

LES TUMEURS OVARIENNES

COURS PRESENTE PAR DR A.ABES

MAITRE-ASSISTANTE EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

EHS SMK

I. INTRODUCTION-GENERALITES :

Les tumeurs ovariennes regroupent l'ensemble des tumeurs qui se développent au dépend du parenchyme ovarien, elles peuvent être bénignes ou malignes.

Le cancer de l'ovaire est au 7^{ème} rang des cancer de la femme, en raison de son diagnostic tardif le pronostic reste sombre avec une survie à 5 ans d'environ 45%.

L'objectif alors, dans la prise en charge d'une tumeur de l'ovaire est d'éliminer d'abord un cancer.

II. CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE :

Les tumeurs de l'ovaire sont découvertes soit à l'examen clinique ou bien à l'imagerie, lors d'une complication aiguë ou de découverte fortuite lors d'un examen radiologique ou lors d'un dépistage sinon la tumeur ovarienne est diagnostiquée suite à des signes fonctionnels motivant des explorations la mettant en évidence.

III. FACTEURS DE RISQUE DE CANCER DE L'OVAIRE :

- Age moyen de 65 ans ;
- Puberté précoce ;
- Ménopause tardive ;
- Nulliparité et infertilité ;
- Facteurs génétiques : mutation des gènes BRCA1 ET 2 ; ou certains syndromes génétiques : syndrome de LYNCH .

IV. CLASSIFICATION ANATOMO-PATHOLOGIQUE DES TUMEURS DE L'OVAIRE :

- ✓ LES TUMEURS EPITHELIALES :
 - tumeurs sereuses (cystadénome ou cystadénocarcinome sereux) ;
 - tumeurs mucineuses(cystadenome ou cystadénocarcinome mucineux) ;
 - Tumeurs endométrioïdes ;
 - adénocarcinomes à cellules claires ;
 - tumeurs de brenner ;
 - Tumeurs mixtes épithéliales ;
 - carcinomes indifférenciés ;

- ✓ TUMEURS DU MESENCHYME ET DES CORDONS SEXUELS :
 - tumeurs à cellules de la granulosa et stromales ;
 - tumeurs des cellules de Sertoli et Leydig ;
 - tumeurs des cordons sexuels ;
 - gynandroblastome ;

- ✓ TUMEURS GERMINALES :
 - dysgerminome ;
 - tumeurs du sinus endodermique ;
 - carcinome embryonnaire ;
 - polyembryome ;
 - choriocarcinome ;
 - Téatome immature ;
 - téatome mature ;
 - téatome monodermique ;
 - tumeurs germinales mixtes,

- ✓ TUMEURS DERIVEES DE TISSUS NON SPECIFIQUES :
 - fibromes ;
 - hémangiomes ;
 - léiomyomes ;
 - lipomes ;
 - lymphomes ;
 - Sarcomes ;

- ✓ METASTASES OVARIENNE D'UNE TUMEUR :
 - DIGESTIVE (KRUKENBERG) :
 - d'une tumeur du sein, endomètre, ou lymphome ;

V. DIAGNOSTIC POSITIF :

A. INTERROGATOIRE :

Il est important de connaître les antécédents personnels et familiaux de la patiente : la date des dernières règles et la prise d'une contraception orale ou d'un traitement hormonal substitutif.

B. EXAMEN CLINIQUE :

- La palpation abdominale : permet de mettre en évidence une masse pelvienne, une augmentation du périmètre abdominal.
- Le toucher vaginal peut mettre en évidence une masse latéro-utérine indépendante de l'utérus.

C. EXAMENS PARACLINIQUES :

1. ECHOGRAPHIE PELVIENNE :

C'est l'examen de première intention, par voie vaginale et abdominale : permet de décrire la masse, sa localisation, le caractère uni ou multiloculaire, l'existence de cloisons ou de végétations, recherche un épanchement liquidien, on complète par un examen doppler pulsé ou énergie pour étudier la vascularisation de la tumeur.

Les paramètres échographiques en faveur de la malignité sont :

- le volume de la tumeur > 50mm ;
- la bilatéralité ;
- une paroi épaisse > 3mm ;
- L'existence d'une ou plusieurs végétations ;
- l'existence de cloisons ;
- la présence d'un épanchement intra-péritonéal ;
- une hypervascularisation notamment des zones solides avec un index de résistance bas au doppler pulsé ;

2. IRM PELVIENNE :

L'IRM pelvienne est indiquée si masse volumineuse > 7cm, ou si l'origine de la masse est indéterminée ou en cas de tumeurs suspectes ;

Elle permet d'étudier outre la tumeur, le péritoine, les organes de voisinage, l'épiploon, les aires ganglionnaires, elle est aussi intéressante en cas d'endométriose.

