

Tumeurs de l'ovaire

Rappel histologique

- L'ovaire est bordé en surface d'un épithélium cubique simple
- Il est constitué de deux zones : la corticale et la médullaire
- La corticale contient un stroma spécialisé et de follicules
- Dans le stroma, il y a des cellules fibroblastiques et des cellules sécrétant des hormones masculines (cellules de Leydig et Sertoli)
- Les follicules ovariens contiennent une cellule germinale (ovocyte) et, en fonction de la maturation du follicule, il peut y avoir des cellules sécrétant des hormones féminines (cellules de la granulosa, cellules thécales)
- La médullaire contient des vaisseaux sanguins et des lymphatiques

Types histologiques

- Les tumeurs de l'ovaire sont volontiers kystiques, mais les kystes de l'ovaire ne sont pas toujours des tumeurs. Il existe aussi des kystes dits fonctionnels où le follicule ovarien ou le corps jaunes forment des kystes.
- En-dehors des kystes fonctionnels ou d'endométriiose, les tumeurs de l'ovaire se classent en fonction des cellules qui les composent. Il existe donc trois types histologiques :
 - **Tumeurs épithéliales**
 - **Tumeurs du stroma et des cordons sexuels** : cellules spécialisées hormono-sécrétantes
 - **Tumeurs germinales** : dérivant de l'ovocyte

Tumeurs épithéliales

- Les tumeurs épithéliales peuvent être :
 - **Bénignes** : cystadénome séreux, cystadénome mucineux...
 - **Borderline** (à la limite de la malignité) : tumeur séreuse à la limite de la malignité
 - **Malignes** : cystadénocarcinome séreux, mucineux...
- Les termes de cystadénome et cystadénocarcinome expriment le fait que les tumeurs sont en grande partie kystiques : un cystadénome est un adénome en grande partie kystique.
- **Tumeurs séreuses** : sont les plus fréquentes
 - **Cystadénome séreux** :
 - **Macroscopiquement** : il s'agit le plus souvent d'un kyste uniloculaire à paroi externe lisse
 - **Histologiquement** : revêtement séreux cubique uni stratifié souvent cilié rappelant l'épithélium de la trompe. Pas d'atypies ni de mitoses
 - **Variantes** : cystadénofibrome séreux, papillome séreux
 - **Cystadénome séreux à la limite de la malignité** (tumeur borderline) : bilatéral dans 30 % des cas. Variété tumorale particulière à l'ovaire, ces tumeurs 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
 - **Macroscopiquement** : il s'agit habituellement de tumeurs kystiques, pourvues de végétations endo-kystiques et parfois exo-kystiques
 - **Histologiquement** : les cellules qui bordent la paroi des kystes et les papilles reflètent le caractère proliférant de la lésion. On observe des pluri-stratifications du revêtement épithélial, des touffes faites de cellules épithéliales desquamant dans la lumière du

kyste, des atypies cyto-nucléaires et des mitoses. Il n'existe aucune infiltration du stroma (+++). Dans 20-40 % des cas, la tumeur est associée à des localisations extra-ovariennes, sous forme d'implants péritonéaux. Le pronostic des tumeurs séreuses à la limite de la malignité est très bon

- **Tumeurs séreuses malignes** : ce sont des adénocarcinomes ou des cystadénocarcinome habituellement papillaires.
 - **Macroscopiquement** : ces tumeurs sont souvent bilatérales, volumineuses, partiellement kystiques, tapissées de végétations et fréquemment remaniées par des phénomènes nécrotiques et hémorragiques
 - **Histologiquement** : ce sont des tumeurs infiltrantes ou invasives, pouvant réaliser tous les aspects entre un adénocarcinome bien différencié d'architecture papillaire et une tumeur peu différencié d'architecture où prédomine des secteurs solides
- **Tumeurs mucineuses** : ces tumeurs sont caractérisées par une prolifération de cellules muco-sécrétantes, rappelant l'épithélium endocervical ou intestinal. Elles sont moins fréquentes que les tumeurs séreuses.
 - **Cystadénome mucineux** :
 - **Macroscopiquement** : lésion kystique uni ou multiloculaire, à paroi mince contenant un matériel filant
 - **Histologiquement** : la ou les cavités sont bordées par un revêtement cylindrique uni stratifié régulier muco-sécrétant, ce revêtement est le plus souvent de type endocervical
 - **Tumeurs mucineuses à la limite de la malignité** : elles correspondent au même concept que leurs homologues séreuses. Les papilles nombreuses sont revêtues par des cellules muco-sécrétantes, plus ou moins atypiques, et réalisant de nombreuses touffes desquamant dans la lumière des kystes. Il n'y a pas d'invasion du stroma (+++), comme pour les tumeurs séreuses, les tumeurs mucineuses à la limite de la malignité peuvent s'accompagner d'implants péritonéaux. Le pronostic est bon.
 - **Tumeurs mucineuses malignes** : moins fréquentes que les tumeurs séreuses malignes, les adénocarcinomes et cystadénocarcinome mucineux ne diffèrent en rien macroscopiquement de ceux-ci. Ils réalisent le plus souvent une tumeur mi-kystique, mi-solide, remaniée par des zones de nécrose et d'hémorragie, l'aspect histologique est celui d'une tumeur maligne, infiltrante, muco-sécrétante. Tous les aspects sont possibles entre une tumeur bien différenciée et une prolifération tumorale peu différenciée
- **Tumeurs endométrioides** : cette variété de tumeurs regroupe toutes les tumeurs dont la morphologie ressemble aux tumeurs de l'endomètre. La majorité des tumeurs endométrioides de l'ovaire sont des tumeurs malignes. Ces adénocarcinomes et cystadénocarcinome sont des tumeurs de la femme âgée, elles sont bilatérales dans 30 % des cas
 - **Histologiquement** : la tumeur est identique à un adénocarcinome de l'endomètre. Dans 20 % des cas, il s'y associe un adénocarcinome de l'endomètre
- **Tumeurs indifférenciées** : ce sont des tumeurs malignes épithéliales trop peu différenciées pour permettre de les inclure dans une des variétés précédentes

