inhomogène
<b>Végétations</b>	Absentes ou hyperéchogènes	Présentes
<b>Ascite</b>	Absente	Présente

Les éléments en caractères gras sont les plus spécifiques pris isolément.

# Tumeur plutôt bénigne



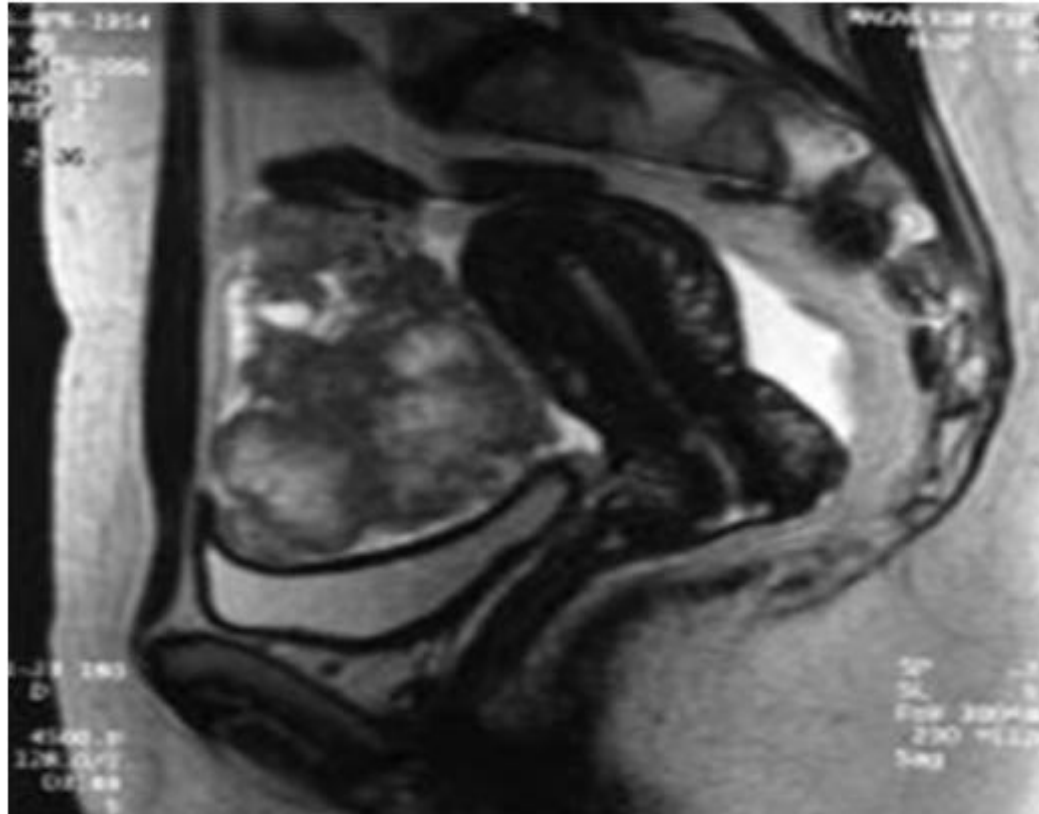
# Tumeur plutôt maligne



# Autres examens

- Il n'est pas recommandé de réaliser une IRM pelvienne ou des marqueurs tumoraux en dehors d'une suspicion de malignité à l'échographie, notamment pour un kyste uniloculaire < 7 cm  
(recommandation du CNGOF de décembre 2013).
- Chez une patiente non ménopausée, on demandera des  $\beta$ -HCG pour éliminer une grossesse extra-utérine.

