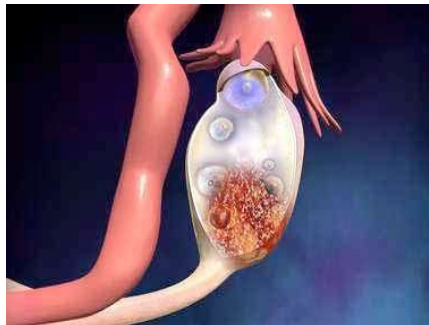




Le cancer de l'ovaire

Hafsa Taheri

Professeur de gynécologie-obstétrique

CHU Mohammed VI d'Oujda

Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda

Introduction

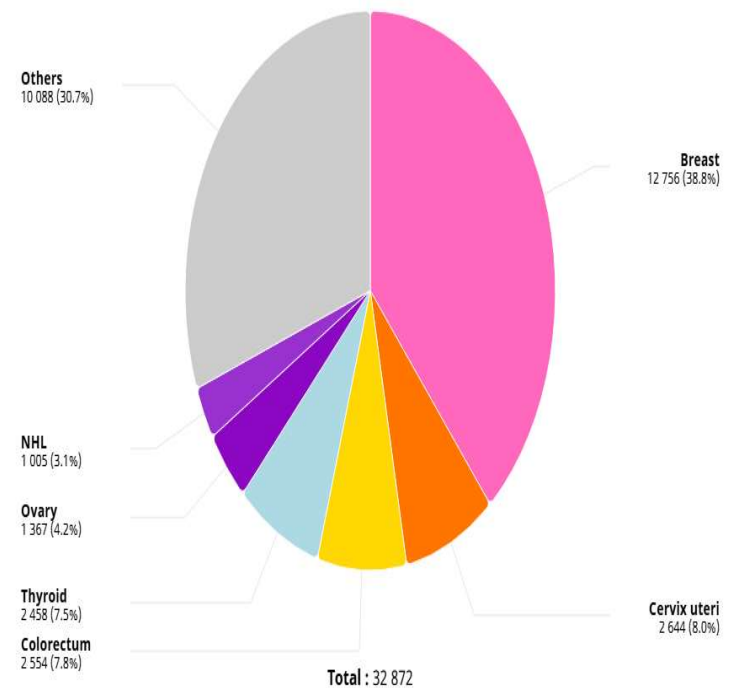


- Le cancer de l'ovaire: le plus grave des cancers gynécologiques.
- Les femmes de plus de 45 ans +++.
- Maladie longtemps asymptomatique.
- Diagnostic précoce très difficile.
- Pronostic sombre.

Epidémiologie

Rank	Cancer site	Number of cases	Percent
1st	Breast	12 756	38.8%
2nd	Cervix uteri	2 644	8.0%
3rd	Colorectum	2 554	7.8%
4th	Thyroid	2 458	7.5%
5th	Ovary	1 367	4.2%
-	Others	11 088	33.7%

Number of new cases in 2022, females, all ages



Epidémiologie

les facteurs de risque



Facteurs génétiques et familiaux

- Mutations génétiques : BRCA1 ou BRCA2, ou des gènes impliqués dans le syndrome de Lynch
- Antécédents familiaux :
Avoir plusieurs cas de cancer du sein et/ou de l'ovaire dans sa famille.

Facteurs liés à la reproduction et à l'âge

- Âge : Le risque augmente avec l'âge,
- La nulliparité
- La ménarche précoce
- La ménopause tardive

Facteurs liés au mode de vie et à l'environnement

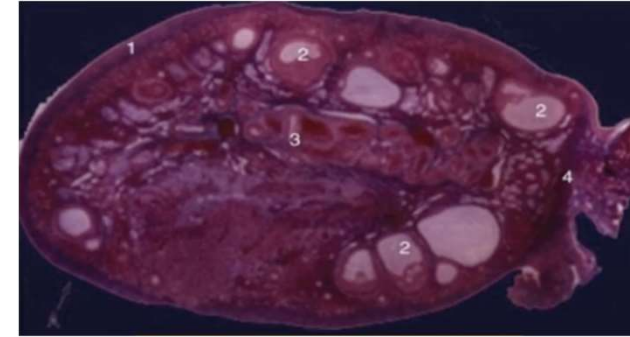
- Surpoids et obésité
- Tabagisme
- Exposition à l'amiante

Epidémiologie : FDR

Facteurs protecteurs

- **Contraception orale** : L'utilisation prolongée de contraceptifs oraux (pilule) diminue le risque, et la protection augmente avec la durée d'utilisation.
- **La salpingectomie prophylactique** réduit le risque, notamment chez les femmes porteuses de mutations BRCA.

L' ovaire



- Les ovaires sont deux organes ➡ amande,
- situés dans le bassin, de chaque côté de l'utérus.
- font partie de l'appareil reproducteur de la femme.
- La fonction principale :
 - la production des ovules ;
 - la production d'hormones impliquées dans la régulation de la reproduction et le développement des caractères sexuels.

Anatomopathologie

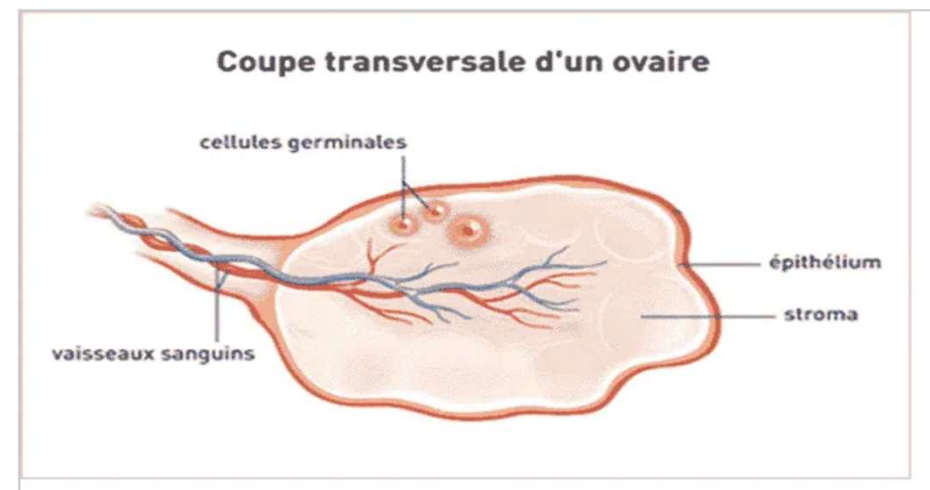
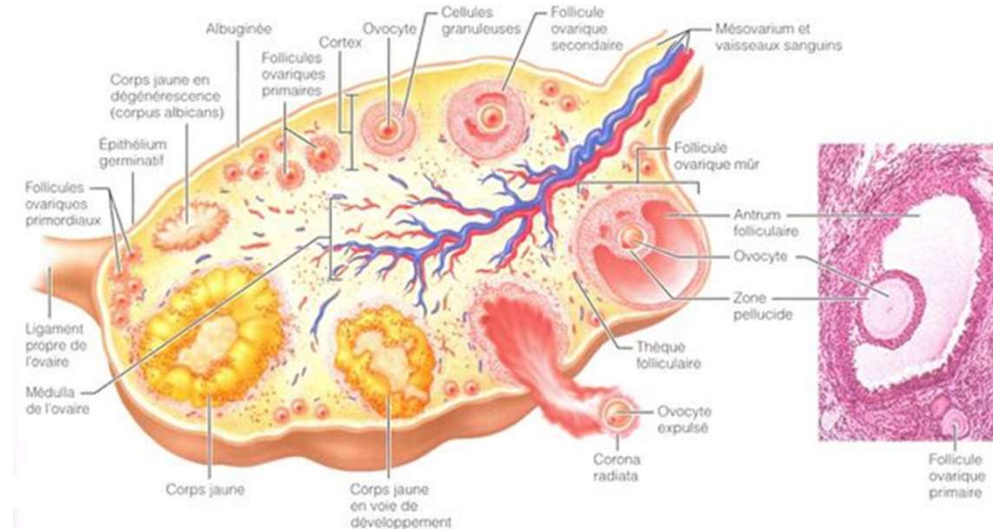
□ Hétérogénéité des cellules

