

**I. INTRODUCTION-DEFINITION**

- Les tumeurs de l'ovaire représentent un problème fréquent et difficile de la pathologie gynécologique tant sur le plan de la clinique, de l'histologie que du pronostic, étant donné le polymorphisme qu'elles revêtent.
- Le terme de tumeur de l'ovaire englobe plusieurs pathologies allant du simple kyste fonctionnel bénin lié au fonctionnement normal des ovaires, au kyste organique pouvant potentiellement être un cancer de l'ovaire.
- Même si les données de l'examen clinique couplé à l'échographie pelvienne orientent le plus souvent vers l'étiologie précise d'une tumeur ovarienne (tumeur bénigne ou maligne), le diagnostic de certitude repose exclusivement sur l'examen anatomopathologique, et donc sur la chirurgie (cœlioscopie ou laparotomie)
- Les tumeurs de l'ovaire peuvent être bénignes, malignes ou frontières entre bénin et malin.
- Les tumeurs malignes de l'ovaire sont une affection dont la fréquence est actuellement en augmentation
- Le cancer de l'ovaire est la quatrième cause de décès par cancer chez la femme

**II. Épidémiologie des tumeurs de l'ovaire**

- La prévalence des kystes ovariens est estimée entre 14 et 18 % chez les femmes ménopausées et à 7 % chez les femmes asymptomatiques en période d'activité génitale
- le cancer de l'ovaire est le 2ème cancer gynécologique par ordre de fréquence après le cancer de l'endomètre;

Le facteur de risque le plus important de cancer de l'ovaire est d'origine génétique.

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 colorectaux et de l'endomètre

des 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

l'âge > 50 ans

on peut ajouter trois facteurs de risque avérés de cancer de l'ovaire : le traitement hormonal de la ménopause à base d'œstrogènes, le tabagisme et l'exposition professionnelle à l'amiante

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.**

### III. *Étude anatomopathologique des tumeurs de l'ovaire*

L'examen anatomopathologique est absolument nécessaire en présence d'une tumeur de l'ovaire même si elle paraît macroscopiquement bénigne, car elle peut être maligne ou frontière et chaque forme histologique à son évolution propre.

De nombreuses classifications existent : opératoire, macroscopique , microscopique et histologique.

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

#### 1. Classification microscopique

On distingue les tumeurs suivantes:

- ▶ **Tumeurs du revêtement ou épithéliales communes** Elles représentent 80 % des tumeurs ovariennes et comprennent :
  - ❖ les tumeurs séreuses
    - ✓ Bénigne: cystadénomes séreux ou kystes séreux
    - ✓ Malignes: adénocarcinomes papillaires séreux
  - ❖ les tumeurs mucineuses
    - ✓ cystadénome mucineux ou kyste mucineux bénin
    - ✓ adénocarcinomes mucineux malins
  - ❖ les tumeurs endométrioïdes:
    - ✓ kyste endométrial bénin au liquide goudron ou chocolat,
    - ✓ adénocarcinome endométrioïde
    - ✓ adénocarcinomes à cellules claires
  - ❖ les tumeurs de Brenner
  - ❖ les carcinomes indifférenciés
- ▶ **Tumeurs des cellules germinales** Elles représentent 30 % des tumeurs ovariennes et comprennent les tumeurs suivantes;
  - ❖ les dysgerminomes ou les séminomes
  - ❖ les dysembryomes ou les tératomes, qui peuvent être:
    - ✓ matures et bénins; ce sont les kystes dermoïdes

- ✓ immatures et malins , et qui sont composés des trois feuillets embryonnaires : ectoderme, endoderme et mésoderme .

#### ▶ **Tumeurs du mésenchyme et des cordons sexuels**

- ❖ Les tumeurs granulothécales
- ❖ Les tumeurs à cellules de Sertoli et de Leydig
- ❖ Des gynandroblastomes

#### ▶ **Tumeurs conjonctives**

- ❖ les fibromes : bénins;
- ❖ les sarcomes

#### ▶ **Autres tumeurs**

- ❖ Les gonadoblastomes
- ❖ les tumeurs à cellules lipidiques (bénignes);
- ❖ les tumeurs secondaires ou métastatiques d'un cancer digestif (tumeur de Krukenberg), secondaires à un cancer du sein ou de l'endomètre.

### IV. **Étude clinique**

#### 1. **Circonstances de découverte**

Une tumeur à développement pelvien peut se révéler par des troubles des règles tels qu'une aménorrhée ou une dysménorrhée, des douleurs pelviennes diffuses ou le plus souvent par la découverte, au cours d'un examen systématique, de l'existence d'une masse annexielle

#### 2. **L'interrogatoire** :est complet, avec notamment:

- L'âge. - Les antécédents médico-chirurgicaux, gynécologiques et familiaux de cancer du sein et de l'ovaire. - La date des dernières règles, le mode de contraception et le suivi. - Si la patiente est ménopausée date de la ménopause, prise d'un éventuel traitement hormonal de la ménopause.