# IRM





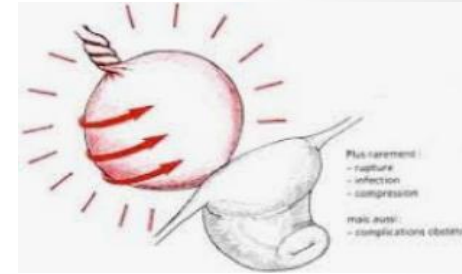
# Autres examens

- En cas de kyste suspect, les marqueurs tumoraux demandés sont le CA125 , ACE et CA19-9.
- En cas de suspicion de tumeur germinale, on pourra également demander : alphafœto protéine,  $\beta$ -HCG, LDH.
- **Le bilan d'une tumeur ovarienne bénigne repose essentiellement sur un bilan clinique précis et complet et une échographie pelvienne**

# Complications



# Torsion annexielle



- complication classique
- une **urgence chirurgicale** => risque de nécrose ovarienne (c'est une torsion de l'ovaire autour de son pédicule vasculaire).
- Les kystes dermoïdes sont les plus à risque en raison de leur poids
- ≠ alors que les endométriomes sont rarement à l'origine de cette complication car les adhérences associées diminuent la mobilité des ovaires.

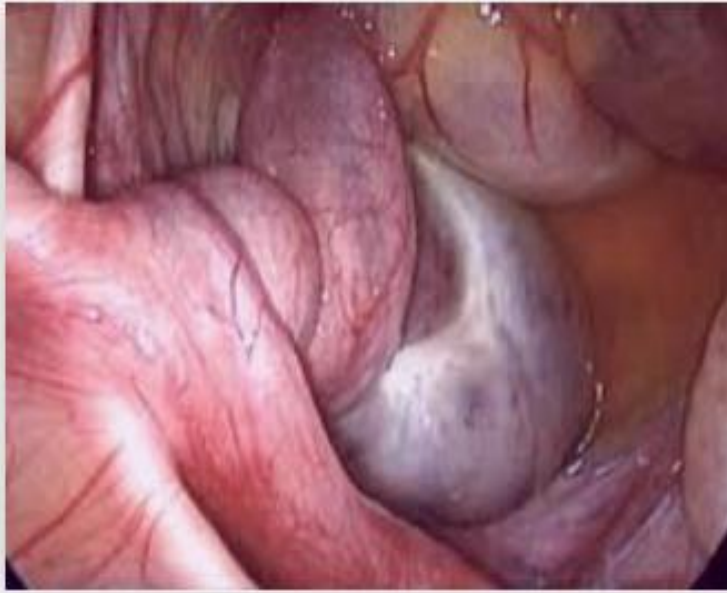
# La torsion annexielle

- **Les symptômes :**
  - douleur brutale non soulagée par les antalgiques avec de possibles nausées, vomissements, associée à une défense abdominale.
  - Le tableau peut être précédé par des épisodes de subtorsion avec des douleurs paroxystiques spontanément résolutifs

# Torsion annexielle

- L'échographie ne montre la plupart du temps que le kyste et le Doppler peut montrer une persistance du flux vasculaire sans éliminer le diagnostic.
- Un ovaire tumoral ascensionné est quasiment pathognomonique de la torsion, avec une masse douloureuse juste sous la paroi à la palpation et au dessus du fond utérin à l'échographie.
- Les  $\beta$ HCG sont négatifs et éliminent une grossesse extra-utérine.
- Le traitement est une coelioscopie en urgence pour détorsion ovarienne et kystectomie avec risque d'annexectomie

# Torsion d'annexe



# Hémorragie intra kystique

- la douleur va être brutale
- on retrouve une masse latéro-utérine douloureuse, mais non ascensionnée.
- À l'échographie, le kyste est hétérogène avec une plage hyperéchogène témoin d'un saignement intrakystique récent.
- Dans ce cas, la prise en charge est symptomatique et basée sur les antalgiques et le repos.

# Hémorragie intra kystique





# Rupture de kyste

- Le tableau typique est une douleur paroxystique et brutale spontanément résolutive.
- à l'échographie il n'existe plus de kyste mais une lame d'épanchement liquidien dans le CDS de Douglas.



- Rarement il existe une rupture hémorragique avec une hémorragie active=> Dans ce cas, la douleur est persistante avec des signes d'irritation péritonéale et un épanchement plus important.
- il peut exister une anémie aiguë sur NFS. La prise en charge est chirurgicale avec une cœlioscopie exploratrice ( faire l'hémostase et réaliser une kystectomie).

