



# ANATOMIE PATHOLOGIE DES TUMEURS DE L'OVAIRE

Pr K. BENAHSENE

Laboratoire d'Ana-Path CHUC

Faculté de Médecine, Université Constantine 3

# Objectifs du cours

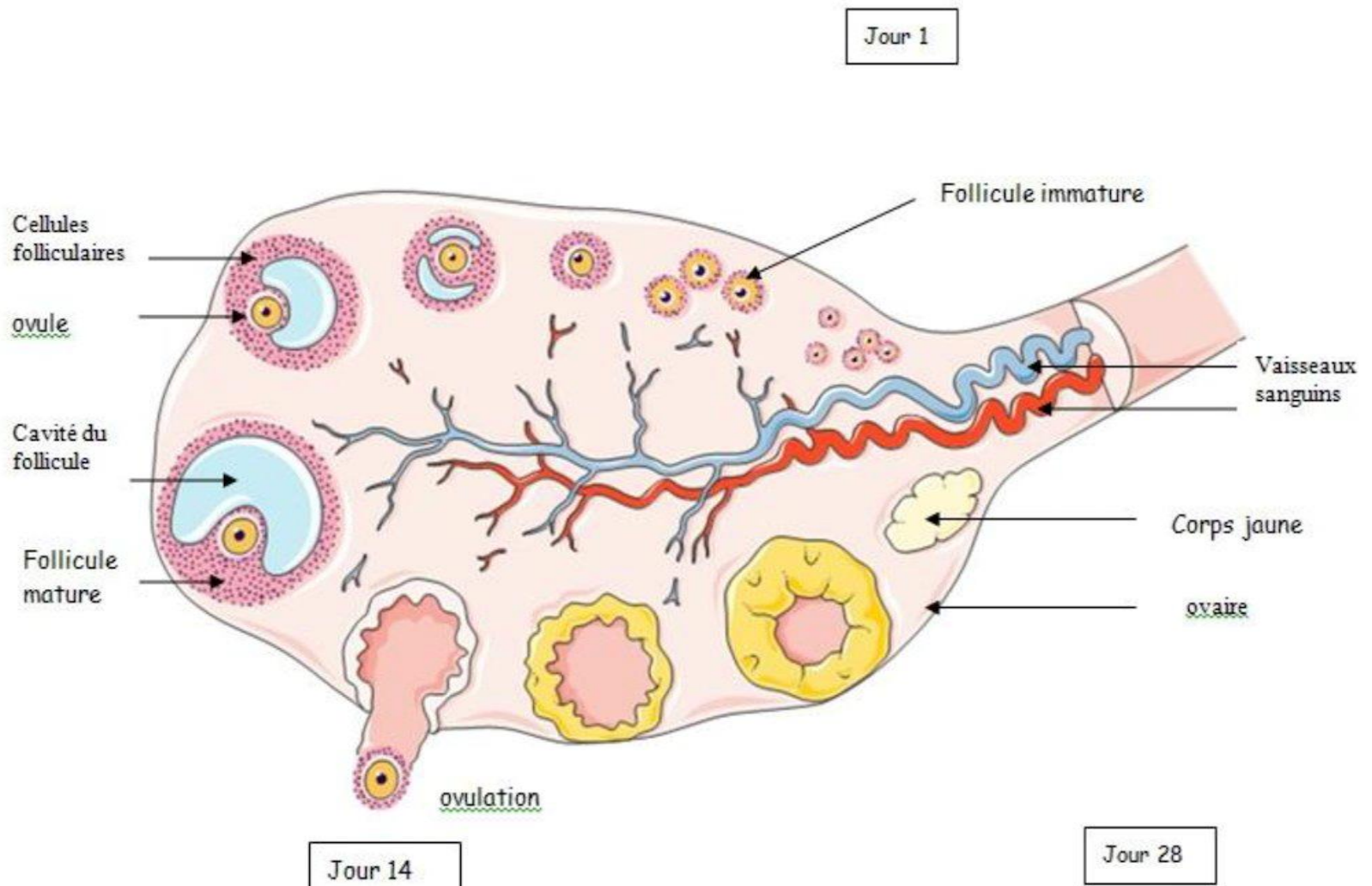
À la fin du cours l'étudiant devra connaître:

- les types les plus fréquents des tumeurs de l'ovaire,
- les aspects macroscopiques particuliers,
- Les aspects histopathologiques ainsi que leurs évolutions.

# INTRODUCTION


- La fréquence relative des cancers de l'ovaire semble actuellement en croissance.
- plus de 2/3 reconnus dgc tardif
- Le cancer de l'ovaire se place au 5ème rang des néoplasies féminines
- 5000 nouveaux cas par an en France avec un pic de fréquence chez les femmes de 60 à 70 ans.
- La troisième cause de décès par cancer chez la femme en France.
- La classification est difficile en raison de la complexité embryologique de la glande : 3 fractions différentes qui s'intriquent les unes aux autres.
- La fraction mésenchymale primitive ou blastème.
- La fraction mésenchymateuse d'origine mésosphérique.
- La fraction germinale.

# Rappel histologique





# Manifestations Cliniques


- Tardives
  - Signes de compression
  - Signes fonctionnels si la tumeur est hormono-sécrétante.
- 

# Facteurs de risques familiaux et génétiques

- Les tumeurs familiales : âge de survenue plus jeune prédominance des tumeurs de type séreux. (90-97%).
- gène BRCA1 augmente le risque de développer un cancer du sein et de l'ovaire. ( 3 syndromes: seins-ovaires, Lnych II, Putz Jeghers
- Antécédents familiaux de cancer de l'ovaire.
- Antécédents personnels de cancer du sein.
- La nulliparité.
- Les facteurs protecteurs seraient : la prise de contraceptifs oraux, l'alimentation riche en végétaux, l'allaitement maternel.

# Classification histologique des tumeurs de l'ovaire, OMS 2003

- Les tumeurs de l'ovaire sont volontiers kystiques.
- Il existe aussi des kystes dits fonctionnels (follicule ovarien ou le corps jaunes forment des kystes).

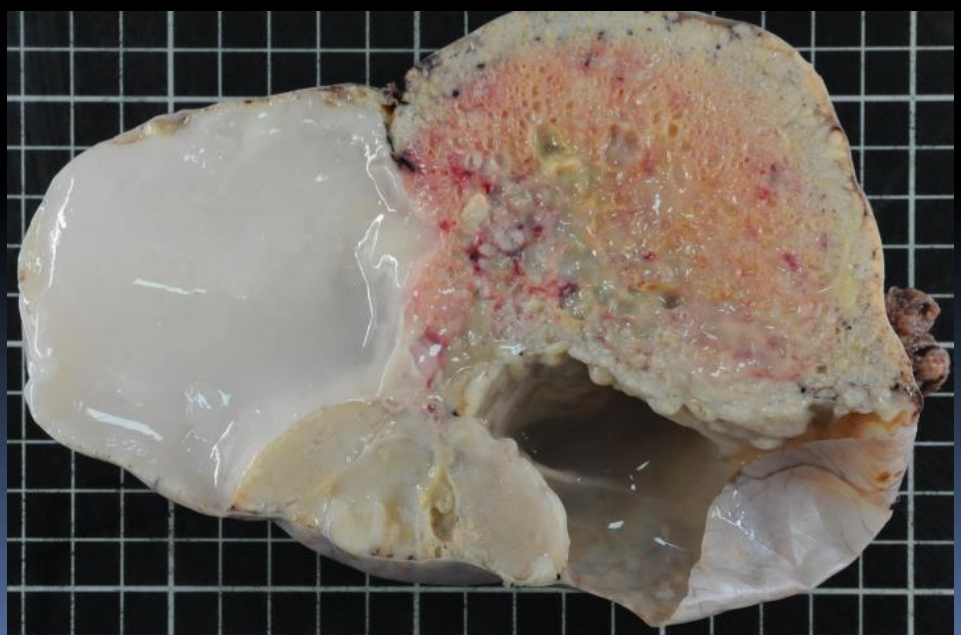
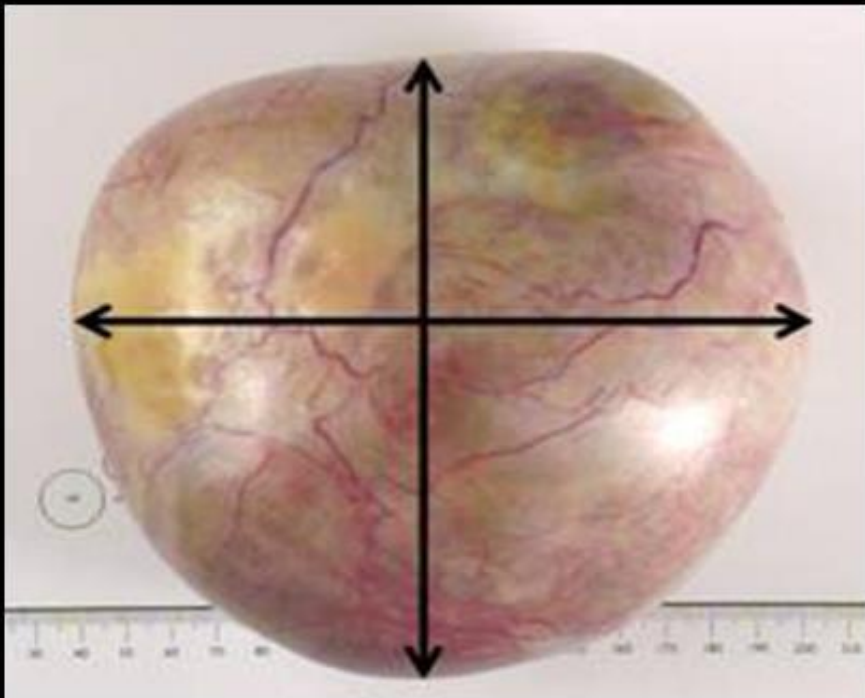
- 
- **3 types histologiques:**
    - **les tumeurs épithéliales ;**
    - **les tumeurs du stroma et des cordons sexuels (cellules spécialisées hormono-sécrétantes) ;**
    - **Les tumeurs germinales dérivant de l'ovocyte.**



Origine	Cellule épithéliale	Cellule germinale (ovocyte)	Stroma-cordons sexuels	Méta
(% des tumeurs)	65-70 %	15-20 %	5-10 %	5 %
Âge habituel	+ de 20 ans	0-20 ans	Tout âge	
Sous-types	-Séreuse -Mucineuse Endométrioïde -Cellules claires -Brenner -Carcinomes indifférencié	- Tératome mature/immature - Dysgerminome - Tumeur du sinus endodermique Choriocarcinome	-fibrome/fibrothécome -la granulosa -Tumeurs à cellules de Leydig/Sertoli	
% Tms malignes	90 %	3-5 %	2-3 %	

# I. Tumeurs épithéliales :

1. **Les tumeurs séreuses** : épithélium rappelant celui de la trompe ou celui de surface de l'ovaire.
  - Les tumeurs séreuses bénignes et malignes: 20 et 50% de l'ensemble des tumeurs de l'ovaire.
  - **Macroscopie** : volumineuses. La paroi est mince souple et translucide ; lisse ou hérissée de végétations. Le contenu est liquide citrin ou trouble, parfois hémorragique



## **Microscopie :**

### **a) Le cystadénome séreux :**

Bordé d'un épithélium rappelant l'épithélium tubaire ; Le plus souvent uni stratifié, avec la présence de calcifications.

