

LES TUMEURS DE L'OVAIRE

Définition

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.

Cette définition des tumeurs de l'ovaire élimine:

le lutéome de la grossesse, les kystes fonctionnels folliculaires et les kystes du corps jaune qui sont liés à un dysfonctionnement hormonal.

La démarche diagnostique aura donc pour finalité d'éliminer dans un premier temps un kyste fonctionnel et dans un deuxième temps d'affirmer la nature bénigne ou maligne de la tumeur.

Épidémiologie

1 Tumeurs bénignes

- les tumeurs ovariennes sont fréquentes, regroupant des pathologies très différentes,
- les cancers sont beaucoup plus rares
- L'ovaire est un organe complexe qui abrite de nombreux types cellulaires différents : les cellules de la lignée germinale et les cellules thécales, les cellules stromales (du tissu conjonctif) et les cellules épithéliales du mésothélium recouvrant la surface de l'ovaire. C'est cette richesse tissulaire qui explique la grande variété des tumeurs sur le plan histologique, physiopathologique et pronostique

Environ 5 à 10 % des femmes auront une tumeur ovarienne au cours de leur vie, et il s'agit le plus souvent d'un kyste ovarien bénin.

Anatomie pathologique

1 Tumeurs bénignes

- **Kystes fonctionnels**

Ils regroupent les kystes folliculaires en 1^{re} partie de cycle et les kystes du corps jaune ou kyste lutéal en 2^e partie de cycle (après l'ovulation). Ils disparaissent spontanément lors du contrôle échographique et ne nécessitent aucun traitement.

- **Kystes organiques**

Ils peuvent être de trois origines :

* 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.

- Ces formes histologiques peuvent être à l'origine de tumeurs bénignes ou plus rarement malignes et sont regroupées dans la classification OMS des tumeurs ovariennes

Classification OMS

Tumeurs épithéliales	Séreuses Mucineuses Endométrioïdes À cellules claires À cellules transitionnelles Épithéliales mixtes Indifférenciées
-----------------------------	---

Tumeurs des cellules germinales

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

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

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

Tumeurs conjonctives

o Fibromes : bénins o 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

Facteurs de risque

regroupent également des facteurs génétiques et des situations cliniques à risque :

- la mutation des gènes BRCA 1 ou 2 est à l'origine de cancers avant 60 ans. Ils seraient de meilleur pronostic, car plus chimiosensibles que les cancers sporadiques ;
- plus rarement ils peuvent s'intégrer dans le syndrome de Lynch qui concerne surtout les cancers colo-rectaux et de l'endomètre ;
- les facteurs cliniques à l'origine d'une augmentation du nombre des cycles sont également associés à une augmentation du risque : la nulliparité, les règles précoces, la ménopause tardive et l'âge ;
- à ne pas négliger les patientes prises en charge en fécondation in vitro et notamment une stimulation par Clomid® ;
- en revanche, la contraception orale, la grossesse, l'allaitement et la ligature des trompes sont associés à une diminution du risque de cancer de l'ovaire.
- Il n'existe aucun dépistage efficace dans le cancer de l'ovaire.

Physiopathologie

- Dans la théorie de la cicatrisation, chaque ovulation crée un traumatisme mineur sous forme d'une rupture au niveau de la surface épithéliale. Au cours du processus de cicatrisation, des kystes d'inclusion d'épithélium ovarien peuvent se former dans le stroma et être à l'origine d'une prolifération puis de la transformation néoplasique. Une théorie plus récente est en faveur d'une origine tubaire des cellules néoplasiques (STIC).
- Lorsque le processus néoplasique franchit la corticale ovarienne, l'extension va alors se faire vers les autres organes pelviens ainsi que vers l'ensemble de la cavité péritonéale. Le cancer de l'ovaire passe donc très rapidement d'un stade localisé à un stade généralisé à l'ensemble de la cavité péritonéale, au gré du flux naturel du liquide péritonéal.
- L'extension de ce cancer se fait également par drainage lymphatique : vers les ganglions pelviens et lombo-aortiques.
- Enfin, la dissémination hématologique est rare et intéresse essentiellement les poumons, le foie et le cerveau.