# Compression

- Une volumineuse tumeur ovarienne peut entraîner une compression des organes de voisinage, qui est plutôt en faveur du caractère malin.
- Des troubles digestifs à type de constipation sont possibles en cas de compression rectale.
- Une compression vésicale entraînera des signes irritatifs (pollakiurie). Il peut également y avoir une compression urétérale entraînant une urétérohydronéphrose.
- La compression vasculaire est possible ; une thrombophlébite pelvienne doit être systématiquement recherchée par écho Doppler en cas de volumineuse masse pelvienne (cancer+++).
- Une douleur pelvienne aiguë brutale chez une femme jeune doit faire rechercher sans retard une torsion annexielle dont dépend le pronostic de l'ovaire.

# Compression



Examen tomodensitométrique après injection : masse volumineuse bosselée arrive en contact du côlon droit. Le côlon gauche est refoulé en arrière. Les cloisons prennent le produit de contraste et sont régulières.

Histologie : Cystadénome mucineux de type borderline

# Prise en charge

- **Elle dépend avant tout de l'aspect de la tumeur ovarienne et de la symptomatologie.**

# 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 =Abstention
- KOF induits par les traitements chirurgicaux :abstention si asymptomatiques

# Prise en charge

- En cas de kyste uniloculaire liquidien  $< 10$  cm, une surveillance peut être réalisée en l'absence de symptomatologie.
- Une kystectomie peut être discutée chez une patiente symptomatique (la patiente doit être informée du risque d'altération de la réserve ovarienne liée à une kystectomie).

# tumeur non suspecte symptomatique

- une kystectomie ou annexectomie pourra être réalisée sous coelioscopie :
  - exploration complète de la cavité abdomino-pelvienne (coupes diaphragmatiques, gouttières pariéto-coliques, mésentère, péritoine du Douglas)
  - cytologie péritonéale
  - kystectomie ou annexectomie avec extraction protégée (dans un sac) de la pièce opératoire
  - envoi de la pièce en anatomopathologie
  - pas d'examen extemporané en l'absence de signe suspect.

# Tumeur suspecte

- Faire :
  - une IRM pelvienne
  - des marqueurs tumoraux
- ⇒ permettront d'affiner le diagnostic et de guider la prise en charge.
- ⇒ Une cœlioscopie exploratrice pourra également compléter le bilan



# Cancers de l'ovaire



# Épidémiologie

- L'incidence en France est de 12 nouveaux cas pour 100 000 et par an
- les Kc de l'ovaire sont responsables de 5,8% des décès par cancer.
- Les Kc de l'ovaire représentent 4% des cancers de la femme et sont au 5ème rang des causes de mortalité par tumeur maligne

# Facteurs de risque

- Age > 50 ans (50% des cas après 50 ans)
- Infertilité.
- Nulliparité.
- puberté précoce
- ménopause tardive
- Première grossesse après 35 ans

# Facteurs de risque

- Facteurs familiaux:
  - Risque 5% si 1 parent (mère, sœur, fille) atteint
  - Peut atteindre 40% si association de cancer de l'ovaire et du sein dans la famille soit dans le cadre d'un syndrome de Lynch de type II
  - ou lié à une mutation du gène BCR A1 porté par le bras long du chromosome 17

# Remarque

- Certains facteurs **protecteurs** sont évoqués:
- multiparité,
- prise de contraceptifs oraux (la prise d'un oestro-progestatif pendant 5 à 10 ans diminue le risque de moitié)
- alimentation riche en anti-oxydants

# Étude clinique

- La relative pauvreté des signes fonctionnels en début de développement fait que souvent, la tumeur n'est découverte qu'à un stade avancé de son évolution

# Étude clinique

- Les signes les plus fréquents sont :
  - ↑ du volume de l'abdomen
  - douleur ou pesanteur pelvienne
  - perception d'une masse ou d'une ascite
  - constipation voire un syndrome occlusif.
  - Plus rarement, un œdème d'un membre inférieur, une phlébite ou une sciatalgie par compression veineuse ou radiculaire.
  - Une dyspnée ou une douleur thoracique peuvent être en rapport avec un épanchement pleural.
  - Enfin, une AEG peut compléter le tableau.