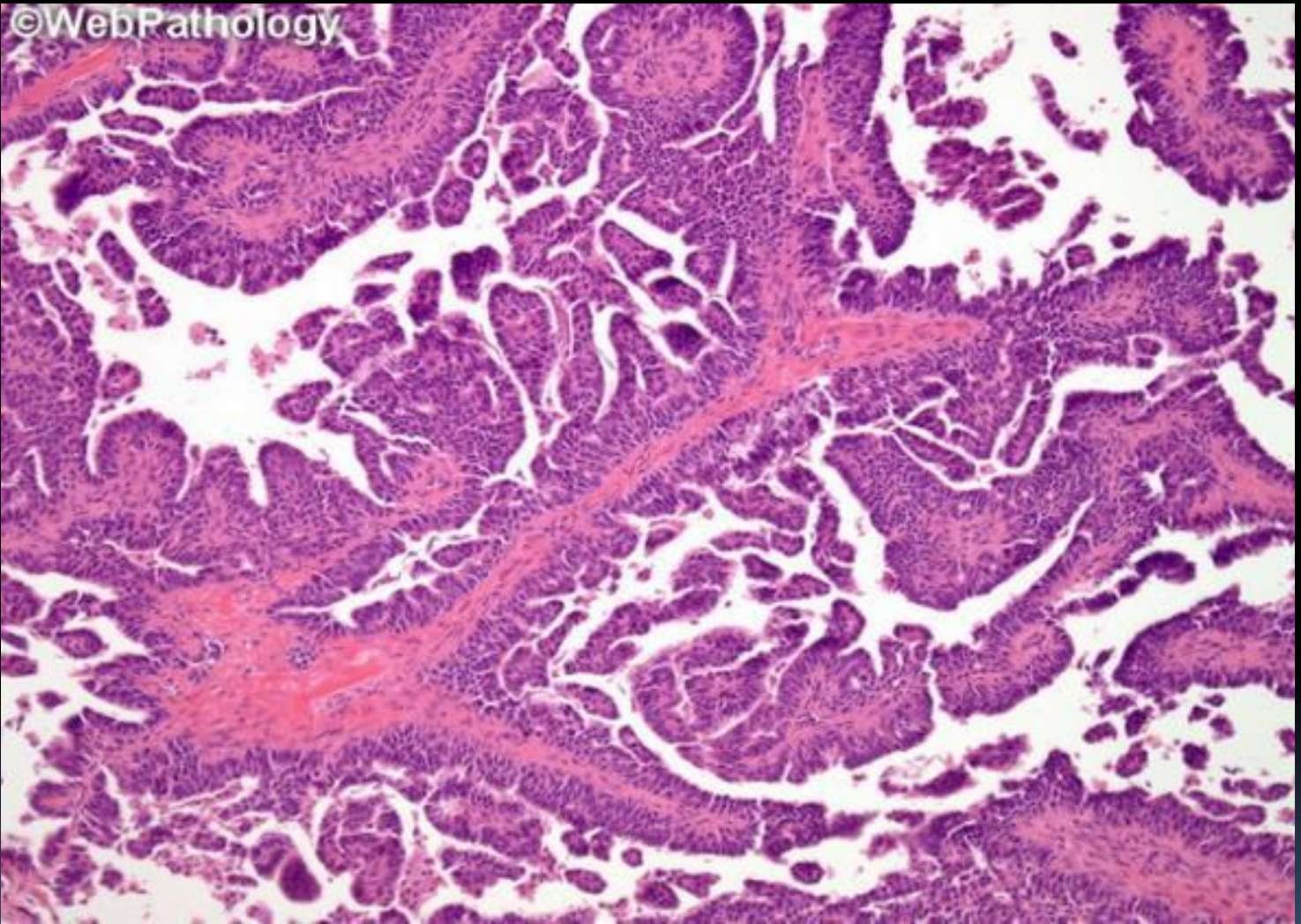
### **b) Le cystadénocarcinome séreux :**

Multiloculaire avec des zones hémorragiques et nécrotiques. L'épithélium pluristratifié, formant des papilles envahissant le stroma. Les noyaux sont hyperchromatiques et mitotiques.

**c) Les lésions frontières ou border line :** dgc incertain forment des papilles tapissées par des cellules empilées et pluristratifiées. Les mitoses sont rares, le stroma reste indemne.

- **Extension :** Une diffusion extra ovarienne peut être observée dans les tumeurs border line (25% des cas)

©WebPathology



## 2- Les tumeurs mucoïdes : aussi fréquentes que les tumeurs séreuses.

- Les tumeurs malignes représentent 10%, et les tumeurs bénignes 20%.
- **Macroscopie :**
- Toujours kystiques présentant à l'ouverture présence d'une substance glaireuse, collante et visqueuse, souvent transparente.
- La présence de végétations surtout interne de la nécrose et de l'hémorragie est en faveur de la malignité.

- **Microscopie :**

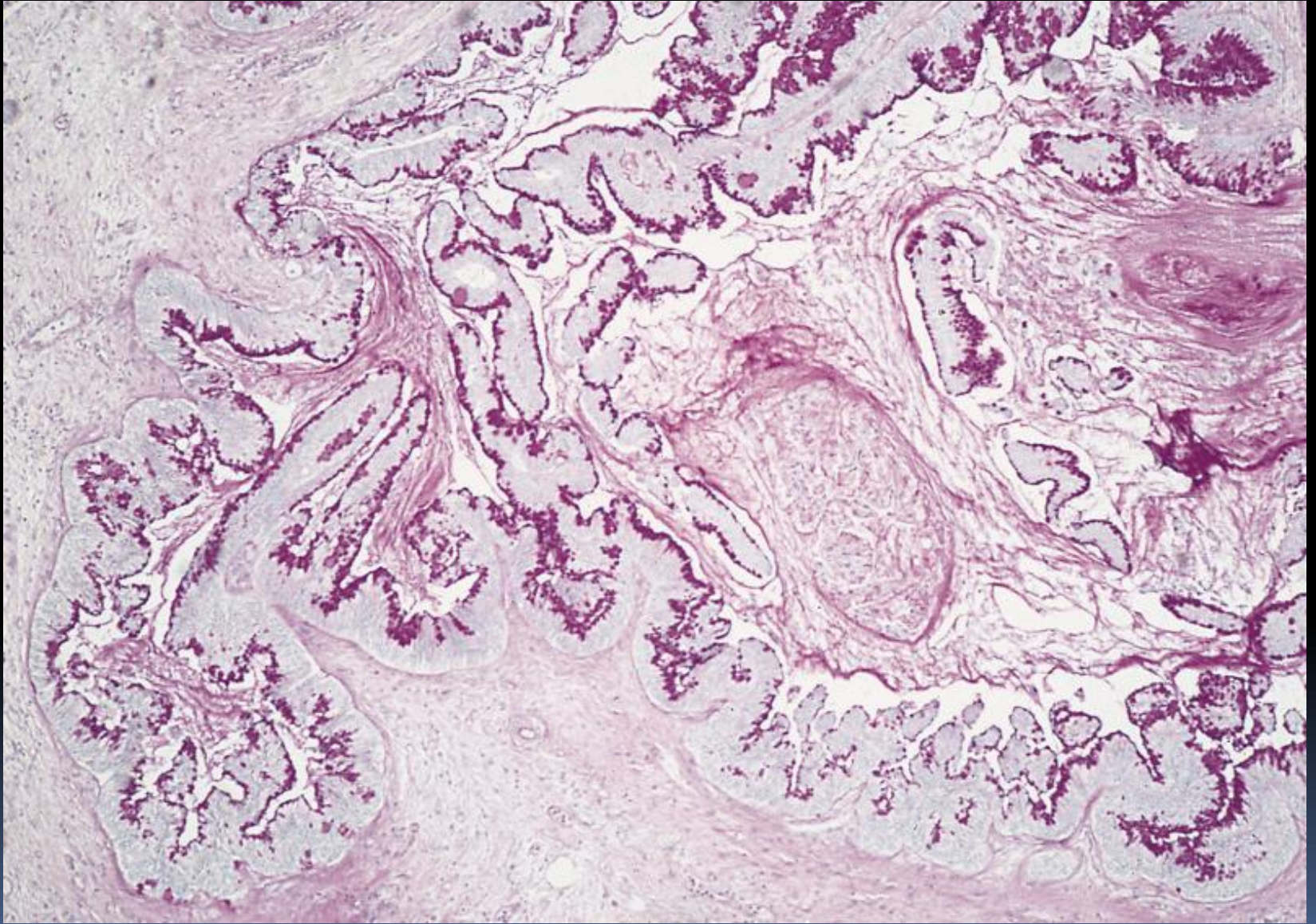
a) **Le cystadénome mucineux :** épithélium est uni stratifié, identique à celui de l'endocol, fait de cellules régulières.

b) **Le cystadénocarcinome mucineux :**

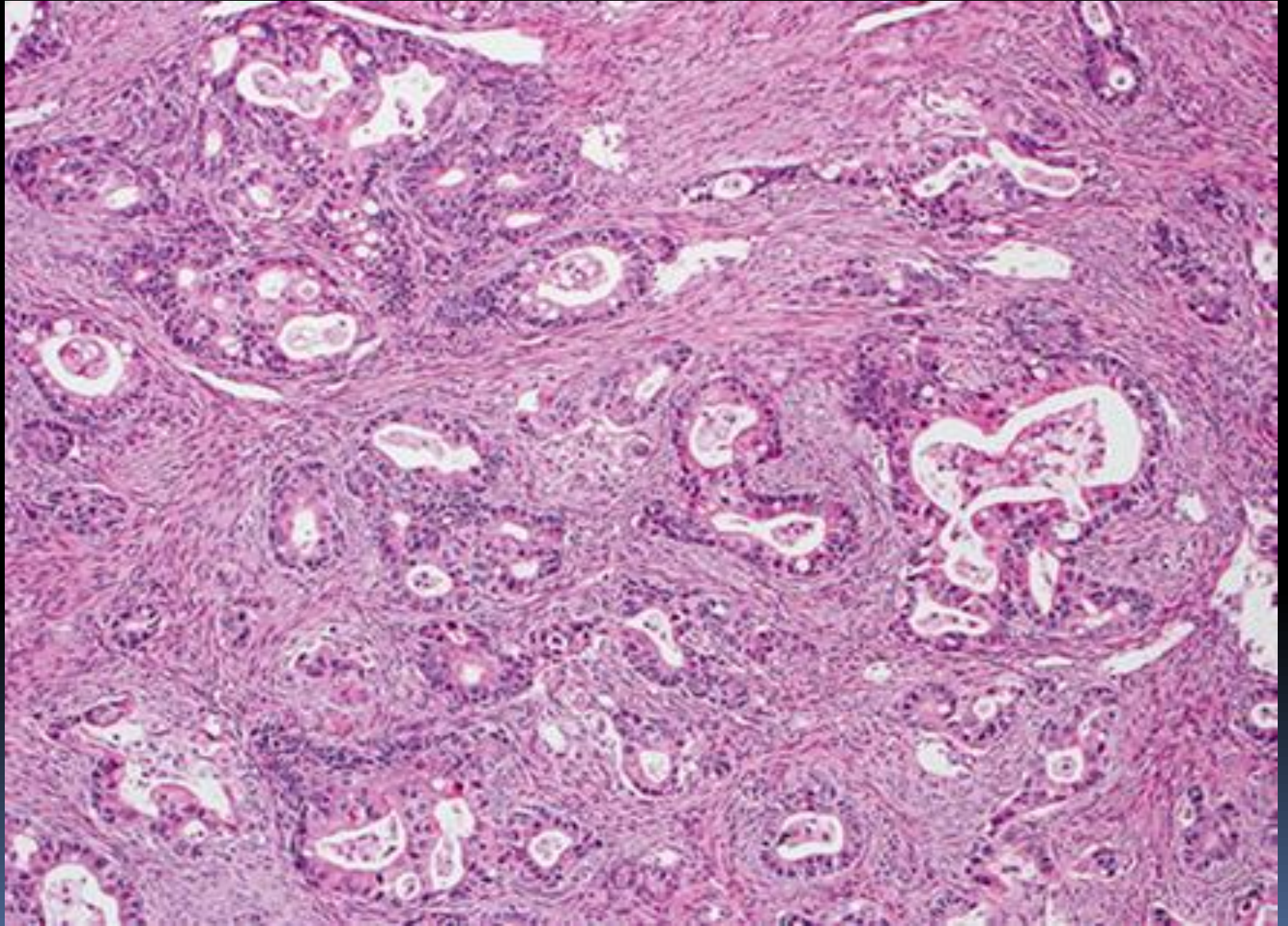
pluri stratification de l'épithélium, envahissement du stroma. Les mitoses sont nombreuses avec nécrose et hémorragie.