II Tumeurs ovariennes bénignes

- **A Examen clinique**

1 Interrogatoire

- les antécédents personnels et familiaux de cancer gynécologique, sein, de cancer colo-rectal, âge lors des ménarches, gestité, parité, statut ménopausique ± âge à la ménopause, contraception ou traitement hormonal de la ménopause ;

- les circonstances de découverte :

le plus souvent fortuite, au cours d'une échographie ou la palpation d'une masse latéro-utérine . Plus rarement, une gêne, une pesanteur ou des douleurs pelviennes associées à une augmentation de volume de l'abdomen voire une ascite. Dans le cas de masses volumineuses, il peut également y avoir des signes compressifs : troubles urinaires (signes irritatifs) ou digestifs (constipation). Des troubles du cycle peuvent également être associés.

2 Examen clinique: comporte :

- la palpation abdominale à la recherche d'une masse pelvienne, d'une hépato-splénomégalie ;
- l'examen au spéculum : à la recherche d'une tumeur cervicale, de lésions vaginales et de saignements ;
- le toucher vaginal : recherche d'une masse pelvienne latéro-utérine, d'une douleur. En cas de volumineuse masse, on complètera l'examen par un toucher rectal 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.

- **B Examens complémentaires**

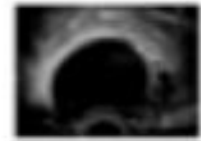
- **1 Échographie pelvienne**

- par voie abdominale puis endovaginale. C'est l'examen de première ligne qui permet de préciser la taille, localisation, forme, échostructure et vascularisation du kyste. Les signes associés comme l'existence d'une ascite ou d'autres masses sont également recherchés.
- Critères échographiques en faveur d'un kyste fonctionnel : kyste uniloculaire < 7 cm liquidien pur chez une patiente non ménopausée
- Critères échographiques en faveur d'un kyste organique : existence d'une cloison, parois épaissies, contenu hétérogène, contours irréguliers, vascularisation au Doppler ou taille ≥ 7 cm
- Critères échographiques en faveur de la malignité : végétations endo- ou exo-kystiques, ascite, adénopathies ou masse pelvienne associée
- Une classification internationale « International Ovarian Tumor Analysis » (IOTA) reprend ces critères et permet de discriminer des masses ovariennes suspectes.
- Ces critères sont à interpréter en fonction du statut ménopausique +++ et de l'âge de la patiente.

CLASSIFICATION ECHOGRAPHIQUE DES TUMEURS DE L'OVAIRE voir le diapo

LES CRITAIRES MORPHOLOGIQUES ET VASCULAIRES DE BÉNIGNITÉ (B)

uniloculaire B1



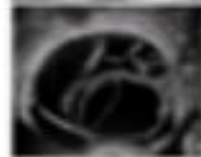
zone solide < 7mm B2



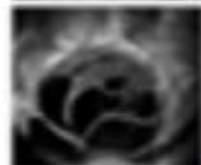
cône d'ombre B3



tumeur multiloculaire, régulière, < 100mm B4



score colorimétrique faible B5



REGLES D'UTILISATION

Si 1 ou plusieurs critères de bénignité est retrouvé en l'absence de critère de malignité, la tumeur est classée «bénigne»

Si 1 ou plusieurs critères de malignité est retrouvé en l'absence de critère de bénignité la tumeur est classée «suspecte de malignité»

PERFORMANCE

critères écho 77% des tumeurs

sensibilité 92% spécificité 96%

méthode de 'trriage' puis référent

sensibilité 91% spécificité 93%

évaluation subjective

sensibilité 90% spécificité 93%

uniloculaire	multiloculaire		masse composante solide sans végétation		masse composante solide avec végétations	
	score					
↓	âge ≥50	1	ascite	1	âge ≥50	1
	Nb de locules	1	diamètre >100 mm	2	veg papillaires	1
	ascite	1	paroi irrégulière	2	flux papillaire	2
	diamètre >100 mm	1	tumeur solide complète	2	diamètre <10 mm	0
			ombre bilatérale	-2	10-19,9	1
			score colorimétrique		20-29,9	2
			pas de couleur	1	30-39,9	3
			minime	2	40-49,9	4
			modérée	3	50	5
			abondante	4		
	total		total		total	
	<3	≥3	<6	≥6	<4	≥4
↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
bénin	bénin	malin	bénin	malin	bénin	malin

2 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 β -HCG pour éliminer une grossesse extra-utérine.
- En cas de kyste suspect, les marqueurs tumoraux demandés sont le CA125 (spécifique du cancer de l'ovaire), ACE et CA19-9.
- En cas de suspicion de tumeur germinale, on pourra également demander : alphafœtoprotéine, β -HCG, LDH.
- Le bilan d'une tumeur ovarienne bénigne repose essentiellement sur un bilan clinique précis et complet et une échographie pelvienne.