3. LA TDM ABDOMINO-PELVIENNE :

Faible sensibilité dans le diagnostic des tumeurs complexes de l'ovaire ainsi que les tumeurs malignes. Elle est intéressante dans le bilan d'extension des cancers ovariens.

4. LES MARQUEURS TUMORAUX :

-CA 125 > 30UI/ml : c'est le marqueur le plus sensible dans le diagnostic des cancers épithéliaux de l'ovaire. il peut être également positif en cas d'endométriозe

-CA 19-9, ACE : positif si tumeur mucineuse de l'ovaire ;

-HCG et α FP : intéressant chez les enfants, les jeunes femmes et en cas de tumeurs germinales.

VI. CLASSIFICATION DE LA FIGO – TNM DES CANCERS DE L'OVAIRE :

FIGO	TNM	DESCRIPTION
Stades I	T1	Tumeurs limitées aux ovaires
IA	T1a	1 ovaire, capsule intacte, cytologie péritonéale négative
IB	T1b	2 ovaires, capsules intactes, cytologie péritonéale négative
IC	T1c	1 ou 2 ovaires ou rupture capsulaire ou cytologie péritonéale positive
Stades II	T2	Tumeur limitée au pelvis
IIA	T2a	Extension à l'utérus ou aux trompes, cytologie péritonéale négative
IIB	T2b	Extension aux autres organes du pelvis, cytologie péritonéale négative
IIC	T2c	IIA ou IIB avec cytologie péritonéale négative
Stades III	T3 et/ou N1	Tumeur limitée à l'abdomen
IIIA	T3a	Extension péritonéale microscopique
IIIB	T3b	Extension péritonéale \leq 2cm
IIIC	T3c	Extension péritonéale > 2cm
	N1	Ganglions rétro-péritonéaux ou inguinaux
Stades IV	M1	Métastase à distance

VII. COMPLICATIONS DES TUMEURS DE L'OVAIRE :

1. Torsion d'annexe :

La patiente consulte pour douleurs pelviennes d'apparition récente, unilatérales, intenses ; à l'examen clinique on retrouve une défense lors de la palpation abdominale et le toucher vaginal est très douloureux.

L'échographie pelvienne met en évidence un kyste ovarien sensible au passage de la sonde, l'étude doppler montre l'absence complète ou partielle de vascularisation de l'ovaire.

La prise en charge chirurgicale doit être réalisée en urgence afin de préserver l'annexe. une détorsion est réalisée avec kystectomie simple. Si annexe nécrosée annexectomie ou ovariectomie.

2. Hémorragie intrakystique :

Douleur pelvienne brutale unilatérale avec sensibilité à l'examen clinique d'une fosse iliaque, le cul-de-sac vaginal correspondant peut être comblé et douloureux.

À l'échographie, on retrouve un kyste ovarien à contenu très finement échogène au début mais rapidement on note l'apparition de filaments dit en «toile d'araignée» ou en «nid d'abeille». Une surveillance est nécessaire jusqu'à disparition de la symptomatologie.

3. Rupture de kystes :

Douleurs pelviennes brutales intenses avec épanchement péritonéal. L'échographie met en évidence l'épanchement intra-péritonéal avec existence d'image kystique hypotonique, hétérogène ovarienne.

Une laparotomie en urgence s'impose si rupture d'un kyste hémorragique de l'ovaire.

VIII. TRAITEMENT :

A. TUMEURS BENIGNES :

- ✓ Kystes fonctionnels : généralement ils disparaissent au maximum après trois mois, indication chirurgicale si persistance au-delà de 3-6 cycles ou en cas de complication ou si modification récente du kyste .
- ✓ Tumeurs organiques : le traitement est chirurgical de préférence par voie coelioscopique, une kystectomie simple ou ovariectomie est réalisée ; chez les femmes ménopausées une annexectomie souvent bilatérale est indiquée.

B. TUMEURS MALIGNES :

- ✓ TRAITEMENT CHIRURGICAL : une étude cytologique péritonéale, des biopsies péritonéales étagées, l'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale, appendicectomie dans les formes mucineuses ; l'omentectomie, une lymphadénectomie pelvienne ou lombo-aortique en fonction du stade de la FIGO.
- ✓ CHIMIOThERAPIE : carboplatine et paclitaxel en 6 cures si tumeur > stade Ic ou de grade 3,
- ✓ Cas particuliers : tumeur borderline : un traitement conservateur (kystectomie ou annexectomie) peut être réalisé si femme jeune, si femme ménopausée : un trt radical type hystérectomie totale avec annexectomie ,omentectomie avec biopsies péritonéales et appendicectomie si tumeur mucineuse.