- **c) Les lésions frontières ou border line :**

La pluri stratification existe avec perte du pouvoir sécrétoire des cellules, mais sans envahissement du stroma





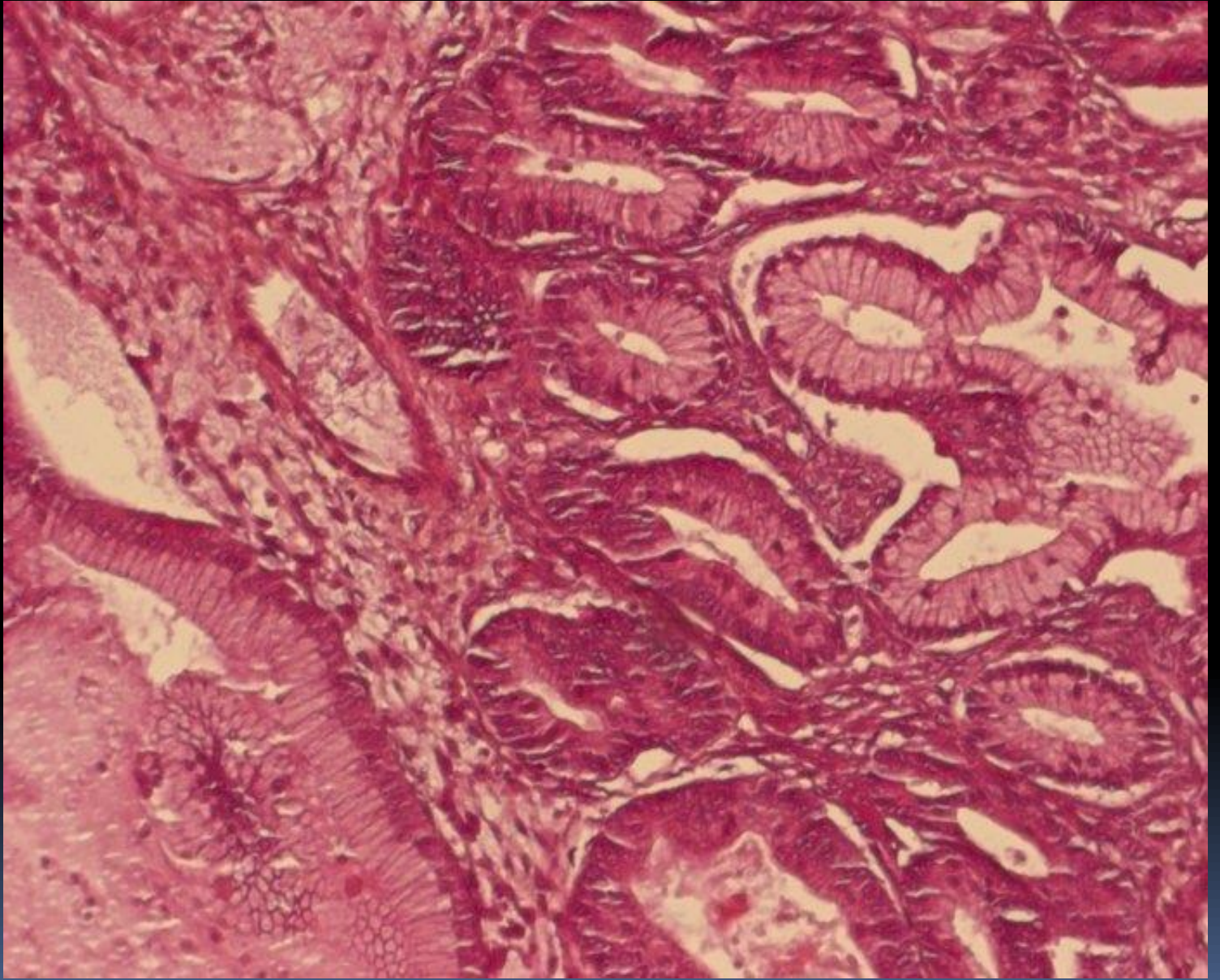


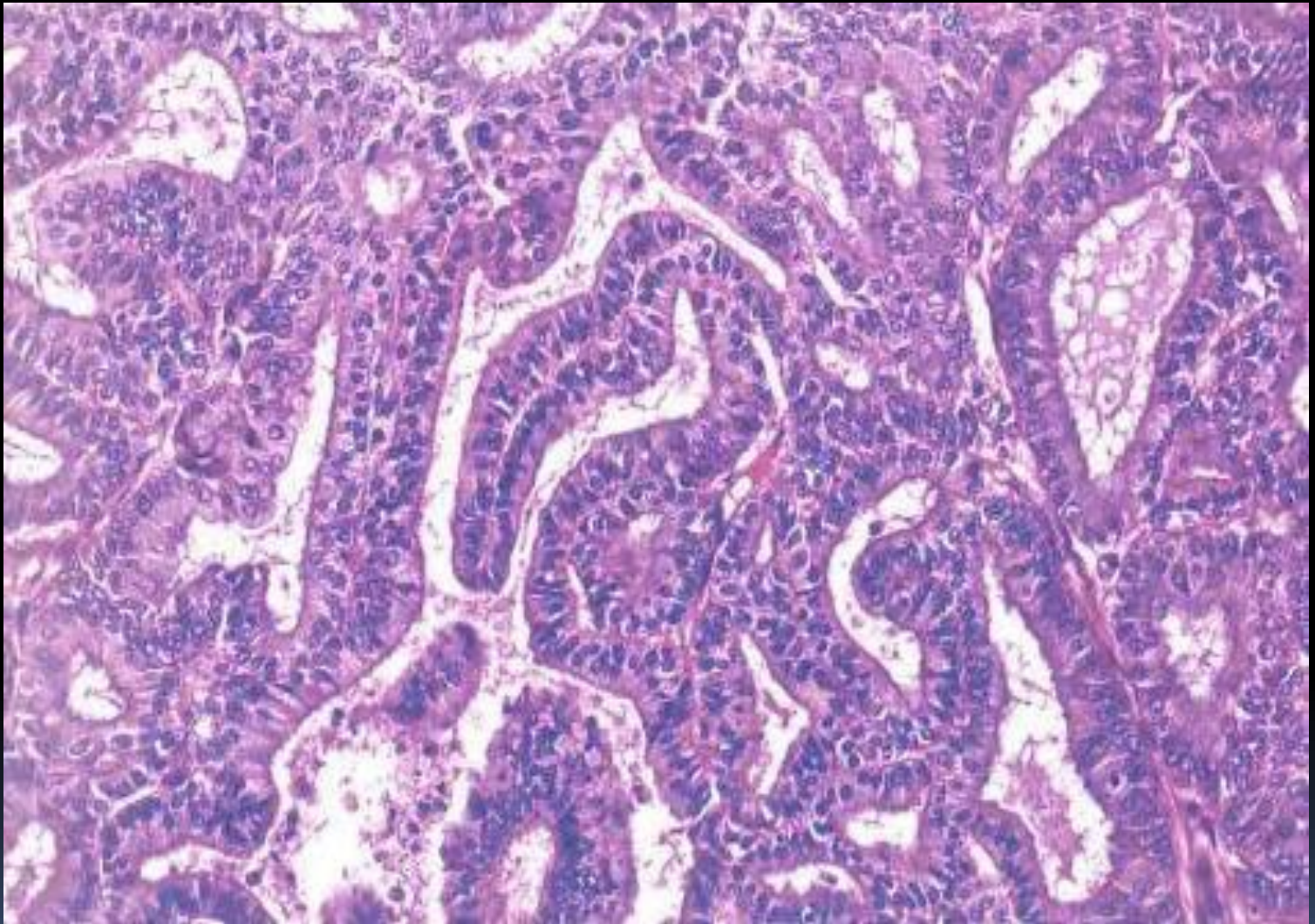
### 3-Les tumeurs endométrioïdes :

caractères macro et micro d'une ou de plusieurs formes typiques des cancers endométriaux.

Association avec un contingent de cellules malpighiennes dans 30% des cas ; bénin (adénoacanthome) ou malin (adénosquameux).