- trois types de cellules :

1- les cellules épithéliales

2- les cellules germinales

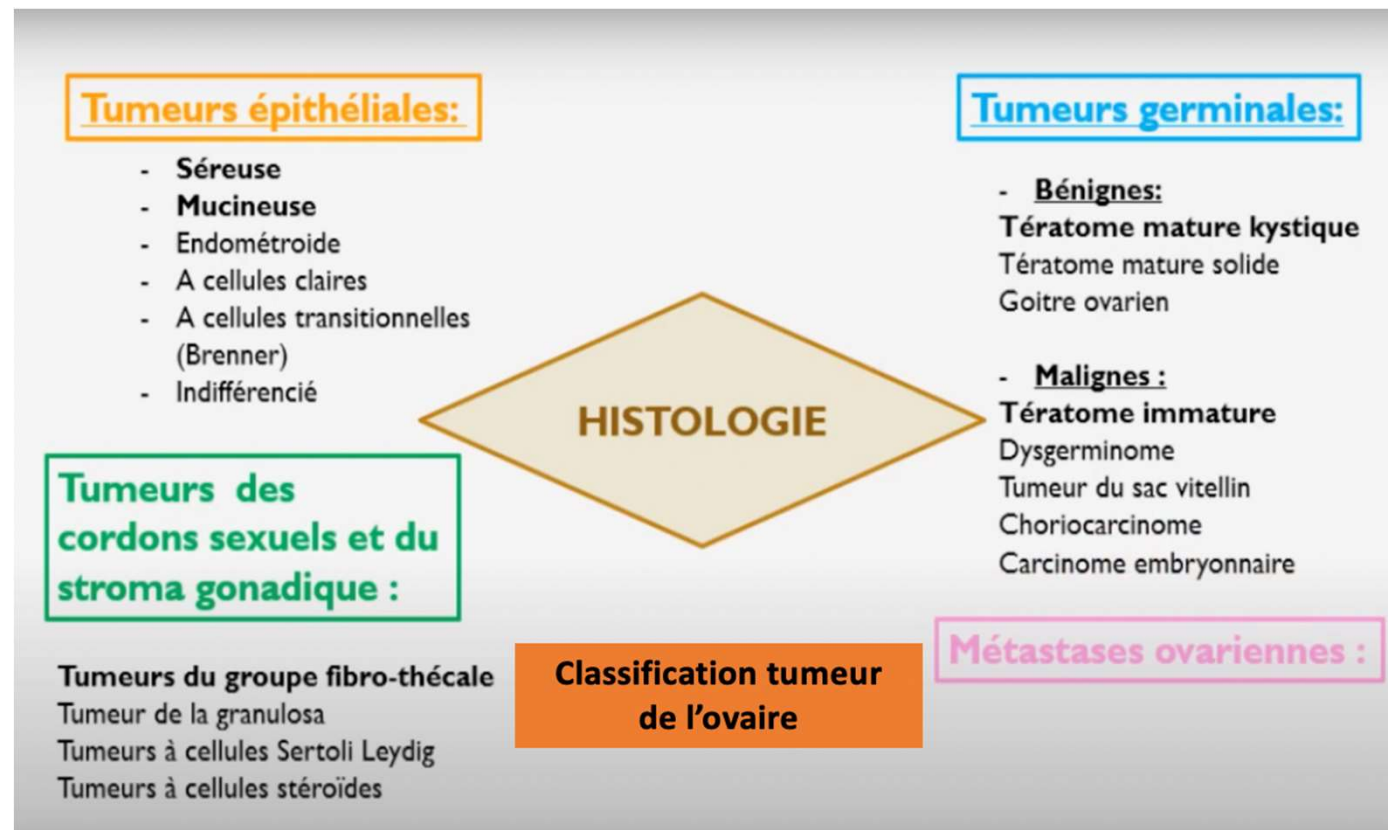
3- les cellules du stroma et
les cordons sexuels