#### 3. **L'examen clinique:** doit préciser les caractères de cette tumeur : son volume, sa consistance, sa sensibilité.

- À l'examen au spéculum, le col peut être dévié, refoulé d'un côté ou de l'autre, ou attiré vers le haut.
- Le toucher vaginal précise la déviation du col, la masse latéro-utérine indépendante de l'utérus (sillon séparant l'utérus et la masse pathologique); les mouvements imprimés à cette masse ne sont pas transmis à l'utérus.
- Le toucher rectal précise la tumeur enclavée dans le cul-de-sac de Douglas

#### V. **Examens complémentaires:**

##### **Échographie:**

- ✓ le premier examen diagnostique est l'échographie pelvienne, par voie abdominale, puis endovaginale. C'est l'examen de 1<sup>re</sup> ligne qui permet de préciser la taille, la bilatéralité, la localisation, la forme, l'échostructure et la vascularisation du kyste. Les signes associés comme l'existence d'une ascite ou d'autres masses sont également recherchés.
- ✓ Les critères échographiques en faveur d'un kyste fonctionnel sont un kyste uniloculaire < 7 cm liquidien pur chez une patiente non ménopausée.
- ✓ Les critères échographiques en faveur d'un kyste organique sont les suivants : existence d'une cloison, parois épaissies, contenu hétérogène, contours irréguliers, vascularisation au Doppler ou taille supérieure à 7 cm.
- ✓ Les critères échographiques en faveur de la malignité sont les suivants : végétations endo ou exokystiques, ascite, adénopathies ou masse pelvienne associée
- ✓ Bien que l'on s'approche assez près de la vérité avec l'échographie, elle demeure opérateur-dépendant et il persiste quelques faux positifs, notamment dans les tumeurs solides.
- ✓ L'échographie pelvienne permet aussi de rechercher une anomalie utérine et un retentissement sur l'appareil rénal : dilatation urétérale, hydronéphrose.

☐ **Radiographie :**

- il est en général fait pour une autre raison médicale et peut montrer l'existence de calcifications ou de dents, évoquant le diagnostic de kyste dermoïde de l'ovaire.

☐ **IRM :**

- Elle est pratiquée en présence d'une tumeur indéterminée ou complexe découverte en échographie
- une sensibilité et une spécificité proche de 90 % similaire à celle de l'échographie Doppler pour la différenciation bénin/malin
- Elle demeure moins opérateur-dépendant que l'échographie
- Elle sera proposée en cas d'insuffisance de l'échographie

☐ **Scanner thoracique, abdominal et pelvien (TAP):**

- La tomodensitométrie abdominopelvienne n'est pas un examen à visée diagnostique devant une masse annexielle.
- Il est indiqué en cas de tumeur ovarienne maligne évidente cliniquement et en échographie. Il précisera l'état du foie et des poumons à la recherche de métastases, l'extension d'une éventuelle carcinose péritonéale

☐ **Marqueurs:**

- Le CA 125 est la plus spécifique des tumeurs de l'ovaire
- . À plus de 200 u/l, il fait suspecter un cancer de l'ovaire.

- Dans la surveillance du dysembryome immature, il peut être utile de doser l'alpha-fœto-protéine, voire l'hCG élevée s'il existe un contingent choriocarcinomateux, ou parfois l'inhibine, dont l'élévation secondaire fait craindre une localisation secondaire.
- Et également les marqueurs CA 19-9 et ACE en cas de tumeur épithéliale.

❑ **Ponction du Douglas ou de l'ascite:**

- Elle peut être utile pour rechercher l'existence de cellules malignes et soulager la patiente

❑ **Coelioscopie:** Elle présente un double intérêt;

- ✓ confirmer le diagnostic en cas de doutes avec d'autres masses pelviennes

- ✓ déterminer la nature de la tumeur :

VI. ***Diagnostic différentiel*** Les diagnostics différentiels à évoquer devant la découverte d'une masse latéro-utérine sont :

- ❖ Grossesse extra-utérine.
- ❖ Pathologies tubaires (hydrosalpinx, pyosalpinx)
- ❖ Fibrome utérin sous-séreux pédiculé.