- Le pc est meilleurs que celui des autres formes de carcinomes ovariens

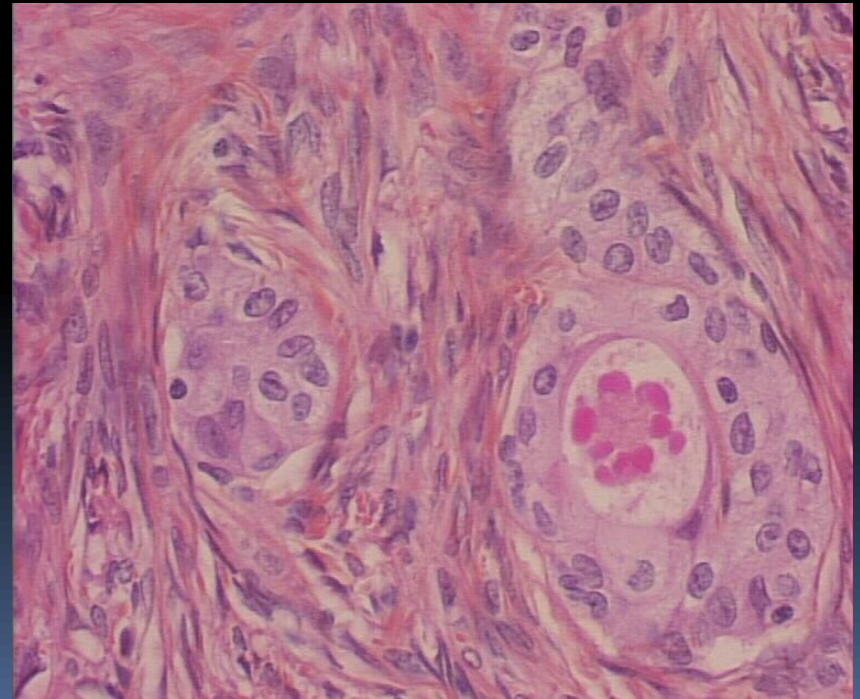
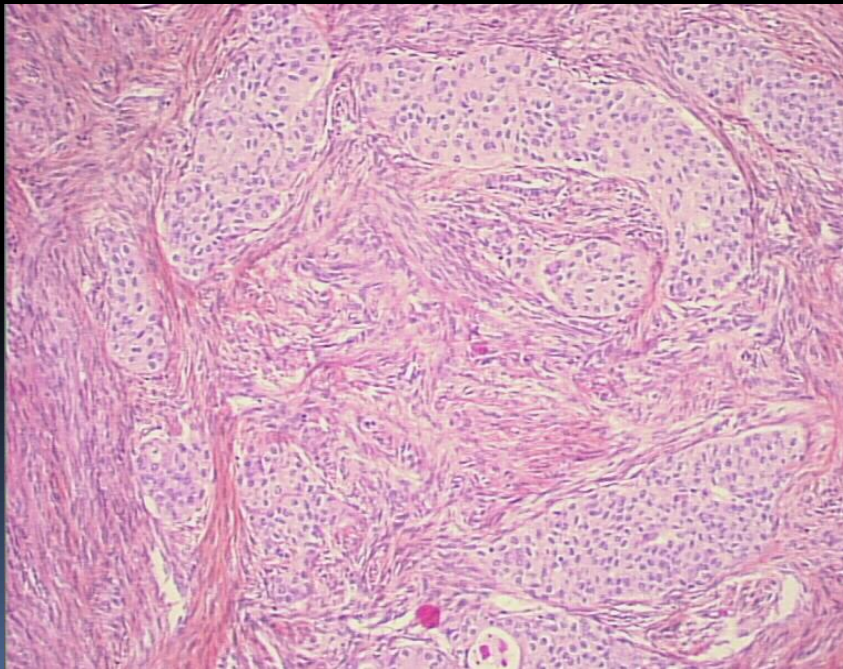




Le mésonéphrome vrai de l'ovaire 40 et 70 ans (âge moyen : 53 ans) 5% des tumeurs malignes de l'ovaire ; cellules claires contenant du glycogène bordant des petits kystes et des tubules

**Tumeur de Brenner** : chez l'adulte découverte fortuite. 2% sont malignes.

- **Macroscopie** : Généralement unilat, gris blanchâtre /jaune, bien limitée.
- **Microscopie** : nids de cellules d'allure para malpighienne à noyau ovale, comportant une rainure longitudinale.



## Le carcinome embryonnaire: vers 15 ans

- Représente environ 4% des tumeurs germinales. Des signes hormonaux de puberté précoce sont observés dans 60% des cas.

- **Macroscopie :**

Tumeur volumineuse d'environ 17cm de diamètre.

- **Microscopie :**

constitué d'éléments provenant des feuilletts ecto, méso et endoblastique donnant des structures en rosettes ou des pseudo papillaires.

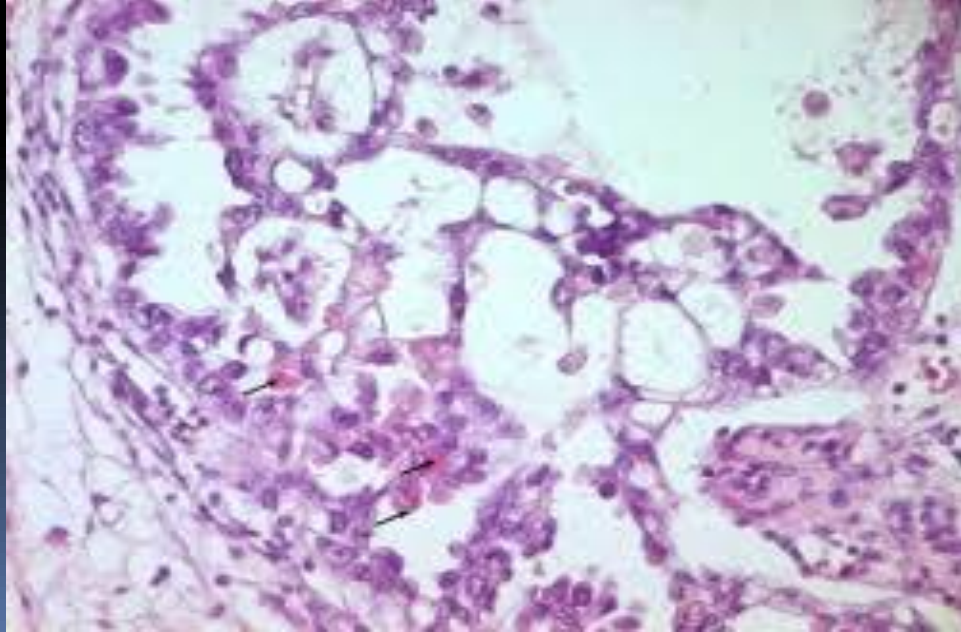
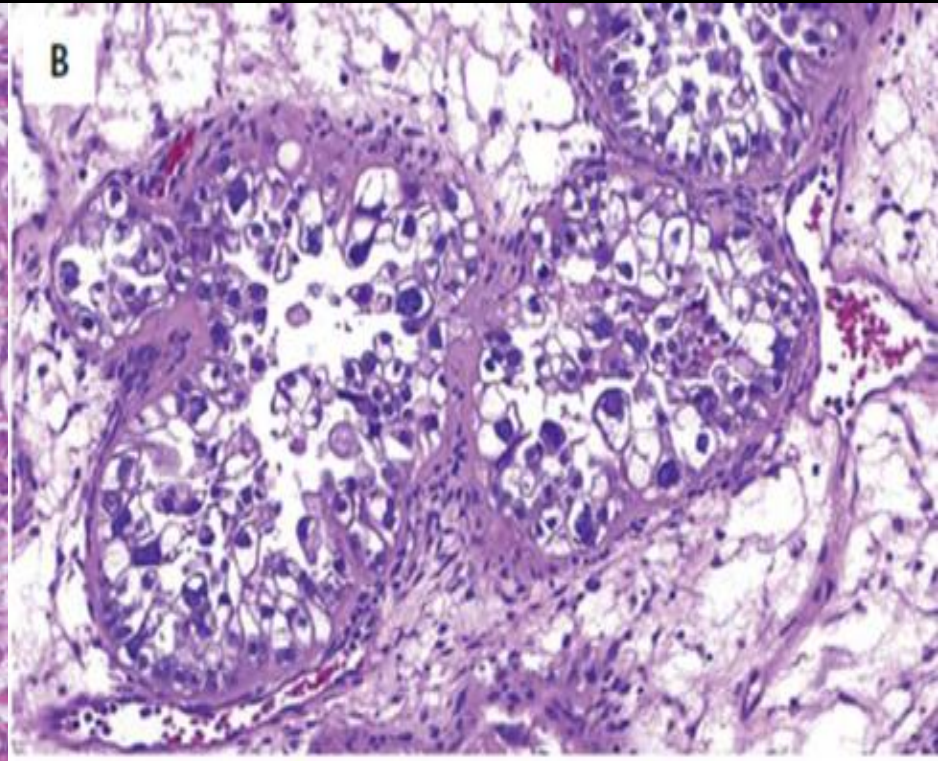
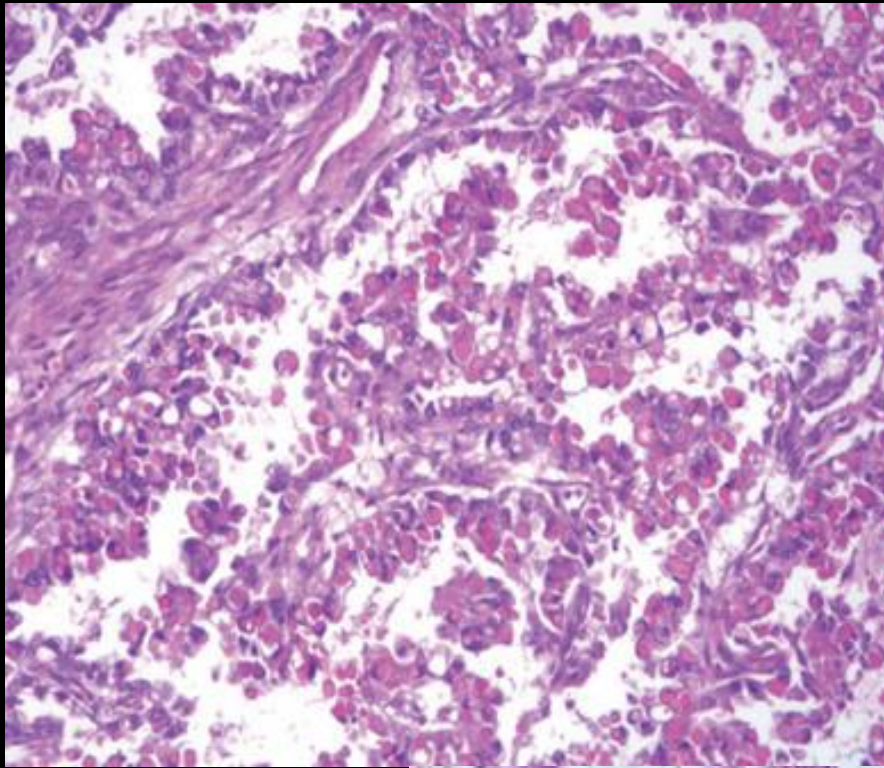
## II. Les tumeurs germinales

**1- La tumeur vitelline:** 16 et 30 ans, + rarement chez la fillette. métrorragies, des douleurs abdominales, des signes de compressions.