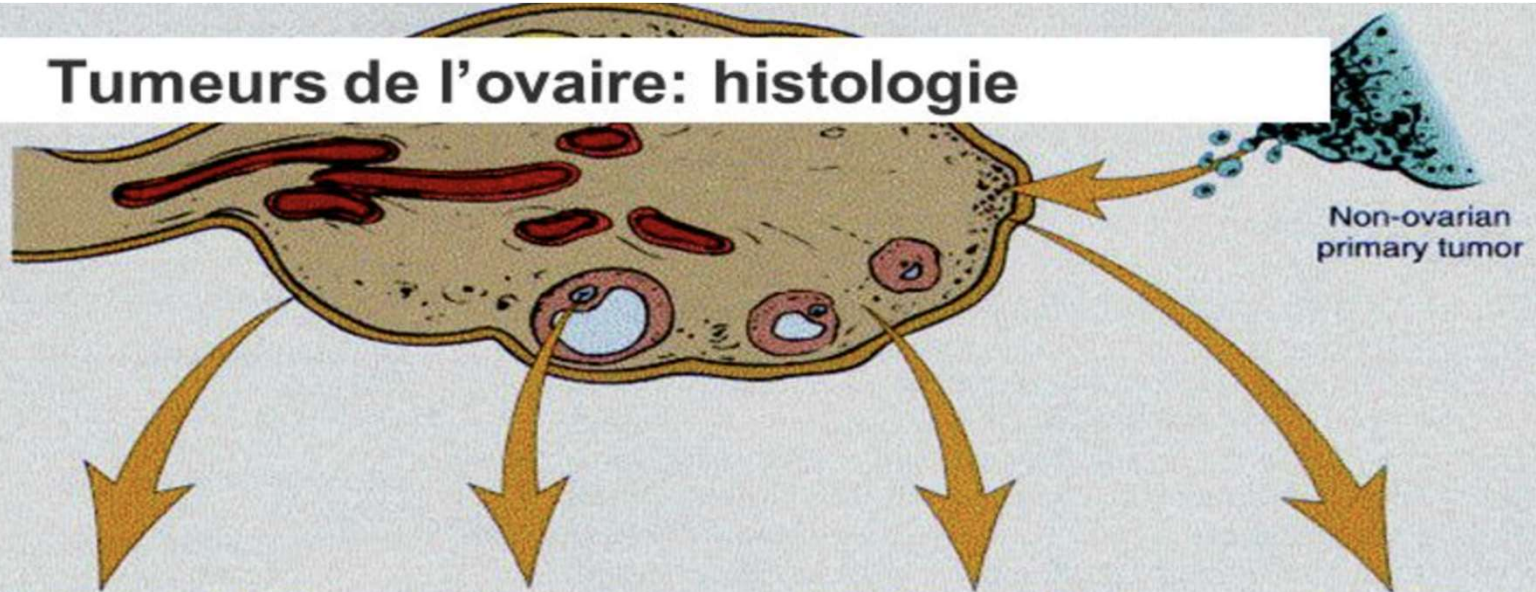
Source : INCa, e-cancer.fr

Anatomopathologie

- Classification OMS



Tumeurs de l'ovaire: histologie



ORIGIN	SURFACE EPITHELIAL CELLS (Surface epithelial-stromal cell tumors)	GERM CELL	SEX CORD-STROMA	METASTASIS TO OVARIES
Overall frequency	65%-70%	15%-20%	5%-10%	5%
Proportion of malignant ovarian tumors	90%	3%-5%	2%-3%	5%
Age group affected	20+ years	0-25+ years	All ages	Variable
Types	• Serous tumor • Mucinous tumor • Endometrioid tumor • Clear cell tumor • Brenner tumor • Cystadenofibroma	• Teratoma • Dysgerminoma • Endodermal sinus tumor • Choriocarcinoma	• Fibroma • Granulosa-theca cell tumor • Sertoli-Leydig cell tumor	

ANNEXE 2 : Classification histologique des tumeurs ovariennes OMS 2014

Classification histologique des tumeurs ovariennes
- 1 - Tumeurs épithéliales
- 1.1- Tumeurs séreuses - 1.1.1 - Bénignes
- Cystadénome et cystadénome papillaire
- Adénofibrome
- cystadénofibrome - 1.1.2 –Borderline (tumeur atypiques proliférantes)
- tumeur séreuse borderline
- micropapillaire non invasive - 1.1.3 - Malignes
- Adénocarcinome séreux de haut grade
- Adénocarcinome séreux de bas grade
- Adénocarcinofibrome
- 1.2 - Tumeurs mucineuses - 1.2.1 - Bénignes
- Cystadénome mucineux
- Adénofibrome et cystadénofibrome mucineux - 1.2.2 Borderline (tumeur atypiques proliférantes)
- tumeur borderline mucineuse - 1.2.3 - Malignes
- Adénocarcinome, cystadénocarcinome mucineux
- 1.3 - Tumeurs endométrioïdes - 1.3.1 - Bénignes
- Adénome, cystadénome endométrioïde
- cystadénofibrome endométrioïde - 1.3.2 –Borderline (tumeur atypiques proliférantes)
- tumeur borderline endométrioïde - 1.3.3 - Malignes
-adénocarcinomes endométrioïde
- Sarcomes : Sarcome endométrioïde de type stromal (bas grade) tumeurs mixtes mésodermiques mullériennes homologues et hétérologues (carcinosarcome) Sarcome peu différencié ovarien
- 1.4 - Tumeurs à cellules claires (mésonephroïde) - 1.4.1 - Bénignes
- cystadénome - 1.4.2 – Borderline (tumeur atypiques proliférantes)

- tumeur borderline à cellules claires - 1.4.3 - Malignes
- Adénocarcinome, cystadénocarcinome à cellules claires
- 1.5 - Tumeurs de Brenner et à cellules transitionnelles - 1.5.1 - Bénignes - 1.5.2 - Borderline (tumeur atypiques proliférantes) - 1.5.3 - Malignes
- 1.6 - Tumeurs mixtes : séromucineuses - 1.6.1 - Bénignes - 1.6.2 - Borderline (tumeur atypiques proliférantes) séro-mucineuses - 1.6.3 - Malignes
- 1.7 - Carcinomes indifférenciés
- Adénocarcinome, cystadénocarcinome indifférencié

- 2 - Tumeurs du mésenchyme des cordons sexuel
- 2.1 – Tumeurs à cellules de la granulosa et stromales - 2.1.1 – Tumeur à cellules de la granulosa - 2.1.2 – Tumeurs du groupe fibro-thécal
- Thécome
- Fibrome, fibro-thécome
- Tumeur du groupe fibro-thécal inclassée
- 2.2 – Androblastome : tumeur à cellules de Sertoli-Leydig - 2.2.1 – Tumeurs bien différenciées
- Androblastome tubulaire, tumeur à cellules de Sertoli, adénome tubulé de Pick
- Androblastome tubulaire à cellules lipidiques, tumeur à cellules de Sertoli lipidiques
- Tumeur à cellules de Leydig, tumeur à cellules du hile - 2.2.2 – Tumeurs à différenciation intermédiaire - 2.2.3 – Tumeurs peu différenciées - 2.2.4 – Tumeurs avec éléments hétérologues
- 2.3 – Gynandroblastome
- 2.4- Tumeurs du mésenchyme des cordons sexuels inclassées
- 3 - Tumeurs à cellules lipidiques
- 4 - Tumeurs à cellules germinales
- 4.1 – Dysgerminome (séminome)

- 4.2 – Tumeur du sinus endodermique
- 4.3 – Carcinome embryonnaire
- 4.4 – Polyembryome
- 4.5 – Choriocarcinome primitif
- 4.6 – Tératomes
- Tératome mature (kyste dermoïde)
- Tératome mature avec dégénérescence maligne d'une ou plusieurs de ses composantes
- Tératome immature
- Tératomes monodermiques et hautement spécialisées
- 4.7 – Formes mixtes
- 5 - Gonadoblastome
- 6 - Tumeurs des tissus mous non spécifiques
- Tumeurs conjonctives bénignes, fibrome ovarien
- Sarcomes ovariens de tous types
- 7 - Tumeurs non classées
- 8 - Tumeurs secondaires (métastatiques)
- Métastases de cancer du colon ou rectum, du sein, de l'estomac, tumeur de Krükenberg
- Localisations de lymphomes ou leucémies
- Métastases de mélanomes ou de cancers d'autre origine
- 9 - Lésions pseudo tumorales

Approche clinique

- **Circonstances de découverte**

- 75% des cancers de l'ovaire sont découverts aux stades avancés .
- Les signes digestifs sont les plus fréquents :
 - Douleur abdominale, sensation de pesanteur abdominale;
 - Troubles du transit, constipation ;
 - Augmentation du volume de l'abdomen par une ascite ou par le volume tumoral.
- Métrorragies.
- Signes urinaires: pollakiurie ou dysurie.
- Syndrome paranéoplasique : thrombophlébite, dermatomyosite, syndrome cérébelleux.