VII. ***Complications***

**1. Compression:**

- Il peut s'agir d'une compression soit de la vessie, entraînant des troubles mictionnels (rétention d'urines), soit du rectum, soit des uretères (pouvant avoir pour conséquence à bas bruit une hydronéphrose ), soit même des vaisseaux pelviens responsables alors de troubles circulatoires .

**2. Torsion :**

- C'est plus fréquemment une torsion de la tumeur ovarienne qui conduit la patiente à l'hôpital dans un tableau d'urgence opératoire.
- L'ovaire ou l'annexe se tournent sur eux-mêmes, formant des tours de spire et donc une torsion du pédicule vasculaire et une ischémie annexielle
- Les kystes dermoïdes sont les plus à risque en raison de leur poids
- Le début très brutal chez une femme en bonne santé apparente est marqué par une douleur pelvienne brutale, intense, parfois associée à des nausées ou à des vomissements. la température est normale le plus souvent
- L'échographie pelvienne, très douloureuse lors du passage de la sonde, montre souvent un ovaire œdématisé, augmenté de volume, comportant un kyste ovarien volumineux. Le doppler peut montrer un arrêt de la vascularisation.
- C'est une urgence chirurgicale car un retard de prise en charge risque de provoquer une nécrose avec la perte de l'annexe.

### 3. Hémorragie intrakystique

- Elle se caractérise par : l'apparition d'un syndrome douloureux pelvien à début rapide; une défense dans l'une des deux fosses iliaques à l'examen clinique
- Le diagnostic repose sur l'échographie pelvienne et endo-vaginale qui montre une image de kyste ovarien de contenu hétérogène
- surveillance systématique de la clinique et du taux d'hémoglobine (risque de rupture hémorragique)

### 4. Rupture du kyste de l'ovaire:

- La rupture d'un kyste ovarien est possible
- Douleur pelvienne d'apparition brutale de résolution spontanée et complète en quelques jours.
- L'échographie ne retrouve le plus souvent qu'une lame liquidienne au niveau du cul-de-sac de Douglas, témoin de la rupture, avec des ovaires le plus souvent normaux
- Beaucoup plus rarement, la rupture est hémorragique

### 5. Infection :

- Elle est le plus souvent le fait d'un kyste dermoïde. Elle peut être aiguë, évoquant un pyosalpinx.
- L'abcès ovarien est rare sauf après ponction (par exemple pour prélèvement d'ovocyte en FIV)
- L'évolution sans intervention se fera vers la rupture intrapéritonéale de cette masse et surtout sa fistulation dans le sigmoïde. L'intervention devra être encadrée par un traitement antibiotique.

## VIII. *Traitement*

Actuellement, l'échographie et la coelioscopie diagnostique ou opératoire ont modifié les principes de traitement des tumeurs de l'ovaire car dans la majorité des cas l'opérateur a une bonne approche du diagnostic de bénignité ou de malignité avant le geste chirurgical.

Les Indications thérapeutiques dépendent bien sûr de la nature histologique de la tumeur, de l'âge de la patiente et du stade pour les lésions malignes:

#### ☐ **Tumeurs bénignes**

##### ❖ Kystes fonctionnels:

- Ils ne seront pas opérés. L'abstention pendant 3 à 6 mois permet la régression de la majorité des kystes fonctionnels

##### ❖ Kystes organiques

#### ▪ **Kystes simples à paroi fine:**

- de moins de 5 cm ne doivent pas être opérés;
- entre 5 et 10 cm, une échographie annuelle de surveillance peut être proposée
- au-delà de 10 cm, une kystectomie percoelioscopique est proposée

- Kystes dermoïdes

surveillance annuelle par échographie pour les kystes de moins de 5 cm asymptomatiques;

kystectomie par cœlioscopie pour les kystes supérieurs à 5 cm ou croissance de plus de 2 cm par an ou douloureux, une modification de l'aspect du kyste

- **Endométriomes**

L'abstention est possible si la lésion fait moins de 3 cm, asymptomatique . Une kystectomie percœlioscopique peut être faite si l'endométriome fait plus de 6 cm, augmente de volume, est douloureux ou découvert chez une femme consultant pour infertilité.

- ❑ **Tumeurs malignes:**

Tout dépend de la classification de la FIGO.

La décision thérapeutique sera proposée en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)

- ▶ **NB:** Les cancers de l'ovaire s'étendent essentiellement par voie péritonéale et lymphatique. L'extension par voie hématogène avec risque de métastases (hépatique, pulmonaire, osseuse) est plus rare
- **Extension péritonéale:** les cellules tumorales malignes se fixent très facilement sur la surface du péritoine pour donner des nodules tumoraux et une carcinose péritonéale
- **Extension lymphatique:** elle se fait vers les ganglions iliaques (externes et primitifs) et les ganglions lombo-aortiques. La fréquence de l'atteinte ganglionnaire augmente avec le stade.
- ▶ Classification FIGO 2014.