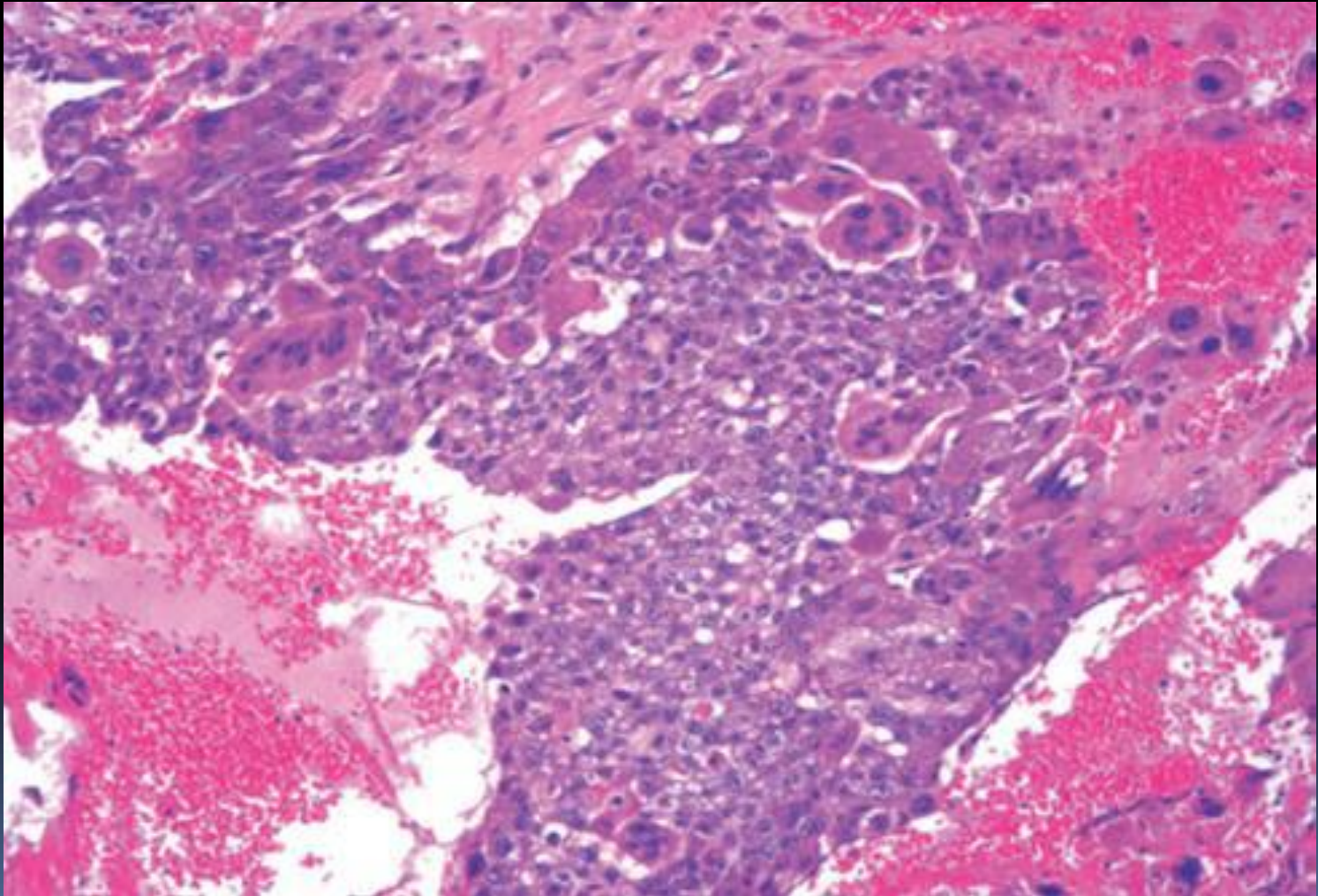
**Macroscopie :** masse ferme avec des zones kystiques et des végétations à la surface.

**Microscopie :** aspect intriqué, Plages de tissus faits de larges mailles. Formations micro kystiques et papillaires. cellules ont un noyau en clou de charpentier.





## 2- Le choriocarcinome primitif non gestationnel: Tm rare



### 3- les kystes dermoïdes de l'ovaire et les tératomes.

- Fréquent et bénin, constitue 20% des tms de l'ovaire chez l'adulte et 50% des tms chez la fillette. L'âge moy : 20 à 30 ans.
- douleurs, un gonflement abdominal, des métrorragies ; découverte fortuite dans 15% des cas.

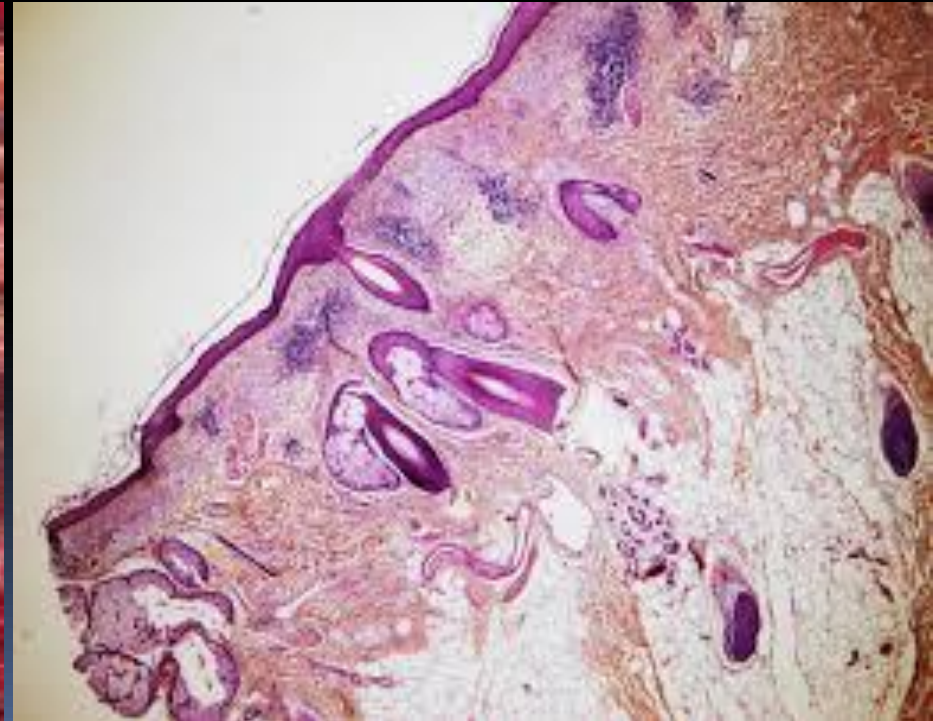
- **Macroscopie :**

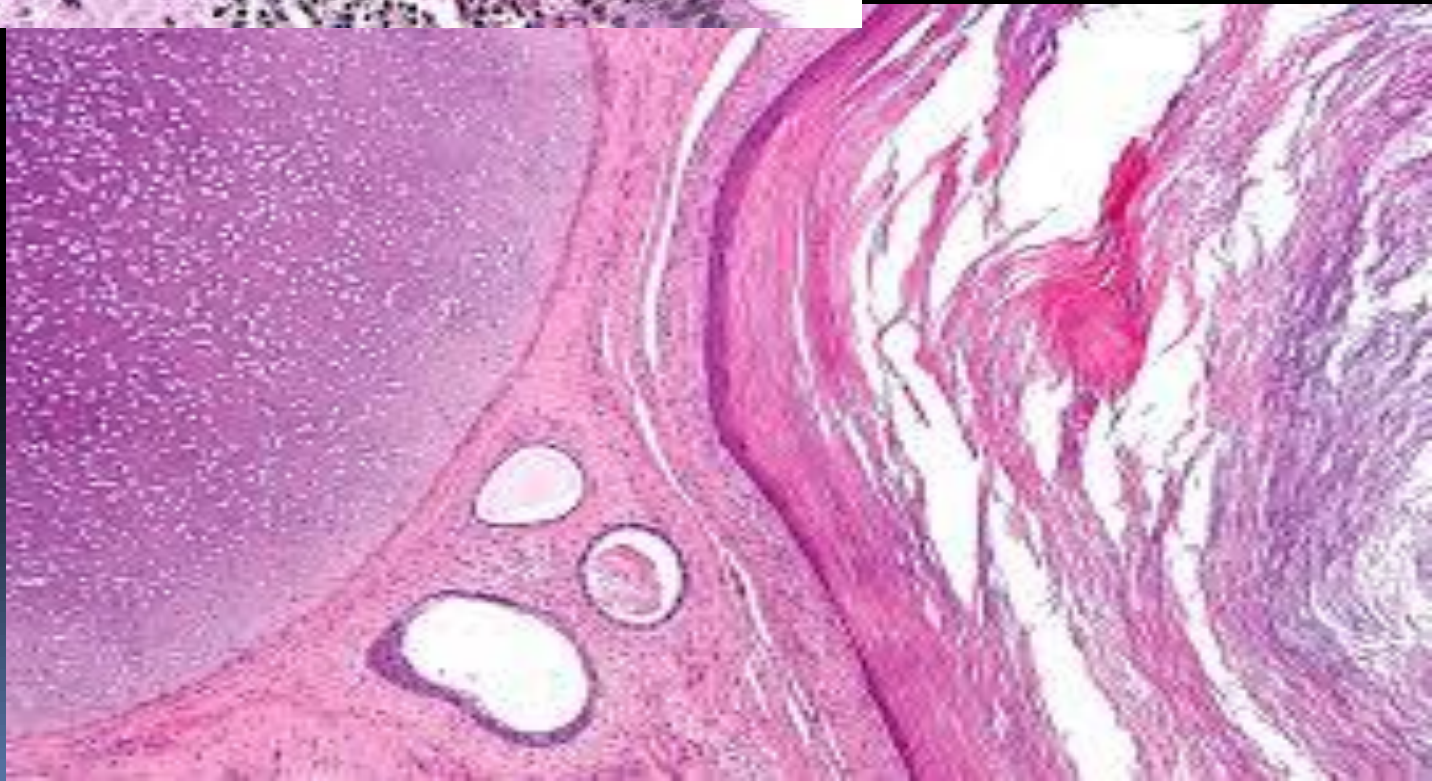
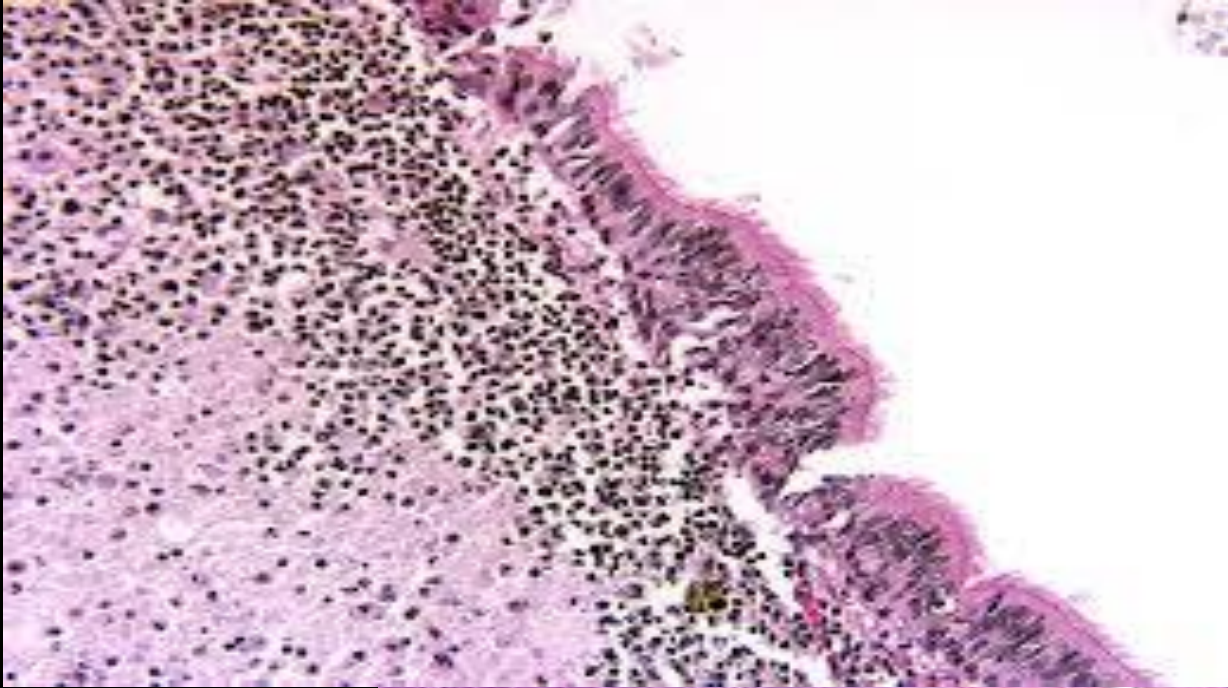
Kyste à surface molle brillante et rénitente. A l'ouverture aspect multiloculaire, mélange de substance sébacé, de nécrose, de poils, d'os, des dents...etc.



