

# LES TUMEURS OVARIENNES

→ Processus prolifératifs bénins ou malins, primitifs ou secondaires, d'aspect kystique, solide ou liquide 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.

## I QUELLES SONT LES PRINCIPALES CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE DES TUMEURS DE L'OVAIRE ?

Les tumeurs ovariennes sont souvent latentes, de découverte fortuite lors d'une échographie, d'un examen radiologique (ASP), voire d'une coelioscopie ou d'une laparotomie ou d'un examen gynécologique systématique, elles peuvent cependant parfois être responsables de signes fonctionnels tels que :

- Gêne ou pesanteur pelvienne,
- Troubles du cycle : dysménorrhées, spanioménorrhée voire aménorrhée, plus rarement métrorragies,
- Signes de compression vésicale ou rectale, Elles sont parfois révélées par une complication douloureuse telle qu'une torsion ou une rupture,
- Elles sont parfois révélées par une carcinose péritonéale (~~et glomérulaire~~) diffuse avec ascite (cf. ~~glossaire~~) pour les tumeurs néoplasiques.

## II QUELLE STRATEGIE DIAGNOSTIQUE ENVISAGEZ-VOUS ?

Examen clinique Interrogatoire =>

signes d'accompagnement (orientation diagnostique, complications, évolution), facteurs de risque :

Facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers : désir de grossesse : âge, ATCD personnels et familiaux, DDR, prises hormonales éventuelles, allure évolutive des signes fonctionnels éventuels.

Examen gynécologique Après examen général (état général, poids),

→ examen de l'abdomen (permettant de découvrir une volumineuse masse matte à la percussion, remplissant la cavité abdomino-pelvienne, situation rare ; ce type de kyste se rencontre volontiers chez la femme âgée). <sup>ou fœtale</sup>

→ Examen des seins

- Examen sous spéculum avec frottis éventuels (des frottis de l'endomètre peuvent retrouver des anomalies cellulaires dans ce contexte),
- Rarement, on pratiquera une culdocentèse (ponction de liquide péritonéal au niveau du cul-de-sac de Douglas ; elle peut retrouver des cellules malignes,
- Toucher vaginal, réalisé rectum et vessie vides, qui permet de mettre en évidence une masse latéro-utérine arrondie, séparée de l'utérus par un sillon, mobile, ne suivant pas les mouvements imprimés au col, le plus souvent indolore et de volume et consistance variables.
- Réexaminer la patiente à la fin des règles suivantes, pour s'assurer de la persistance du kyste.

→ Échographie pelvienne L'examen de base est l'échographie pelvienne. Elle est réalisée par voie abdominale (vessie pleine) et vaginale (sauf si la patiente est vierge). Quand la lésion est volumineuse, elle devient médiane et refoule l'utérus, devient alors plus difficile ; la voie abdominale est alors essentielle. L'échographie permet de rechercher des signes évocateurs de malignité devant une masse latéro-utérine.

TDM + IRM (ADP, Mx, tm) Nouq + m (CA 125, AFP, HCG).

III QUELLE THERAPEUTIQUE ENVISAGEZ-VOUS ?

- Elle va dépendre du bilan d'extension,
- de l'âge de la patiente,
- de la notion de maladie familiale,
- et du désir de grossesse
- , des données de l'examen clinique,
- de l'échographie et des marqueurs tumoraux :

- Masse kystique → échogène
- Masse solide → échogène
- Masse solide-kystique → hétérogène

1. Contenu : liquide / solide
2. Limites : régularité / irrégularité
- vascularisation : normale / anormale

dosage d'E2  
testostérone (de féminisation).

- soit le diagnostic préopératoire est très probablement celui d'une tumeur bénigne, l'intervention chirurgicale commencera par une coelioscopie,
- soit le diagnostic préopératoire est celui d'un cancer de l'ovaire (aspect échographique, ascite), le bilan d'extension sera basé sur :
  - les données de la laparotomie exploratoire,
  - le type histologique de la tumeur,
  - l'imagerie (IRM, échographie hépatique, radio-pulmonaire),
  - le dosage de CA 125 ; ACE, CA 19-9
- soit le diagnostic préopératoire est incertain => coelioscopie première -> elle permet : d'explorer les ovaires (végétations, adhérence), d'explorer la cavité péritonéale, de réaliser une cytologie péritonéale, de réaliser l'exérèse du kyste de l'ovaire . Parfois sera pratiqué un examen anatomo-pathologique extemporané pouvant indiquer de poursuivre le traitement par laparotomie en cas de cancer.

- Facteurs pronostiques des cancers de l'ovaire Facteurs cliniques : Le stade clinique du cancer de l'ovaire est un facteur pronostique indépendant essentiel.

La classification de la International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) définit 4 stades schématiquement divisé en :

- Stade 1 : Tumeur limitée aux ovaires, *-> A. un seul ov.*
- Stade 2 : Tumeur étendue au pelvis, *-> B. pelvis*
- Stade 3 : Tumeur étendue à l'abdomen ou aux ganglions, *-> C. Abdom.*
- Stade 4 : Métastase viscérales ou épanchement pleural néoplasique.

IV QUEL EST LE SUIVI POST-THERAPEUTIQUE ? *Chimio + chirurgie + hormonothérapie -> Kc lymph.*

- Il comportera : Systématiquement un suivi postopératoire 1 mois après l'intervention chirurgicale,
- Systématiquement un suivi biologique et cardiaque en fonction des drogues utilisées pour la chimiothérapie.

Sur le plan carcinologique :

- \* Un examen clinique est préconisé à 3 mois puis tous les 6 mois,
- \* Une IRM pourra être réalisée après 6 cures de chimiothérapie (pouvant éviter une intervention de second look),
- \* Le dosage du CA125 à 3 mois puis à chaque consultation peut être envisagé. Le dosage du CA 125 permet d'apprécier la réponse au traitement. Cependant, une élévation isolée chez une patiente asymptomatique avec un examen normal, ne relève pas d'une chimiothérapie.
- \* En cas de récurrences, le traitement sera avant tout une chimiothérapie.

V QUELS SONT L'EVOLUTION ET LE PRONOSTIC ?

Le pronostic du cancer de l'ovaire dépend bien sûr de la précocité du diagnostic et du caractère complet ou non de l'exérèse chirurgicale, mais aussi du stade évolutif, du type et du grade histologique. Le pronostic global est sévère car 70 % des malades ont une extension intraabdominale au moment du diagnostic.

Le taux de survie à 5 ans pour les différents stades d'extension est approximativement le suivant :

stade I : 70 à 95 %, stade II : 50 %, stade III : 25 %, stade IV : < 5 %.