Stade 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	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>IC1</td> <td>Rupture capsulaire peropératoire</td> </tr> <tr> <td>IC2</td> <td>Rupture préopératoire ou tumeur à la surface ovarienne</td> </tr> <tr> <td>IC3</td> <td>Cellules malignes dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal</td> </tr> </tbody> </table>	IC1	Rupture capsulaire peropératoire	IC2	Rupture préopératoire ou tumeur à la surface ovarienne	IC3
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						
Stade 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					
Stade IIIA	Métastases lymphonodales rétropéritonéales et/ou atteinte microscopique au-delà du pelvis						
	IIIA1	Métastases lymphonodales rétropéritonéales					
	IIIA (i)	Métastases de moins de 10 mm					
	IIIA (ii)	Métastases de plus de 10 mm					
IIIA2	Atteinte microscopique extrapelvienne ± atteinte lymphonodale rétropéritonéale						

<b>Stade IIIB</b>	Métastases péritonéales macroscopiques < 2 cm extrapelviennes ± atteinte lymphonodale rétropéritonéale
<b>Stade IIIC</b>	Métastases péritonéales macroscopiques > 2 cm ± atteinte lymphonodale rétropéritonéale, y compris l'extension à la capsule hépatique ou de la rate
<b>Stade IVA</b>	Épanchement pleural avec cytologie positive
<b>Stade IVB</b>	Métastases parenchymateuses hépatiques ou spléniques, extension extra-abdominale, y compris atteinte des aires lymphonodales inguinales et nœuds lymphatiques en dehors de la cavité abdominale

#### ❖ Stades I à IIIB

- ✓ Le traitement chirurgical premier est recommandé
- ✓ Le traitement chirurgical comporte une hystérectomie totale sans conservation et sans rupture du kyste.
- ✓ Une stadification complète est réalisée sous réserve des conditions d'opérabilité qui doit comporter au minimum :
  - une cytologie péritonéale ;
  - des biopsies péritonéales multifocales incluant des biopsies des deux coupoles diaphragmatiques;
  - une omentectomie infracolique ;
  - une lymphadénectomie pelvienne et para-aortique bilatérale ;
  - une appendicectomie, surtout dans les formes mucineuses;
- ▶ Si la chirurgie est complète, la chimiothérapie adjuvante :
  - n'est pas recommandée en cas de tumeur de stade IA ou IB de grade 1 (G1);
  - est recommandée à partir du stade IC ou G3 ou en cas d'histologie particulière de mauvais pronostic (cancers à cellules claires);
  - est discutée dans les stades IA IB G2

#### ❖ Stades IIIC et IV

L'objectif de la chirurgie est la résection complète (absence de résidu macroscopique).

- ✓ Si la résection complète ne peut être obtenue d'emblée, une chimiothérapie néoadjuvante est réalisée : une chirurgie d'intervalles est ensuite envisagée, avec objectif de réaliser une résection complète
- ✓ Si la résection complète ne peut être obtenue d'emblée, une chimiothérapie néoadjuvante est réalisée : une chirurgie d'intervalles est ensuite envisagée, avec objectif de réaliser une résection complète



- ✓ Si la réduction tumorale est incomplète lors d'une première intervention, une reprise chirurgicale pour obtenir une résection complète,, est réalisée.
- ✓ Si la résection complète est obtenue, la patiente aura 6 cycles de chimiothérapie adjuvante.

#### IX. **Pronostic:**

- ✓ Il est fonction du stade, du type histologique, et du grade histologique. Le taux de survie en fonction du stade ; une survie à 5 ans de 45 % tous stades confondus : 85 % au stade 1, 60 % au stade II, 35 % au stade III et 20 % seulement au stade IV.
- ✓ Les tumeurs mucineuses et endométrioides ont un meilleur pronostic que les cancers séreux à cellules claires ou indifférenciées. Les grades I sont de meilleur pronostic que les grades histologiques III.

#### X. **Surveillance:**

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

#### XI. **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>er</sup> ligne et doit préciser s'il s'agit d'une tumeur probablement bénigne ou s'il existe des signes suspects de malignité. Une IRM pourra alors compléter le bilan et préciser les caractéristiques morphologiques. C'est la cœlioscopie exploratrice et l'exérèse de la tumeur qui permettront d'obtenir un diagnostic histologique et éventuellement l'extension intrapéritonéale. A l'issue de ce diagnostic histologique, on pourra distinguer 3 situations : tumeur bénigne, tumeur maligne ou tumeur borderline, et adapter la prise en charge