Approche clinique



- **Circonstances de découverte**

- Stade tardif:

- Découverte d'un syndrome Tumoro-ascitique, avec AEG.
 - Une dyspnée.

- Parfois:

- Le cancer de l'ovaire peut être découvert par une masse annexielle, à l'occasion d'un examen systématique ou d'une échographie.

Approche clinique

- **Interrogatoire :**

- Âge de la patiente.
- Antécédents médico-chirurgicaux et gynéco-obstétriques : (FDR).
- Des signes fonctionnels et généraux (État général).



Approche clinique

- **Examen clinique :**

- L' état général +++.
- L'inspection : une voussure , augmentation de volume de l'abdomen.
- La palpation et la percussion abdominale, et les touchers pelviens.
- Le ganglion de Troisier, une hépatomégalie métastatique, et des signes d'hyperandrogénie.
- L'examen sous spéculum .



Approche clinique



- **Diagnostics différentiels :**
 - Pathologies utérines .
 - Pathologies tubaires.
 - Pathologies extra- gynécologiques .



Classiquement :

Imagerie : Echographie+++
+/- IRM
+/- TDM

Marqueurs tumoraux

coelioscopie +/- chirurgie

Approche radiologique



- **Echographie pelvienne :**

- La technique d'imagerie de 1^{er} ligne, rentable, non invasive, bien tolérée et largement disponible.
- Voie vaginale couplée à la voie sus-pubienne .
- L'échographie Trans vaginale : la sensibilité de 90 %
la spécificité de 51 à 97 % pour détecter la

malignité



l'expertise du praticien

- **L'analyse échographique des masses ovariennes :**

- Effectuer des mesures des masses annexielles dans leurs 3 dimensions sur 2 plans orthogonaux et de coupler l'échographie endovaginale et abdominale pour les formations de taille importante.
- Noter la régularité de la masse solide ou de la paroi en cas de formation kystique.
- Noter l'existence d'ombres acoustiques ou à l'inverse d'artefacts de réfraction.
- Rechercher et mesurer cloisons et loci qu'elles délimitent, et végétations en précisant leur nombre et la taille de la plus importante .
- Rechercher l'existence d'ovaire normal en périphérie de la lésion = signe du croissant
- Rechercher et mesurer un épanchement associé dans le cul- de-sac de Douglas.
- Associer un doppler adaptée .

- Des groupes d'étude ont développé des critères d'imagerie et des modèles de prédiction pour la caractérisation des masses annexielles :
- IOTA, The Society of Radiologists in Ultrasound , le First International Consensus Report on Adnexal Masses et plus récemment O-RADS.

Table 2 Evolution of adnexal mass classification systems throughout time

Period	Adnexal mass classification system
1993	Kentucky Morphology Index
2000	IOTA terms
2008	IOTA simple rules
2010	SRU
2011	GI-RADS
2014–2017	First international consensus on adnexal masses
2015–2018	O-RADS US
2015–2019	ADNEX model
2019	SRU redefine simple cysts
2019	Incidental findings CT & MR for simple cysts
2019	O-RADS MRI introduction (RSNA 2019)

Chen VW, Ruiz B, Killeen JL, et al. Pathology and classification of ovarian tumors. Cancer 2003;97:2631-42.

DePriest PD, Shenson D, Fried A, et al. A morphology index based on sonographic findings in ovarian cancer. Gynecol Oncol 1993;51:7-11.

Timmerman D., definitions and measurements to describe the sonographic features of adnexal tumors: a consensus opinion from the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) Group. Ultrasound Obstet Gynecol 2000;16:500-5.

Froyman W, Timmerman D. Methods of Assessing Ovarian Masses: International Ovarian Tumor Analysis Approach. Obstet Gynecol Clin North Am 2019;46:625-41.

IOTA International Ovarian Tumour Analysis

- La plus grande étude de précision diagnostique concernant la différenciation échographique de la nature bénigne ou maligne de la masse annexielle était l'étude IOTA
- Le groupe IOTA a proposé une stratégie en trois étapes pour améliorer l'évaluation de la masse annexielle:
 - La première étape : utiliser des descripteurs simples par reconnaissance de formes.
 - La deuxième étape: les règles simples de l'IOTA
 - La troisième étape une évaluation subjective d'un radiologue expert.
- Cette méthode a la meilleure sensibilité et spécificité pour classer les masses annexielles