# Étude clinique

- Le bilan clinique reprend les éléments précédents concernant les tumeurs ovariennes bénignes avec une importance des éléments suivants :
  - rechercher les ATCD personnels et familiaux de cancers gynécologiques et mammaires
  - rechercher une masse pelvienne à l'examen
  - réaliser un TR pour rechercher une tumeur rectale (importance des formes secondaires), une compression ou envahissement rectal, une carcinose péritonéale
  - examen mammaire bilatéral à la recherche d'un nodule + des aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires (associations fréquentes avec un cancer du sein)
  - rechercher des signes de dénutrition et les comorbidité



# Étude para clinique

# Échographie abdomino-pelvienne

- Elle représente l'examen de **première** intention.
- Les critères échographiques en faveur de la malignité sont
  - végétations endo- ou exo-kystiques
  - ascite
  - adénopathies ou masse pelvienne associée

# Échographie abdomino-pelvienne

Tableau. Règles simples

5 règles pour "bénignité"	5 règles pour "malignité"
1. Kyste uniloculaire	1. Masse irrégulière solide
2. Présence de composantes solides dont le plus grand diamètre est inférieur à 7 mm	2. Présence d'ascite
3. Cône d'ombre	3. Plus de 4 structures papillaires
4. Masse multiloculaire lisse avec un diamètre maximal inférieur à 100 mm	4. Masse irrégulière multiloculaire-solide avec diamètre maximal supérieur à 100 mm
5. Absence de flux en doppler couleur	5. Forte vascularisation en doppler couleur

# IRM abdomino-pelvienne

- En cas de forme localisée, l'IRM pelvienne et abdominale jusqu'au pédicule rénal permet au mieux de caractériser la tumeur (intérêt des séquences en perfusion et en diffusion).

# Tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne (TDM-TAP)

- Lorsqu'il s'agit de formes évoluées, le problème est avant tout d'évaluer l'extension de la maladie
- le bilan d'extension repose alors sur le TDM-TAP avec injection et le dosage du CA125.

# Marqueurs tumoraux

- On prescrit le CA125 mais également les marqueurs CA19-9 et ACE en cas de tumeur épithéliale.
- En cas de suspicion de tumeur germinale ou chez une femme jeune, on pourra également demander : alphafœto-protéine,  $\beta$ HCG, LDH.
- À noter que le marqueur HE4 à été évalué et aurait une sensibilité et spécificité plus élevées que le CA125.

# Principes de la prise en charge du cancer de l'ovaire

- Le cancer de l'ovaire est l'un des rares cancers dont le diagnostic n'est habituellement pas obtenu en préopératoire.
- Ainsi, la cœlioscopie est fondamentale pour établir le diagnostic, complète le bilan d'extension par l'évaluation de la carcinose péritonéale
- => la réalisation d'une cœlioscopie à visée diagnostique, pronostique et de stadification est l'élément clé du bilan initial

# Classification de FIGO 2014

- **I : Tumeur limitée aux ovaires :**

- IA : tumeur limitée à un seul ovaire avec capsule intacte et cytologie péritonéale négative
- IB : tumeurs des deux ovaires, capsules intactes et cytologie péritonéale négative
- IC :
  - IC1 : rupture capsulaire peropératoire
  - IC2 : rupture préopératoire ou tumeur à la surface ovarienne
  - IC3 : cellules malignes dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal

- **II : Tumeur ovarienne étendue au pelvis :**

- IIA : implants ou extension à l'utérus et/ou aux trompes
- IIB : extension aux autres organes pelviens
- IIC : IIA ou IIB avec cellules malignes dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal



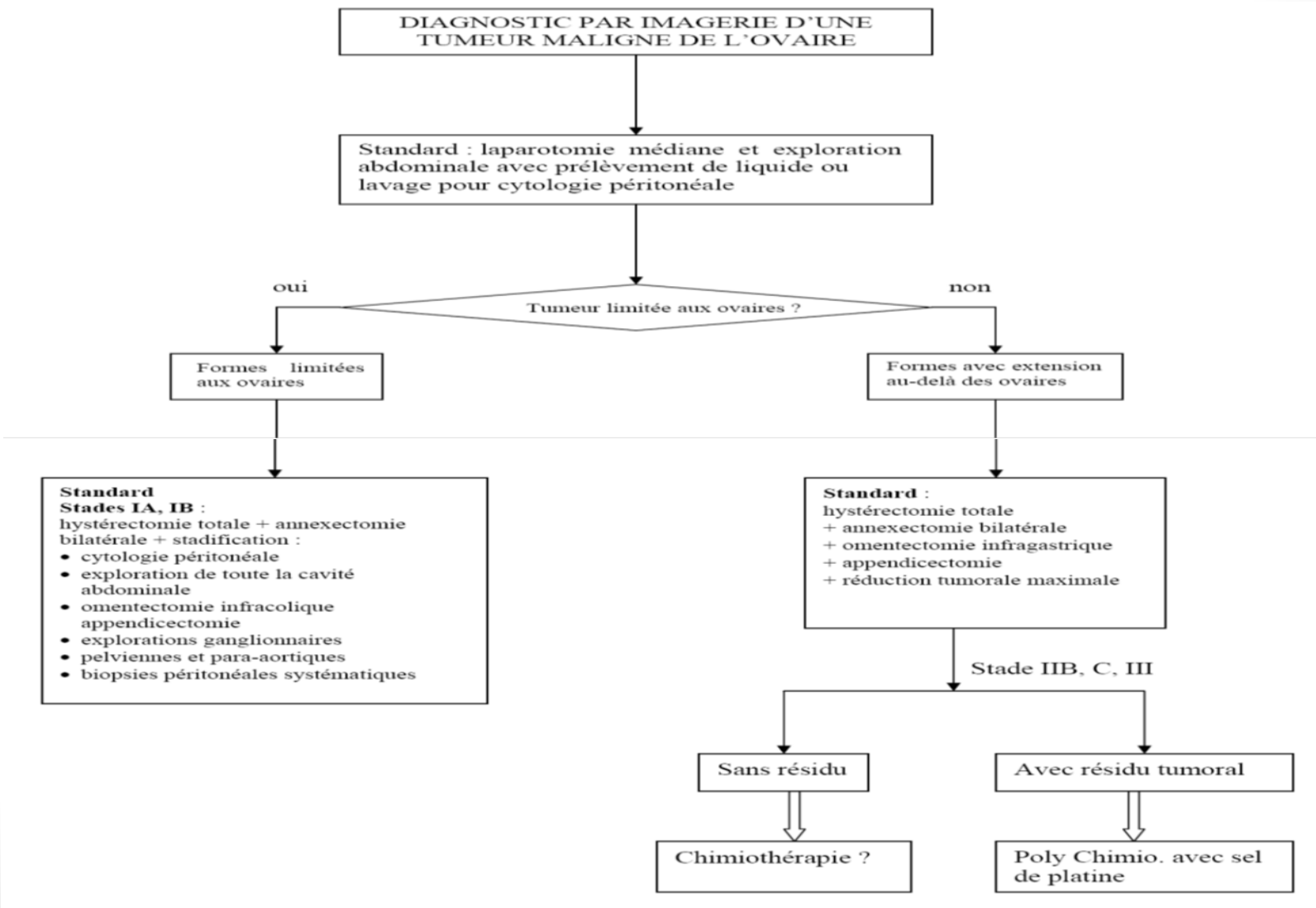
# Classification de FIGO 2014

- **III : Atteinte péritonéale en dehors du pelvis et/ou métastases ganglionnaires rétropéritonéales :**
  - IIIA : métastases ganglionnaires rétropéritonéales et/ou atteinte microscopique au-delà du pelvis :
    - IIIA1 : métastases ganglionnaires rétropéritonéales
    - IIIA2 : atteinte microscopique extrapelvienne ± atteinte ganglionnaire rétropéritonéale
      - IIIA (i) : métastases  $\leq 10$  mm
      - IIIA (ii) : métastases  $> 10$  mm
  - IIIB : métastases péritonéales macroscopiques  $< 2$  cm extrapelvienne ± atteinte ganglionnaire rétropéritonéale