Tumeurs germinales

- **Tératome mature kystique** : 95 % des tumeurs germinales, est la tumeur bénigne unilatérale la plus fréquente chez la jeune fille
 - **Macroscopiquement** : tumeur kystique contenant un matériel fait de cheveux et de sébum. Dans la cavité bombe une protubérance correspondant souvent à la zone pluritissulaire
 - **Histologiquement** : composé exclusivement de tissus matures, on observe en proportion très variable certains dérivés des trois feuillettes (os, cartilage, intestin, tissu respiratoire, tissu cérébral, thyroïdien...), des remaniements macrophagiques de type corps étrangers sont très fréquents

- **Variantes** : tératome mature solide, tératome mature cancérisé (femme âgée, carcinome épidermoïde le plus souvent)
- **Tératome immature** :
 - **Macroscopiquement** : il s'agit le plus souvent d'une tumeur solide, rarement kystique
 - **Histologiquement** : présence d'un ou de plusieurs tissus immatures (tissu nerveux le plus souvent). Il existe une extension extra-ovarienne dans 30% des cas (implants péritonéaux ou plus rarement métastases ganglionnaires).
- **Tératome mono dermique** : strumes ovariennes (goitre ovarien), tumeur carcinoïde, carcinoïde strumeux

Tumeurs du stroma et des cordons sexuels

- Les tumeurs du stroma et des cordons sexuels représentent 8 % des tumeurs de l'ovaire
- **Fibro-thécome** : est la tumeur bénigne la plus fréquente, survenant à tout âge
- Il existe d'autres types histologiques, mais ils sont très rares

Classification histologique des tumeurs ovariennes

- **Tumeurs épithéliales communes** : tumeurs séreuses, tumeurs mucineuses, tumeurs endométrioïdes, adénocarcinomes à cellules claires, tumeurs de Brenner, tumeurs mixtes épithéliales, carcinomes indifférenciés
- **Tumeurs du mésenchyme et des cordons sexuels** : tumeurs à cellules de la Granulosa et stromales (tumeurs de la Granulosa, tumeur du groupe fibro-thécal), tumeurs de Sertoli-Leydig, tumeur des cordons avec tubules annelés, gynandroblastome
- **Tumeurs germinales** : dysgerminome, tumeur du sinus endodermique, carcinome embryonnaire, poly-embryome, chorio-carcinome, tératome immature, tératome mature, tératome mono-dermique (goitre ovarien, carcinoïde), tumeurs germinales mixtes, tumeurs germinales associées à des éléments du mésenchyme et des cordons sexuels

Diagnostic d'une tumeur ovarienne/d'un kyste de l'ovaire

- Le diagnostic de certitude repose sur l'examen anatomopathologique
- Cliniquement, la lésion est découverte durant un examen gynécologique, une échographie ou devant une symptomatologie (douleur, pesanteur, troubles menstruels...)
- L'imagerie à faire en première intention est l'échographie pelvienne par voie abdominale et endo-vaginale. Plusieurs signes échographiques sont recherchés en faveur de la malignité : grande taille, bilatéralité, végétations, épaisseur de la paroi du kyste, hétérogénéité du contenu, index de résistance au Doppler élevé. Les autres examens (scanner, IRM, marqueurs tumoraux) sont fonction de l'âge de la patiente et des résultats de l'échographie

Points essentiels

- Les tumeurs de l'ovaire sont volontiers kystiques.
- Les kystes de l'ovaire ne sont pas toujours des tumeurs, il y a aussi des kystes dits fonctionnels.
- Il existe trois types histologiques (classification histologique OMS 2003) : tumeurs épithéliales, tumeurs du stroma et des cordons sexuels, tumeurs germinales.
- Les tumeurs épithéliales les plus fréquentes sont le cystadénome séreux (bénin) et l'adénocarcinome séreux (malin).
- La tumeur germinale la plus fréquente au niveau de l'ovaire est le tératome mature (bénin).
- L'imagerie à faire en première intention pour exploration d'une masse ovarienne est l'échographie pelvienne par voie abdominale et endo-vaginale.
- Le diagnostic de certitude repose sur l'examen anatomopathologique.
- Si la lésion apparaît bénigne mais persiste au-delà de trois mois, ou si elle est suspecte, on procède à une coelioscopie pour annexectomie avec examen anatomopathologique (si possible un examen extemporané)