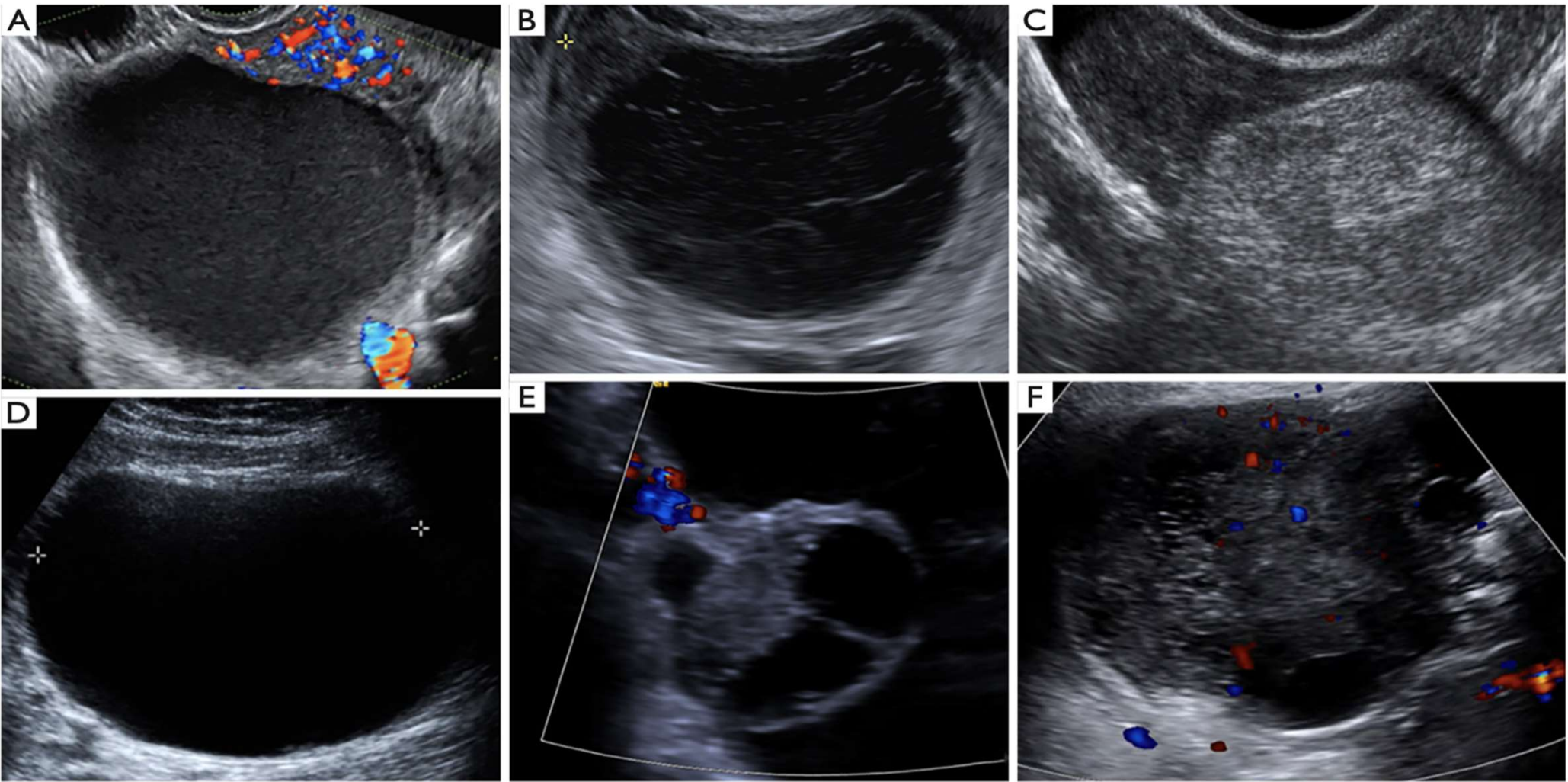
IOTA

- **1^{er} Temps :IOTA "Descripteurs simples"**

- Également connu sous le nom de diagnostic instantané facile, il consiste en six schémas échographiques spécifiques qui correspondent à des pathologies annexielles spécifiques.
- Si aucune d'entre elles n'est applicable, la masse est considérée comme « non classable » ou « non instantanée ».



la deuxième étape : les règles simples de l'IOTA .



International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) simple descriptor patterns.

IOTA

- **2^{ème} Temps : IOTA "Règles simples"**

- Développés en 2008,
- Une conjonction de cinq signes échographiques évocateurs d'une lésion bénigne (caractéristiques B) et de cinq signes échographiques indicatifs d'une lésion maligne (caractéristiques M) .
- Une tumeur ovarienne est : bénigne si seuls les traits B sont présents
maligne si seuls les traits M sont présents.
- La sensibilité 92 %
- La spécificité de 96 %

	Aspects évocateurs de malignité		Aspects évocateurs de bénignité
M1	Tumeur solide irrégulière	B1	Kyste uniloculaire
M2	Présence d'ascite	B2	Présence d'une composante solide dont le plus grand diamètre fait moins de 7 mm
M3	Présence d'au moins 4 structures papillaires	B3	Présence d'ombres acoustiques
M4	Tumeur mixte solide et multiloculaire irrégulière de plus de 10 cm de diamètre	B4	Lésion liquidienne multiloculaire de moins de 10 cm de diamètre
M5	Très importante vascularisation (score couleur 4)	B5	Pas de vascularisation (score couleur 1)

Règle 1 : présence d'au moins 1 aspect M sans aspect B → masse maligne

Règle 2 : présence d'au moins 1 aspect B sans aspect M → masse bénigne

Règle 3 : présence d'au moins 1 aspect M et B ou absence d'aspect M ou B → masse non classée

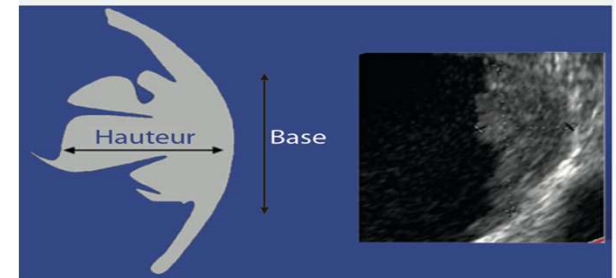
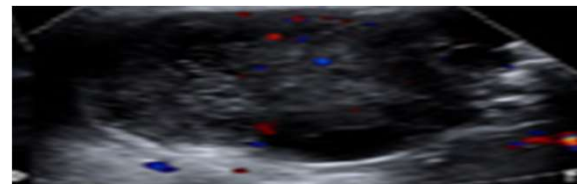
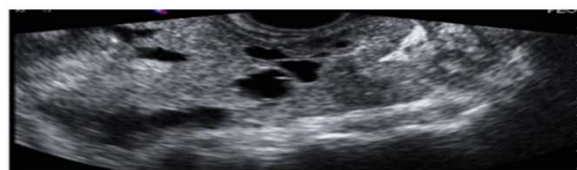
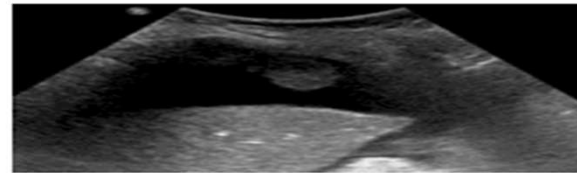


Figure. Projection papillaire (4).

	Aspects évocateurs de malignité
M1	Tumeur solide irrégulière
M2	Présence d'ascite
M3	Présence d'au moins 4 structures papillaires
M4	Tumeur mixte solide et multiloculaire irrégulière de plus de 10 cm de diamètre
M5	Très importante vascularisation (score couleur 4)



IOTA



- **La 3^{ème} Temps :**

- Entre 6% et 16% des masses restent indéterminés
- Nécessitant d'être référer à un échographiste expert ou à un oncologue gynécologique
- 40 % des cas non concluants se révéleraient finalement malins .

O-RADS

- Le système de stratification et de gestion des risques de l'American Collège of Radiology a été créé pour unifier les interprétations et réduire l'ambiguïté dans la gestion et la classification des masses annexielles.
- il consiste en un système de six catégories (0 à 5). Chacune de ces catégories montre un pourcentage de risque estimé de malignité et fournit des recommandations de prise en charge (suivi, traitement, référence.)