ETUDE PAR TYPE HISTOLOGIQUE

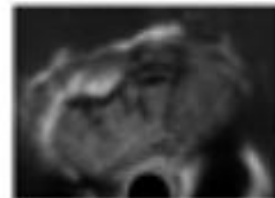
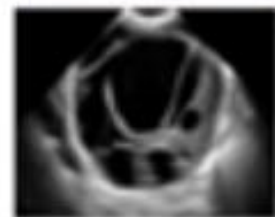
tumeur de Sertoli

+ clinique

tumeur de Leydig

tumeur de la granulosa + clinique

tumeur stromale



C Prise en charge

- Elle dépend avant tout de l'aspect de la tumeur ovarienne et de la symptomatologie.
- 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).
- En cas de tumeur non suspecte symptomatique, une kystectomie ou annexectomie pourra être réalisée sous coelioscopie selon la séquence suivante :
 - exploration complète de la cavité abdomino-pelvienne (coupes diaphragmatiques, gouttières pariéto-coliques, méésentère, péritoine du Douglas) ;
 - cytologie péritonéale ;
 - kystectomie ou annexectomie ;
 - 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.
- En cas de tumeur suspecte, une IRM pelvienne et des marqueurs tumoraux permettront d'affiner le diagnostic et de guider la prise en charge. Une coelioscopie exploratrice pourra également compléter le bilan .

D Complications

1 Torsion annexielle

- urgence chirurgicale en raison du risque de nécrose ovarienne. 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 fréquemment associées diminuent la mobilité des ovaires.
- Les symptômes sont une 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.
- Attention aux formes frustrées ou incomplètes qui ne doivent pas éliminer à tort le diagnostic. 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 β 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 qui doit rester rare en cas de tumeur non suspecte chez la femme en âge de procréer. En effet, si la patiente doit être prévenue de cette possibilité, la nécrose ovarienne est rare.

2 Hémorragie intrakystique

- la douleur va être brutale et 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.

3 Rupture de kyste

- Le tableau typique est une douleur paroxystique et brutale spontanément résolutive. Souvent la douleur est passée au moment de l'examen et à l'échographie il n'existe plus de kyste mais une lame d'épanchement liquidien dans le cul-de-sac 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 à l'hémogramme. La prise en charge est chirurgicale avec une coelioscopie exploratrice puis opératoire pour faire l'hémostase et réaliser une kystectomie ovarienne.

4 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 n'est pas anecdotique et 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.

Cancer de l'ovaire

Bilan clinique

- Les signes cliniques initiaux sont malheureusement frustrés et d'apparition tardive et très progressive, à un stade avancé de la maladie.
- Les signes les plus fréquents sont :

augmentation 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 sciatgie par compression veineuse ou radiculaire. Une dyspnée ou une douleur thoracique peuvent être en rapport avec un épanchement pleural. Enfin, une altération de l'état général peut compléter le tableau.

- Le bilan clinique reprend les éléments cliniques précédents concernant les tumeurs ovariennes bénignes avec une importance des éléments suivants :
- rechercher les antécédents personnels et familiaux de cancers gynécologiques et mammaires ;
- rechercher une masse pelvienne à l'examen et réaliser un toucher rectal 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, ainsi que des aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires (associations fréquentes avec un cancer du sein) ;
- rechercher des signes de dénutrition et les comorbidités

B Bilan paraclinique

1 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

2 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).

3 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 et le bilan d'extension repose alors sur le TDM-TAP avec injection et le dosage du CA125.