  - IIIC : métastases péritonéales macroscopiques  $> 2$  cm ± atteinte ganglionnaire rétropéritonéale y compris l'extension à la capsule hépatique ou de la rate

# Classification de FIGO 2014

- **IV : Métastases à distance excluant les métastases péritonéales**
  - IVA : épanchement pleural avec cytologie positive
  - IVB : métastases parenchymateuses hépatique ou splénique, extension extra-abdominales y compris atteinte des aires ganglionnaires inguinales et ganglions en dehors de la cavité abdominale

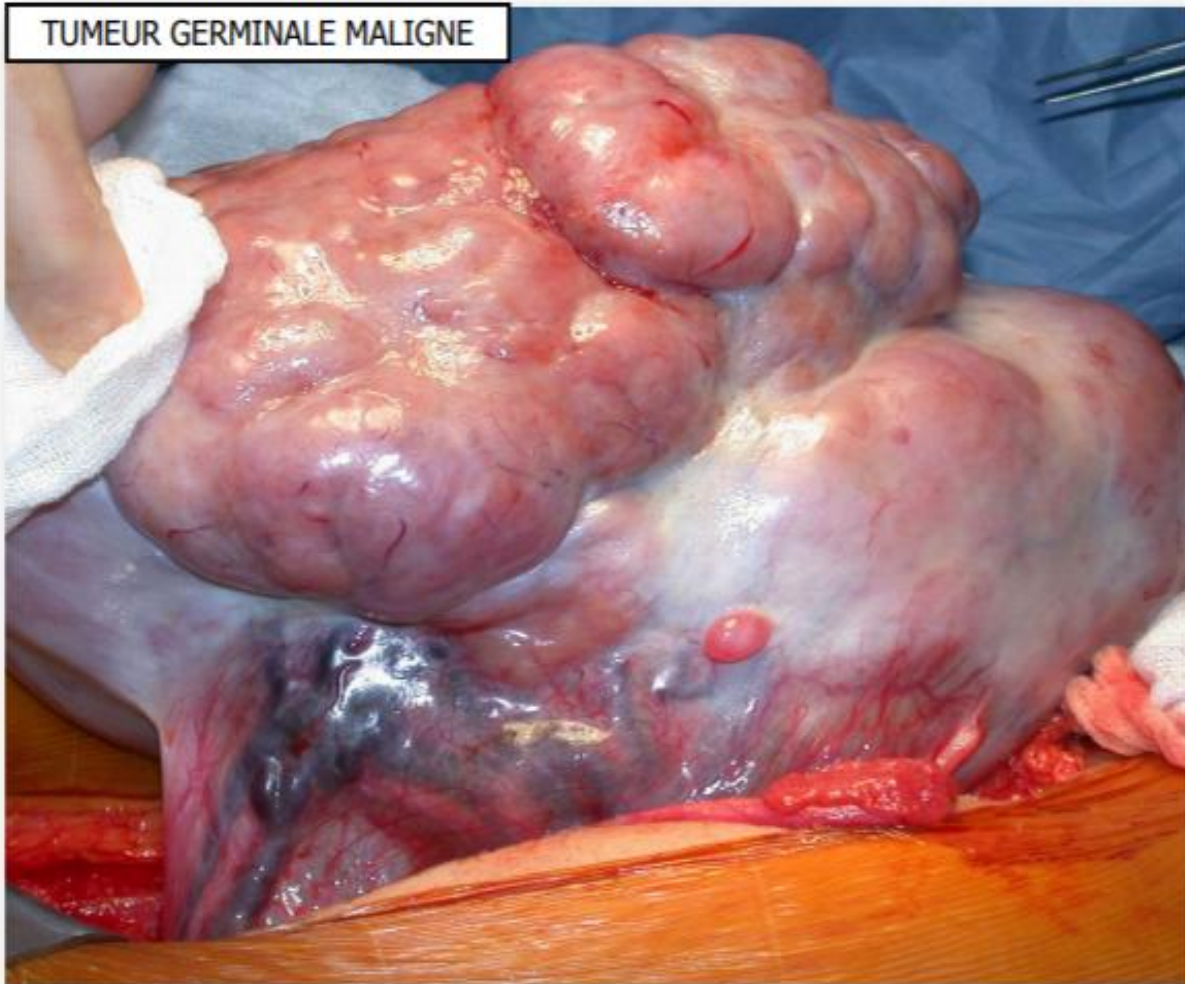
# CAT selon la classification de la FIGO