## Microscopie :

surtout une peau avec des annexes pilo-sébacés, mais également du tissu conjonctif, des fibres de collagènes, musculaires lisses, cartilage, l'os, tissu du SNC, nerfs, ganglions, muq intestinale, respiratoire ...etc





4- **térato carcinome** : mélange +/- égal de tissus adultes et de tissus foetaux.

- **Macroscopie** : Tumeur volumineuse ferme avec des zones de ramollissements.

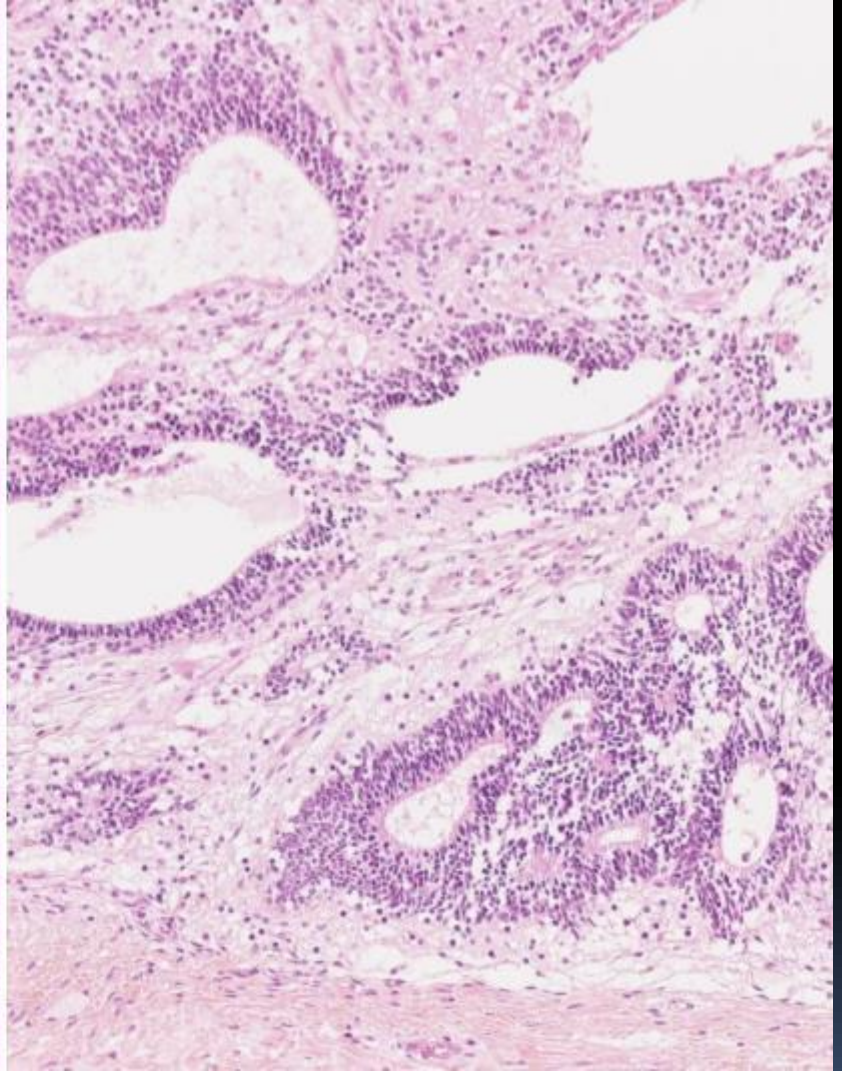
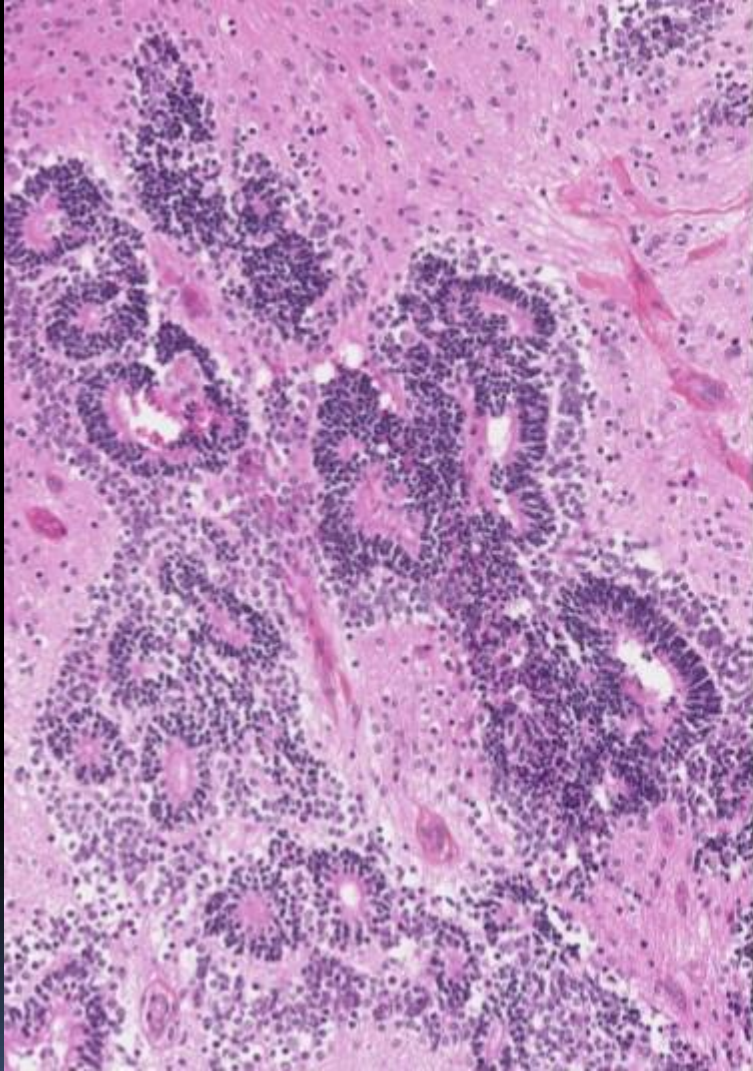
A la coupe l'aspect est variable avec des zones rouges d'hémorragies et des zones jaunes de nécrose, des plages dures cartilagineuses ou osseuses et parfois des poils et du sébum.

- **Microscopie** :

Tissus adultes comme pour les tératomes matures.

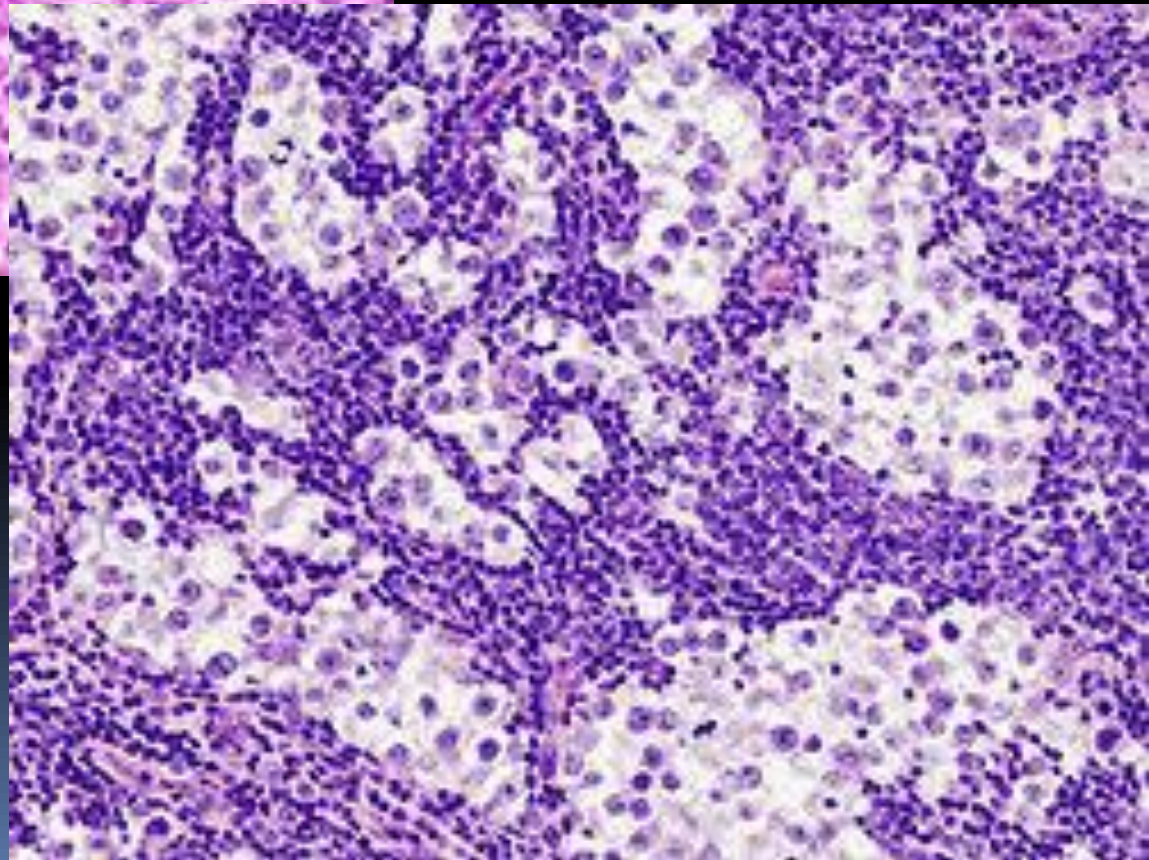
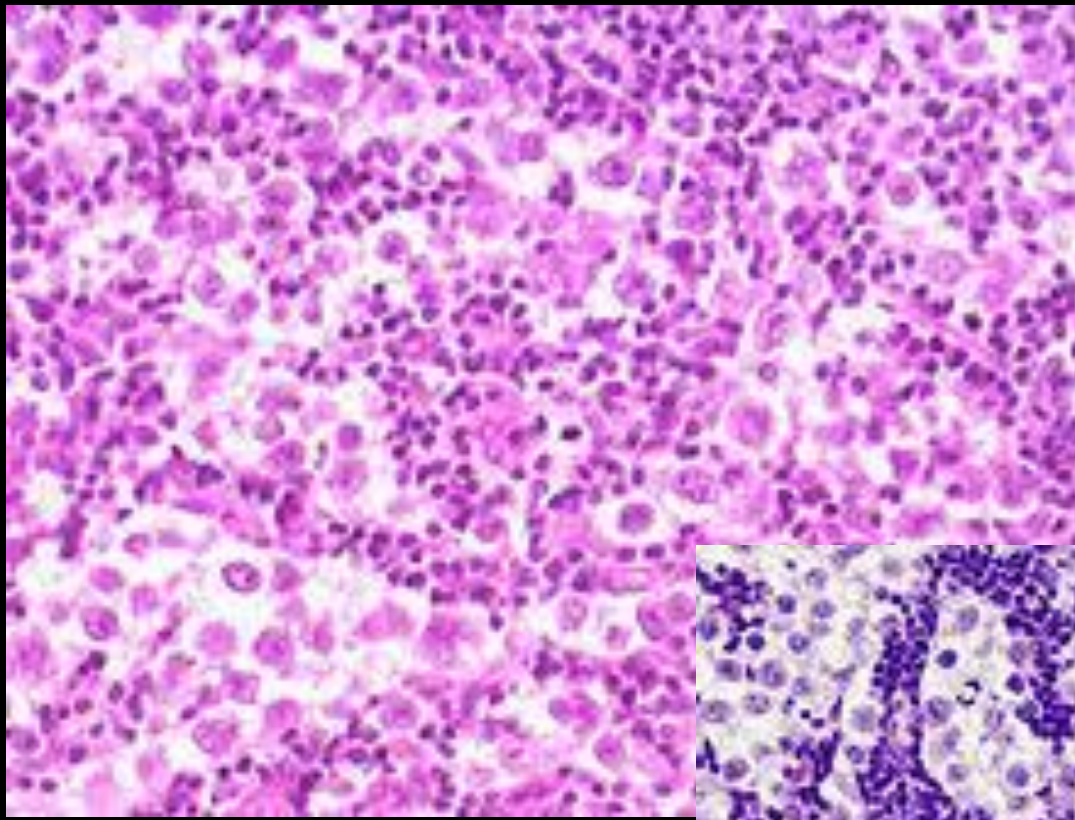
Tissus immatures : de type chondroïde ou neuro-épithélial.