4 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, β HCG, LDH.
- À noter que le marqueur HE4 est en cours d'évaluation et aurait une sensibilité et spécificité plus élevées que le CA125.
- C 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, et complète le bilan d'extension par l'évaluation de la carcinose péritonéale.
- Voilà pourquoi la réalisation d'une cœlioscopie à visée diagnostique, pronostique et de stadification est l'élément clé du bilan initial
- Lors de cette cœlioscopie, l'exploration abdomino-pelvienne permet une évaluation précise de la carcinose péritonéale grâce à l'utilisation de scores de carcinose péritonéale permettant d'évaluer la résecabilité des lésions. Des biopsies des nodules de carcinose seront réalisées pour obtenir un diagnostic histologique. En l'absence de carcinose péritonéale, une annexectomie diagnostique et une cytologie péritonéale permettront d'obtenir un diagnostic.

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

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 ≤ 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**

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.**

1 Tumeur présumée précoce

- **Le cancer concerne un ou les deux ovaires**
- **. Il est nécessaire de réaliser une stadification ou une restadification (en cas de tumeur déjà réséquée).**
- **Cette stadification pourra être réalisée par coelioscopie 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 (exérèse du grand épiploon) ;

une appendicectomie ;

des biopsies péritonéales multiples et cytologie péritonéale.

2 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 coelioscopie exploratrice permettant de coter la carcinose péritonéale en utilisant des scores de carcinose péritonéale.**
- **On distingue alors deux situations :**
 - **maladie résécable : une chirurgie de cytoréduction complète par laparotomie xypho-pubienne peut être organisée généralement dans les 15 jours suivant la coelioscopie et une information complète des gestes à réaliser peut être délivrée à la patiente (nécessité de résection intestinale). Il convient de profiter du délai entre la coelioscopie et la chirurgie d'exérèse pour renutrir la patiente (régime hyperprotidique pendant 7 jours) ;**

- **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. Dans ce cas, 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).

3 Mesures associées

- Le médecin référent doit présenter le dossier en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) afin de valider la prise en charge thérapeutique. Il présente alors à la patiente un plan personnalisé de soin (PPS) expliquant les principes de la prise en charge :
- consultation oncogénétique chez les patientes de moins de 70 ans ;
- prise en charge à 100 % et soins de support ++ (ensemble de soins et soutiens nécessaires aux personnes malades) :
- prise en charge nutritionnelle et rééducation postopératoire (kinésithérapie respiratoire ++),
- prise en charge de la douleur et éventuels soins palliatifs,
- prise en charge psychologique.

D 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.
- Le pronostic est directement lié à la résécabilité 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.
- À noter que le pronostic des patientes est amélioré par la prise en charge dans des centres experts car le taux de résection complète de première intention ou après chimiothérapie néo-adjuvante est supérieur à 70 %. Or, la résection complète est l'élément pronostique le plus important.

E Surveillance

- Le suivi des patientes traitées repose sur l'examen clinique et 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.
- 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.
- **Points clés**
 - • Tumeurs épithéliales (cystadénocarcinomes séreux++) dans 90 %.
 - • 75 % de diagnostics à un stade avancé → pronostic sombre.
 - • L'extension se fait par voie péritonéale et lymphatique.
 - • La coelioscopie permet le diagnostic et l'extension péritonéale.
 - • Le facteur pronostique principal est le résidu tumoral postopératoire.
 - • Une enquête oncogénétique doit être demandée chez toute patiente ayant un cancer de l'ovaire diagnostiqué avant 70 ans.

IV Tumeurs ovariennes borderlines ou frontières

- à côté des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes, il existe une variété tumorale particulière à l'ovaire, les tumeurs borderlines ovariennes (TBO) ou tumeurs frontières de l'ovaire (TFO) 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.
- 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 d'une part d'un cystadénome papillaire bénin et d'autre part des tumeurs malignes ou cystadénocarcinomes. C'est donc l'analyse histologique qui permettra de faire le diagnostic. Ce diagnostic histologique est difficile et peut nécessiter la relecture d'un expert.
- Dans 20 % à 40 % des cas, la tumeur est associée à des localisations extra-ovariennes, sous forme d'implants péritonéaux, qu'il ne faut pas confondre avec des lésions de carcinose péritonéale. Tout comme dans le cancer ovarien,
- 1- Ne pas méconnaître une pathologie ovarienne
- 2- Faire un diagnostic précoce – → Sauver l'annexe en cas de torsion •
- 3- Dépister une tumeur solide – pourcentage KYSTE / TUMEUR > 50 % – > 2 / 3 des tumeurs sont bénignes • 80 à 90 % des masses ovariennes sont bénignes