# Tumeur présumée précoce

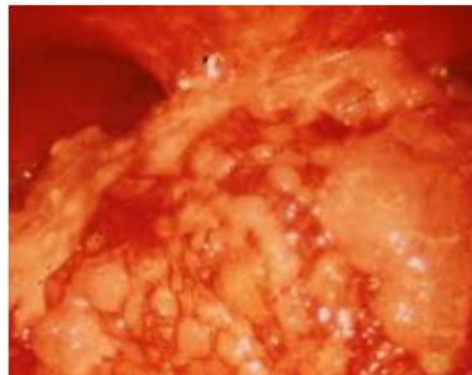
- Le cancer concerne un ou les deux ovaires.
- réaliser une stadification ou une restadification (en cas de tm déjà réséquée).
- stadification réalisée par cœlioscopie ou laparotomie en fonction des situations et comprend :
  - une exploration abdomino-pelvienne complète ;
  - une hystérectomie avec annexectomie bilatérale
  - des curages pelviens et lombo-aortiques ;
  - une omentectomie
  - une appendicectomie
  - des biopsies péritonéales multiples et cytologie péritonéale.

TUMEUR GERMINALE MALIGNNE



# Tumeur avancée

- Importance de référer la patiente dans un centre expert pour la prise en charge des cancers de l'ovaire.
- Le cancer est diagnostiqué à un stade de carcinose péritonéale.
- Dans ce cas, toute la stratégie repose sur une cœlioscopie exploratrice permettant de coter la carcinose péritonéale



# Tumeur avancée

- On distingue 02 situations :
- **maladie résécable** : une chirurgie de cytoréduction complète par laparotomie xypho-pubienne . une information complète des gestes à réaliser peut être délivrée à la patiente (nécessité de résection intestinale).
- **maladie non résécable** : il est impossible de retirer toute la maladie péritonéale ou l'intervention serait associée à une morbidité trop importante pour la patiente
- => une chimiothérapie néo-adjuvante est réalisée et la résécabilité sera réévaluée après 3 cycles de chimiothérapie dans le but de réaliser la chirurgie de cytoréduction à ce moment là (chirurgie d'intervalle).

# Radiothérapie

- Contrôle de la maladie microscopie abdomino-pelvienne
- RT abdomino-pelvienne > RT pelvienne seule
- Protection rénale (> 15 Gy) et hépatique (> 20 Gy)
- Option peu utilisée



# L'hormonothérapie

- Efficacité faible
- N'est pas utilisée en traitement adjuvant
- Traitement des rechutes chimio-résistantes

# Suivi

- Le suivi des patientes traitées repose sur:
  - l'examen clinique
  - le dosage des marqueurs si initialement élevés (CA 125), tous les 4 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois pendant 3 ans puis annuel.
  - Aucun examen radiologique n'est systématique et dépendra du risque de récurrence et des symptômes.