- **ORADS 0** : évaluation incomplète, elle peut être due à des facteurs techniques ou à une incapacité à tolérer l'imagerie endovaginale.
- **ORADS 1** : ovaire préménopausique normal (catégorie physiologique). Cette catégorie est importante uniquement chez les femmes préménopausées. Il comprend le follicule ovarien et le corps jaune, et ils doivent être décrits comme tels, plutôt que comme des kystes.
- **ORADS 2** : presque certainement bénin (<1 % de risque de malignité). Comprend la plupart des kystes uniloculaires de moins de 10 cm. Comprend : les kystes simples, les kystes uniloculaires non simples à parois lisses et les kystes pouvant être décrits par les « descripteurs bénins classiques » qui sont les suivants : kyste hémorragique typique, kystes dermoïdes, endométriome, kyste paraovarien, kyste à inclusion péritonéale et hydrosalpinx.
- **ORADS 3** : faible risque de malignité (1% à <10%). Dans ce groupe, le score de couleur est intégré au système de stratification des risques.
- **ORADS 4** : lésions à risque intermédiaire de malignité (10% à <50%). Besoin d'un examen spécialisé en échographie ou IRM ainsi que d'une prise en charge par un gynécologue avec l'appui d'un gynécologue oncologue ou uniquement par un gynécologue oncologue.
- **ORADS 5** : lésions à haut risque de malignité (≥50%) Nécessite une référence à un gynécologue oncologue. Cette catégorie comprend des descripteurs à haute valeur prédictive de malignité, la présence d'ascites ou de nodules péritonéaux.

Conclusion sur l'échographie



- Au total:
 - l'interprétation de l'examen échographique par un expert est l'élément le plus performant.
 - Sa fiabilité augmente avec sa compétence et avec sa formation .
 - La standardisation des CR échographiques
 - Une nouvelle échographie par un expert peut être justifiée en cas de masse indéterminée .

Approche radiologique



L'IRM pelvienne

- L'examen de deuxième intention pour caractériser une masse annexielle.
- L'IRM répond à trois objectifs :
 - définir le siège ovarien ou non de la masse pelvienne ;
 - caractériser au mieux cette masse annexielle
 - rechercher des lésions associées extra-ovariennes péritonéales ou sous-péritonéales.
- L'examen IRM doit obéir à un protocole rigoureux, avec des images réalisées dans des plans orthogonaux , comprenant des séquences morphologiques T1 et T2 associées à des séquences dites « fonctionnelles » d'imagerie de diffusion et de perfusion.

Approche radiologique



TDM thoraco-abdomino-pelvienne :

- Evalue les localisations péritonéales.
- Présence d'adénomégalies pelviennes ou aortiques.
- Existence de métastases viscérales.
- Evaluer les rapports de la tumeur avec les organes de voisinage .

Approche biologique



- le contexte clinique influence la stratégie diagnostique:
 - Si signes endocriniens : Estrogènes et FSH LH, hormones masculines
 - Si l'âge jeune ou période prépubertaire : des marqueurs des tumeurs non épithéliales de l'ovaire HCG, alpha fœto- protéine, ACE, inhibine
 - Si période d'activité génitale ou ménopause: CA125, CA19.9 et HE4

Approche biologique



- **CA125**

- taux augmenté : grossesse, l'endométriose, une inflammation pelvienne ou un fibrome.
- les concentrations sériques de CA125 peuvent être dans les limites de la normale dans 20 % des cas de cancers ovariens, voire dans 50 % d'entre eux aux stades précoces.
- le CA125 n'est pas un bon marqueur de dépistage ;
- Intérêt dans la surveillance post-opératoire, pour la détection des récidives.

Approche biologique



- **HE4**

- HE4 (Human Epididymis protein 4) se distingue dès 1999 par la mise en évidence de la surexpression de son gène dans des tissus tumoraux ovariens.
- C'est un bon marqueur (son expression est basse dans les tissus où il est normalement exprimé).
- une sensibilité et une spécificité meilleure que le CA125 pour le diagnostic de cancer de l'ovaire;
- le diagnostic différentiel de l'endométriose (taux normal).
- Mais: - Elle est exprimée dans les cancers thyroïdiens, les adénocarcinomes pulmonaires, mammaires et les mésothéliomes .
 - tabagisme chronique ou d'insuffisance rénale (taux ↗).

- la tendance actuelle est à la constitution de panel / score/index.
- le panel HE4 et CA125
- le panel HE4 et CA125 + un statut ménopausique, améliore encore les performances du test .(ROMA)
- le panel CA125 + un score échographique +un statut ménopausique.(RMI)
- Le score ainsi calculé permet de classer la masse pelvienne, et orienter la prise en charge .
- l'algorithme ROMA™ présente une Valeur Prédictive Négative de 98 à 100 % dans le dépistage des cancers ovariens précoces en pré-ménopause.

▲ Score ROMA™ (Risk of Ovarian Malignancy Algorithm)

Ayant des voies d'expression indépendantes le CA125 et la HE4 peuvent se compléter; l'utilisation de la HE4 permet de pallier au manque de spécificité du CA125 (fig. 1).

Vu la variation de la HE4 avec l'âge, le statut ménopausique est aussi pris en compte dans cet algorithme. Le risque de malignité est estimé en employant les mesures sériques de la HE4, du CA125 et le statut ménopausique (fig. 2).

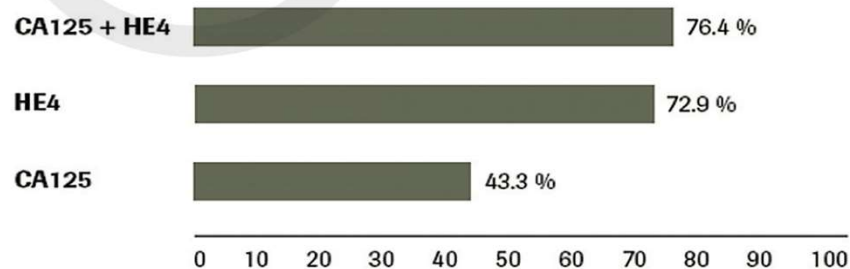


Figure 1: Sensibilité diagnostique pour une spécificité diagnostique fixée à 95% (d'après 1 et 2). La combinaison de la HE4 et du CA125 offre une sensibilité bien meilleure que l'utilisation seule du CA125 pour le dépistage des cancers ovariens aux stades précoces et leurs récives.