- **Pronostic** : Il dépend de la prédominance du tissu adulte ou immature.

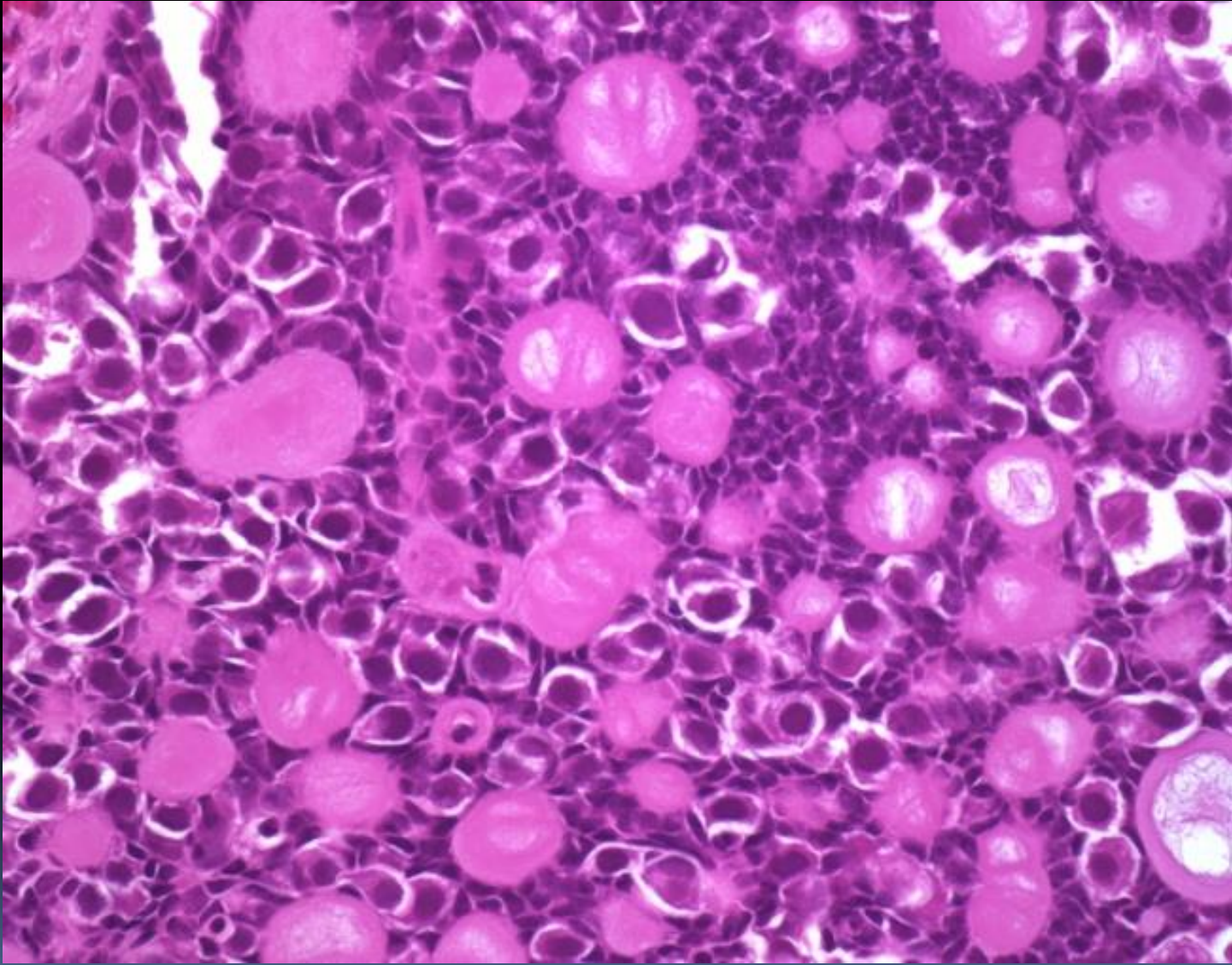




- **Les dysgerminome** : jeune femme de - 30 ans. L'âge moyen de 21 ans.
- **Macroscopie** : taille modérée, bien encapsulée, de consistance rénitente. A la coupe aspect blanchâtre avec des plages de nécrose et d'hémorragie.
- **Microscopie** : nappes et travées de cellules polyédriques ou arrondies. Les mitoses sont nombreuses. Le stroma comporte un important infiltrat lymphocytaire.
- **Pronostic** : il dépend de l'effraction de la capsule, de l'importance de l'infiltrat lymphocytaire et de nombreuses mitoses.



- **Le gonadoblastome :**  
Tm bénigne, traduit par un pseudo hermaphrodisme mâle, avec une chromatine sexuelle positive.
- **Macroscopie :** encapsulée, grise lisse et luisante, dure avec des granulations calcifiées, décelable à la radio.
- **Microscopie :** structure complexe. La plus grande partie de la population évoque un séminome, associée à des cellules plus petites disposées en couronne avec présence de volumineuses calcifications.
- **Evolution :** Tumeur bénigne qu'il faut enlever rapidement pour éviter le risque de tumeurs