# Suivi

- Devant un diagnostic de cancer de l'ovaire avant 70 ans ou avec un contexte familial de cancer du sein ou de l'ovaire, la recherche d'une mutation BRCA 1 ou 2 est recommandée.
- En cas de mutation BRCA 1 ou 2, un suivi est mis en place à partir de 30 ans et comprend un examen gynécologique et mammaire bi-annuel ainsi qu'un bilan d'imagerie annuel.
  - Une échographie pelvienne endovaginale et une surveillance annuelle du CA125 doit être proposée.
- Une annexectomie peut être également proposée à partir de 40 ans en cas de mutation de BRCA 1 et 45 ans en cas de mutation de BRCA 2

# Pronostic

- Il est globalement sombre avec une survie de 45 % à 5 ans tout stade confondu :
  - 85 % au stade I
  - 60 % au stade II
  - 35 % au stade III
  - et 20 % seulement au stade IV.

# Pronostic

- Le pronostic est directement lié à :
  - la résecabilité de la maladie et le facteur pronostique le plus important dans les études est le résidu tumoral postopératoire.
  - Les autres facteurs pronostiques sont le type histologique, le grade, la réponse à la chimiothérapie, l'âge et l'état général de la patiente.

# Tumeurs ovariennes borderlines ou frontières

- tumeurs qui se situent entre les lésions morphologiquement bénignes et les tumeurs malignes.
- Elles doivent être individualisées en raison:
  - de leur fréquence,
  - de leur âge de survenue (inférieur à celui des tumeurs malignes)
  - et surtout de leur excellent pronostic par rapport à celui des tumeurs malignes.

# Tumeurs ovariennes borderlines ou frontières

- L'IRM pelvienne est d'un apport diagnostique majeur par l'analyse des séquences en diffusion et en perfusion.
- Aucun critère macroscopique pris isolément ne permet de les différencier
- C'est l'**analyse histologique** qui permettra de faire le diagnostic.
- diagnostic histologique qui est difficile et peut nécessiter la relecture d'un expert.

# Tumeurs ovariennes borderlines ou frontières

- Dans 20 % à 40 % des cas, la tumeur est associée à des localisations extra-ovariennes, sous forme d'implants péritonéaux (≠ pas confondre avec des lésions de carcinose péritonéale).
- Tout comme dans le cancer ovarien, il faut réaliser une stadification ou restadification péritonéale complète par voie cœlioscopique comprenant :
  - exploration complète de la cavité péritonéale ;
  - cytologie péritonéale et biopsies péritonéales ;
  - kystectomie ou annexectomie uni- ou bilatérale en fonction des situations ;
  - omentectomie infracolique ;
  - pas de curage nécessaire dans cette pathologie ;
  - appendicectomie en cas de forme mucineuse.



# Tumeurs ovariennes borderlines ou frontières

- Les éléments pronostiques des TBO sont:
  - le type histologique
  - surtout la présence d'implants invasifs, d'où l'importance de la stadification initiale.

Ces éléments permettront chez des femmes jeunes de décider d'un traitement conservateur, contrairement au cancer ovarien où le traitement est le plus souvent radical

# Conclusion

- La découverte d'une tumeur ovarienne peut correspondre à plusieurs situations complètement différentes sur le plan de la prise en charge et du pronostic.
- L'échographie est l'examen de 1<sup>ère</sup> ligne et doit préciser s'il s'agit d'une tumeur probablement bénigne ou s'il existe des signes suspects de malignité.

# Conclusion

➤ On distingue :

➤ TUMEURS ORGANIQUES:

- T. bénignes
- T. malignes
- T. border-ligne frontière
- T. inclassables
- T. primitives/ secondaires
- T. sécrétantes / non sécrétantes

➤ TUMEURS FONCTIONNELLES:

- Kyste fonctionnel
- Kyste lutéinique
- lutéome

# Conclusion

- Une IRM pourra compléter le bilan et préciser les caractéristiques morphologiques.
- La cœlioscopie exploratrice et l'exérèse de la tumeur permettront d'obtenir un diagnostic histologique et éventuellement l'extension intrapéritonéale.

# Conclusion

- À l'issue de ce diagnostic histologique, on pourra distinguer 03 situations :
    - tumeur bénigne
    - tumeur maligne
    - ou tumeur borderline
- => et adapter la prise en charge