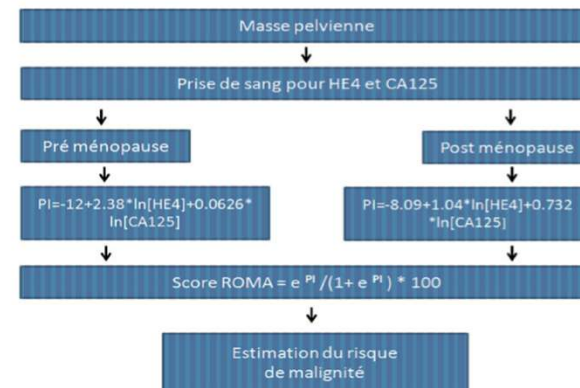


Figure 2: Principe de l'algorithme (d'après 3).
PI: index prédictif

- **Algorithme ROMA™ (Risk of Ovarian Malignancy)**

- Pour établir le ROMA™ un Index Prédicatif (PI) a été calculé à partir des concentrations sériques de HE4 Et CA125 et l'une des équations suivantes, dépendante du statut ménopausique de la patiente:

- 1. Premenopausal : Predictive Index

- $(PI) = -12.0 + 2.38 * \ln[HE4] + 0.0626 * \ln[CA125]$

- 2. Postmenopausal : Predictive Index

- $(PI) = -8.09 + 1.04 * \ln[HE4] + 0.732 * \ln[CA125]$

- **Equation de calcul du score ROMA™ à partir de PI :**

- $ROMA^{\text{TM}} \text{ score (\%)} = \exp(PI) / [1 + \exp(PI)] * 100$

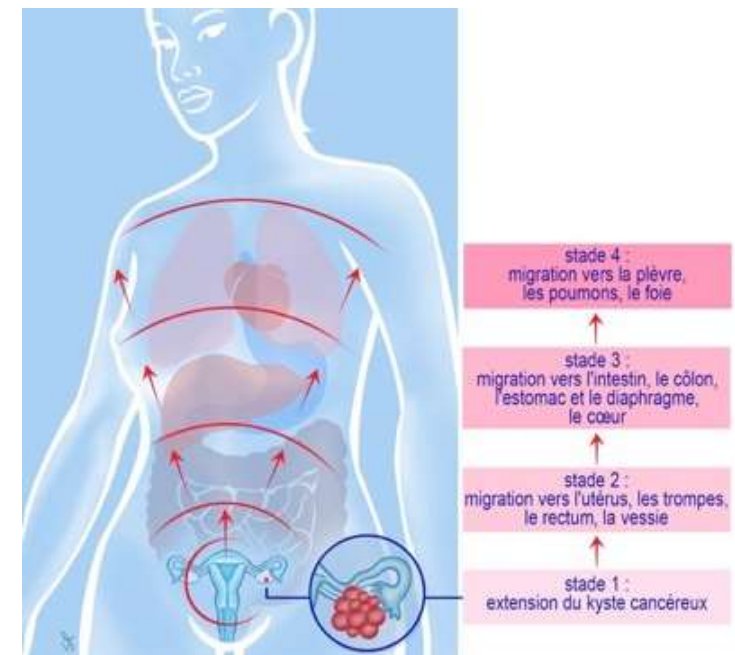
- **RMI (Risk of Malignancy index)**

- $RMI = U \times M \times CA125$
 - U : score échographique établi à partir des données de l'imagerie
 - M: statut ménopausique
 - CA 125: concentration sérique (U/mL)

DIAGNOSTIC

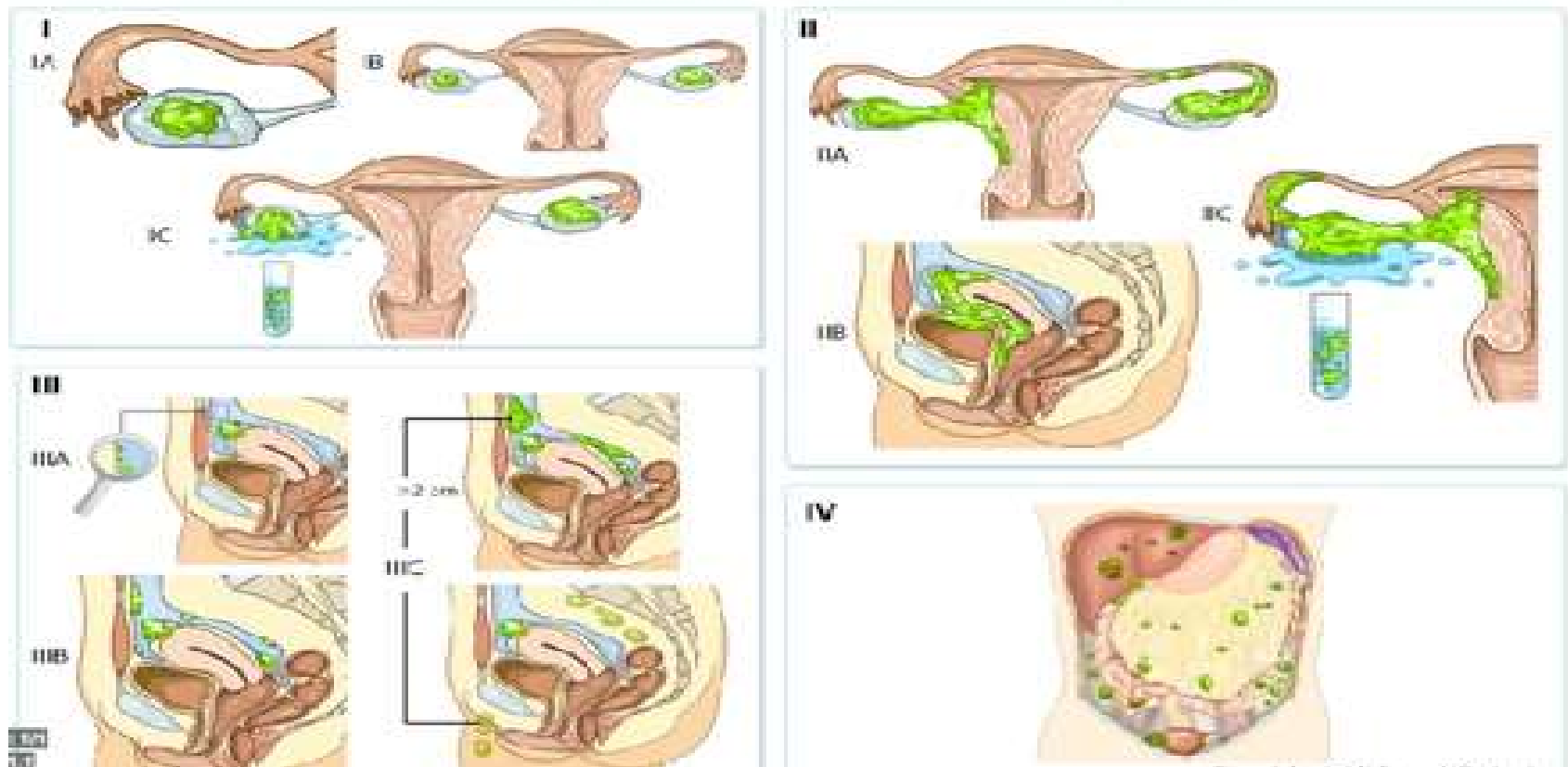
Coelioscopie Dc ++ +/- laparotomie exploratrice :

- un rôle diagnostique
- la première étape thérapeutique qui va définir la stratégie thérapeutique ultérieure et le pronostic en établissant un bilan d'extension précis.



CLASSIFICATION

Classification FIGO - Cancer de l'ovaire



Classifications 2018 FIGO

Stades FIGO	Définition
Stade I	Tumeur limitée aux ovaires (1 ou les 2)
Stade IA	Tumeur limitée à un seul ovaire ; capsule intacte, sans tumeur à la surface de l'ovaire ; pas de cellule maligne dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal
Stade IB	Tumeur limitée aux deux ovaires ; capsules intactes, sans tumeur à la surface de l'ovaire ; pas de cellule maligne dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal
Stade IC *	Tumeur limitée à 1 ou aux 2 ovaires, avec : • soit rupture capsulaire • soit tumeur à la surface des ovaires • soit cellules malignes présentes dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal
Stade II	Tumeur intéressant 1 ou les 2 ovaires avec extension pelvienne
Stade IIA	Extension et/ou greffes utérines et/ou tubaires ; pas de cellule maligne dans le liquide d'ascite ou le liquide de lavage péritonéal
Stade IIB	Extension à d'autres organes pelviens ; pas de cellule maligne dans le liquide d'ascite ou le liquide de lavage péritonéal
Stade III	Tumeur de l'ovaire avec extension péritonéale abdominale et/ou ganglionnaire rétropéritonéale
Stade IIIA **	Métastases rétropéritonéales microscopiques ± péritoine
Stade IIIB	Métastases péritonéales extra-pelviennes ≤ 2 cm ± adénopathies
Stade IIIC	Métastases péritonéales extra-pelviennes >2 cm ± adénopathies
Stade IV ***	Métastases à distance (à l'exclusion des métastases péritonéales)

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

- **MOYENS:**

- Chirurgie +++:
 - Pose le diagnostic.
 - Réalisation du bilan d'extension → classe la tumeur.
 - traitement
 - L'objectif de la chirurgie est la réduction tumorale macroscopiquement complète.
 - 2 temps:
 - Exploration de la cavité péritonéale.
 - Traitement chirurgical et stadification.
- Chimiothérapie:
 - Généralement associe un sel de platine au paclitaxel administré toutes les 3 semaines

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

- Gestes chirurgicaux effectués :
 - Laparotomie par incision médiane. (coéloscopie première si suspicion de carcinose)
 - Exploration de l'ensemble de la cavité péritonéale et des coupes diaphragmatiques
 - Prélèvement cytologique péritonéal
 - Hystérectomie avec annexectomie bilatérale
 - Omentectomie (exérèse du grand épiploon)
 - Lymphadénectomie (= curage ganglionnaire pelvien et lombo-aortique) fonction du stade
 - Prélèvements péritonéaux multiples (péritoine viscéral, coupes, gouttières pariétales...)
 - Appendicectomie (formes mucoïdes).
 - En cas d'extension tumorale étendue (stade III, IV), il est parfois nécessaire de réaliser des résections complémentaires : rectum, côlon, grêle, rate, vessie....
- Équipe chirurgicale pluridisciplinaire++.

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

- **INDICATIONS: RCP**

- Toujours chirurgie avec cytoréduction maximale (objectif R 0).
- Stades précoces (IA, IB, IC et IIA):
 - Les stades IA grade 1 non à cellules claires ne relèvent pas d'un traitement complémentaire.
 - Pour les autres compléments thérapeutiques.
- Stades avancés (IIB, IIC, III et IV):
 - Pour les stades IIB et IIC sans résidu macroscopique, il convient de réaliser une chimiothérapie à base de sels de platine.
 - En cas de stades III et IV, ou en cas de résidu macroscopique, les patientes doivent bénéficier d'un minimum de 6 cures de chimiothérapie associant carboplatine et paclitaxel.

SURVEILLANCE

- Les récurrences sont habituelles, allant de 5 à 55 %, même dans les stades précoces → surveillance régulière +++.
- Rythme:
 - /4 mois pendant 2 ans.
 - /6 mois jusqu'à la 5^{ème} année.
 - Puis annuelle.
- En l'absence de signe d'appel,
 - Examen clinique général et pelvien.
 - Dosage du CA125.
- Examens complémentaires si signes d'appel

PRONOSTIC

Le pronostic du cancer de l'ovaire est sombre, 20% de survie à 5 ans tout stade confondu car il est souvent découvert trop tard .

- Le pronostic est étroitement lié à la stadification (FIGO) :
 - Survie à 5 ans
 - Stade I : 70%
 - Stade II : 40%
 - Stade III : 20%
 - Stade IV : < 10%
- Le pronostic est inversement proportionnel au volume tumoral laissé après la première intervention chirurgicale (résidu tumoral) +++.
- Autre facteurs pronostic (moindre degré d'importance):
 - Le degré de différenciation tumorale
 - l'âge de la patiente
 - le type histologique
 - le taux de CA125

Prévention et dépistage

- Pas de dépistage systématique efficace à ce jour.
- Surveillance spécifique chez les femmes à risque génétique (BRCA) :
 - IRM pelvienne annuelle, échographie transvaginale, dosage CA-125.
 - Discussion d'une annexeomie prophylactique après 40 ans.

Cancer de l'ovaire et infertilité

- La chirurgie de la préservation de la fertilité s'est développée dans la prise en charge des cancers gynécologiques.
- Un traitement conservateur doit être proposé chez toute patiente en âge de procréer **et présentant un faible risque de récurrence après une stadification de la tumeur ovarienne et une évaluation de la fertilité.**
- La décision de la préservation de la fertilité repose sur :
 - l'imagerie (échographie pelvienne, IRM),
 - les marqueurs tumoraux ovariens,
 - une histologie connue avec certitude
 - le détail de la prise en charge immédiate.

Cancer de l'ovaire et infertilité

RECOMMANDATION

- La préservation de la fertilité dans le cas de tumeurs borderline est une décision pluridisciplinaire discutée en RCP.
- Le traitement conservateur est indiqué dans les TBL de grade I avec un caractère séreux confirmé par l'histologie.
- En cas de kystectomie, lorsque le diagnostic porté en post-opératoire de TBL est établi, on peut envisager l'abstention de reprise chirurgicale selon le caractère séreux de la lésion et en l'absence de facteurs de risque.
- En l'absence de grossesse spontanée et après discussion en RCP, la fécondation in vitro est à privilégier par rapport à l'induction d'ovulation simple .

Cancer de l'ovaire et infertilité

RECOMMANDATION

- Pour les tumeurs germinales de l'ovaire :
 - Le traitement conservateur doit être systématique car il s'agit de tumeurs très chimio-sensibles.
- Pour les tumeurs épithéliales malignes :
 - Les indications de traitement conservateur sont très limitées et doivent être discutées en RCP.
 - Elles sont définies dans le référentiel mis à la disposition du corps médical.

Conclusion



- Le cancer de l'ovaire : véritable défi en santé féminine.
- Diagnostic tardif et évolution silencieuse.
- PEC multidisciplinaire.
- Préservation de la fertilité+++

MERCI