# Tumeurs du stroma et des cordons sexuels

**1-Tumeurs du groupe fibro-thécal :** le fibrome et le thécome typique. chez la femme ménopausée, de très bon pc.

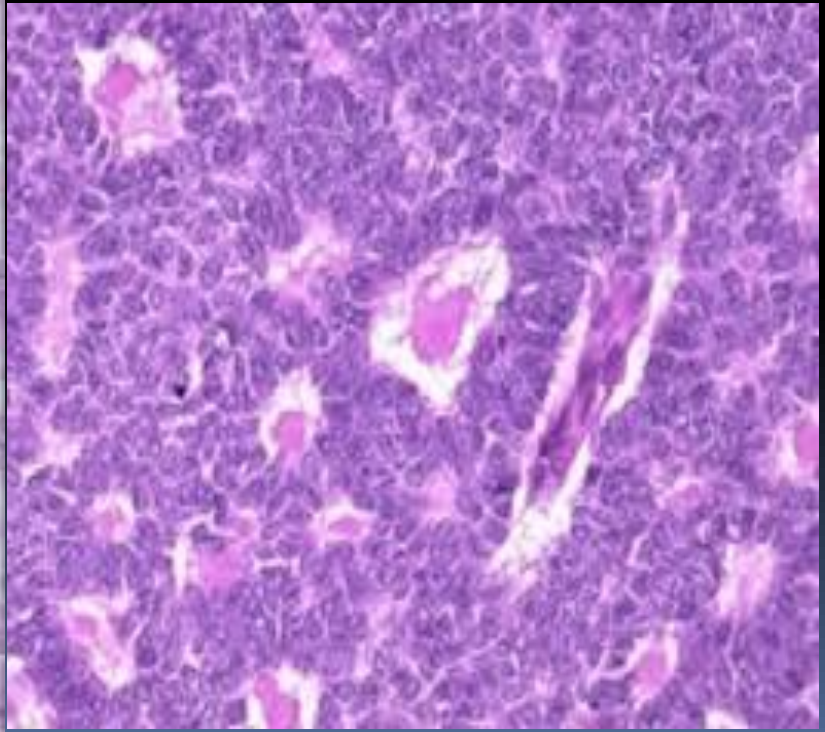
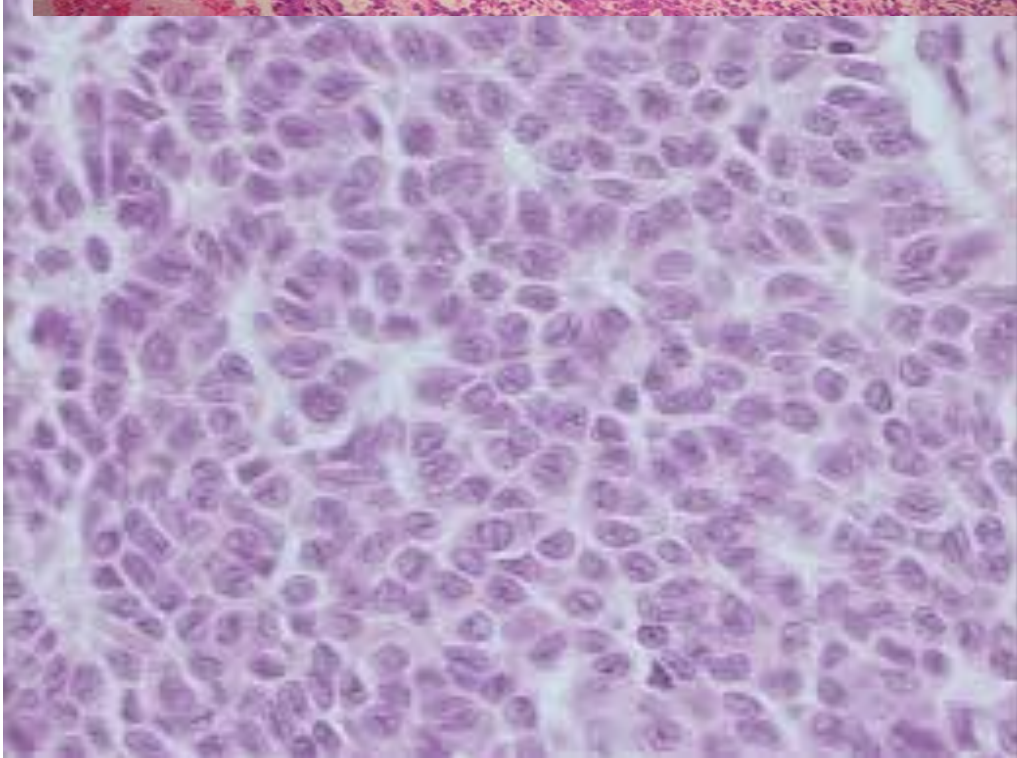
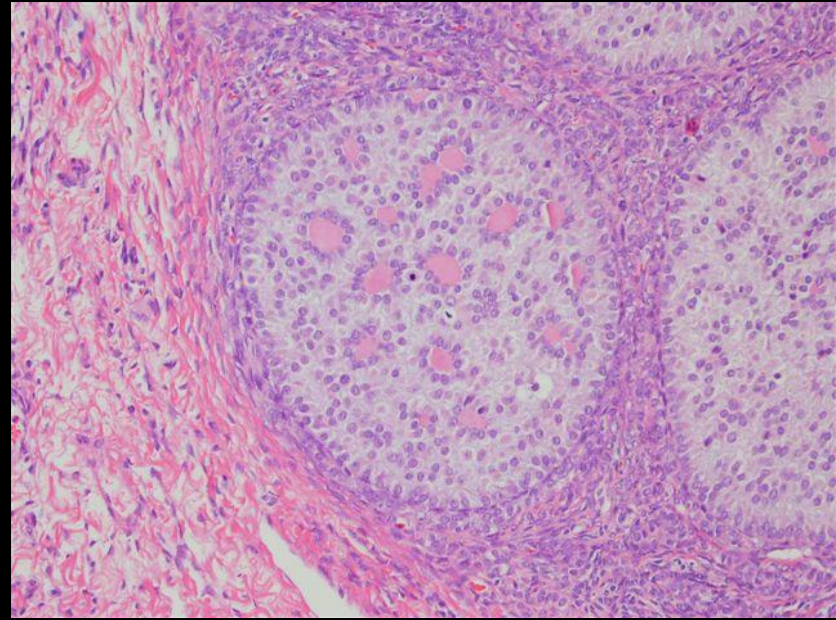
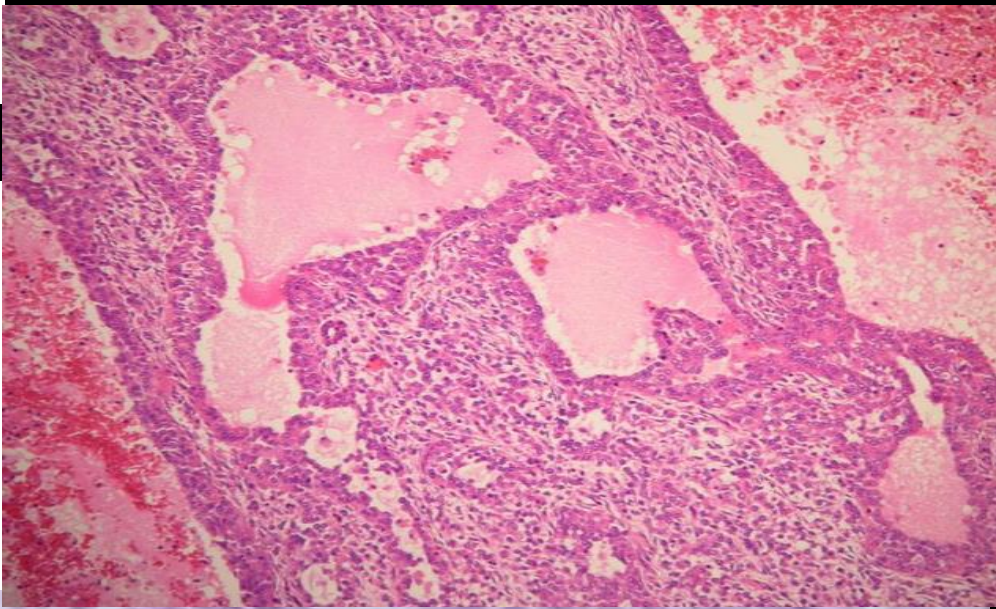
a- fibrome


**b- Le thécome typique**

- **Macroscopie :**
- Tumeur unilatérale, solide, jaunâtre, parfois blanchâtre.
- **Microscopie :** cellules spumeuses, chargées en lipides, en faisceaux anastomosés et tourbillonnants, séparés par des plages conjonctives

**2- Tumeurs à cellules granuleuse ou de la granulosa :**  
2 à 3% . 45 et 55 ans. Le 1/3 en période pré ménop.  
Le reste après la ménopause. 75% des tumeurs s'accompagnent de signes d'hyperoestrogénie.

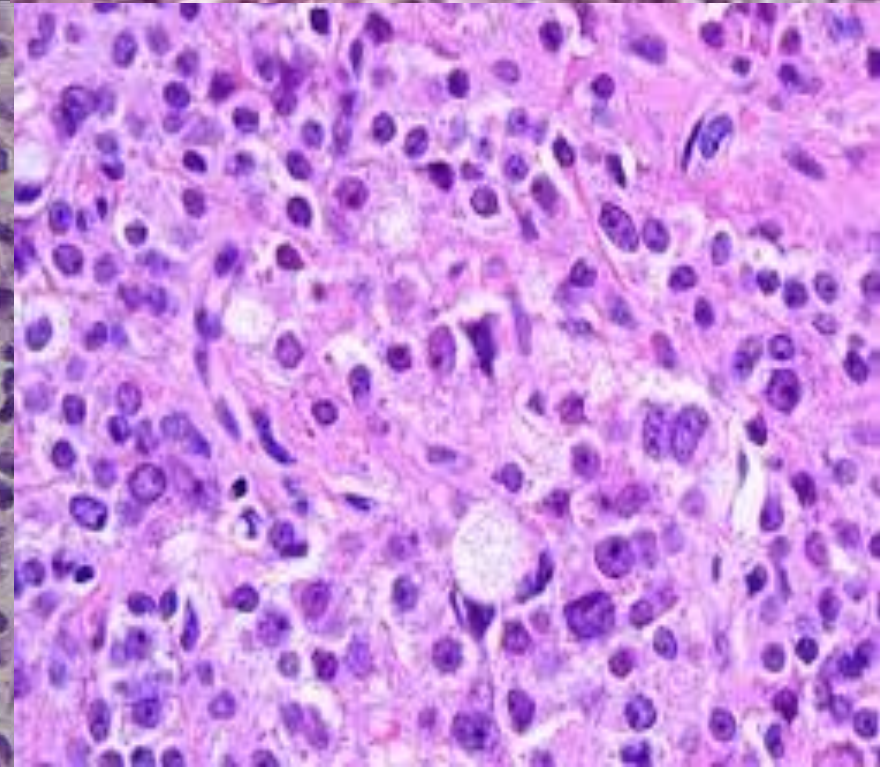
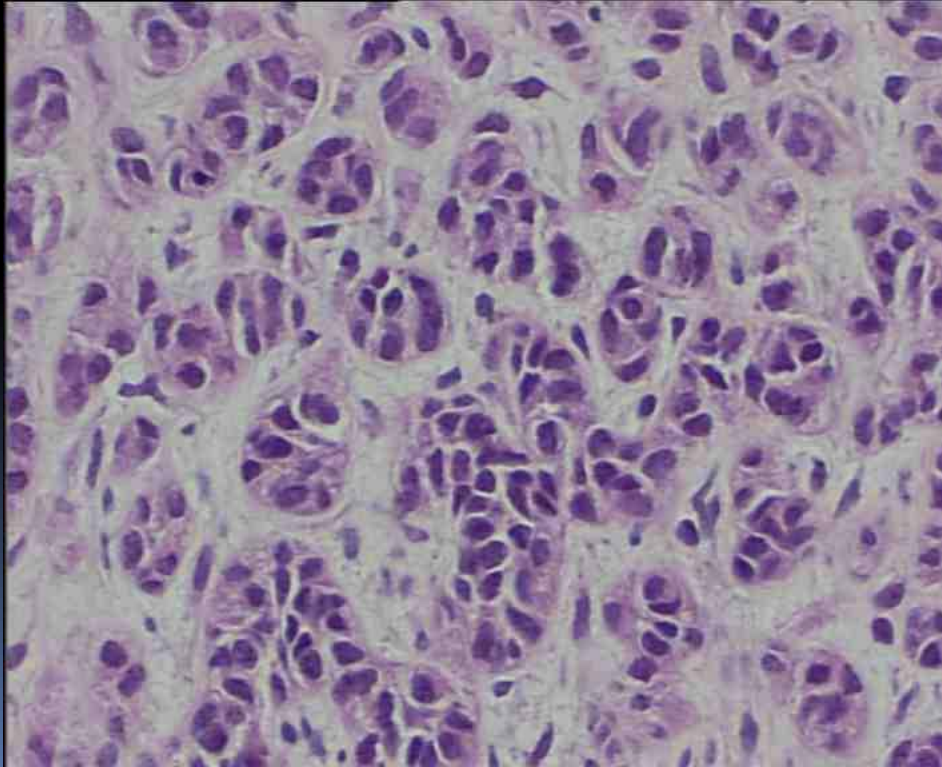
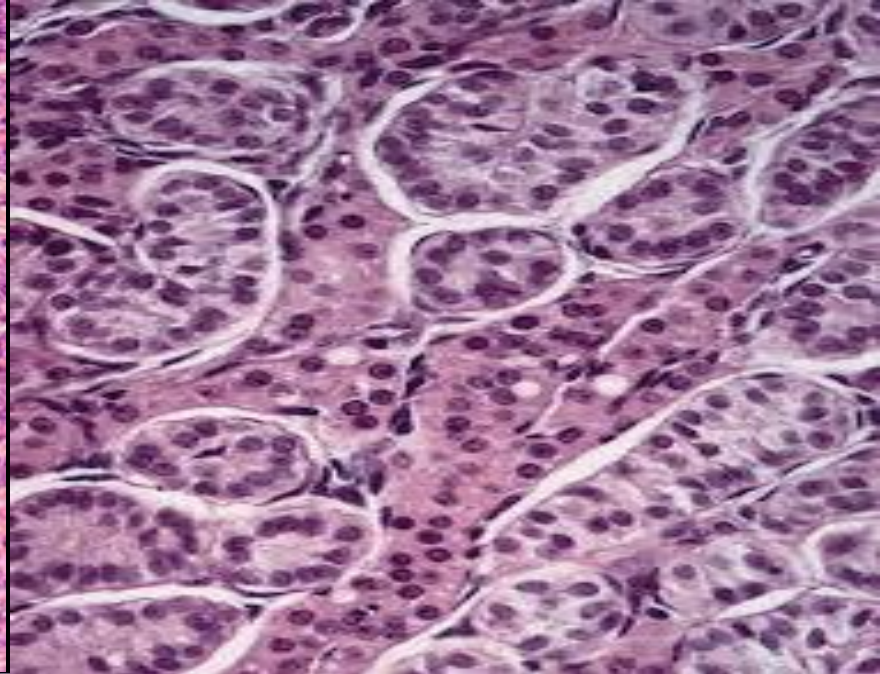
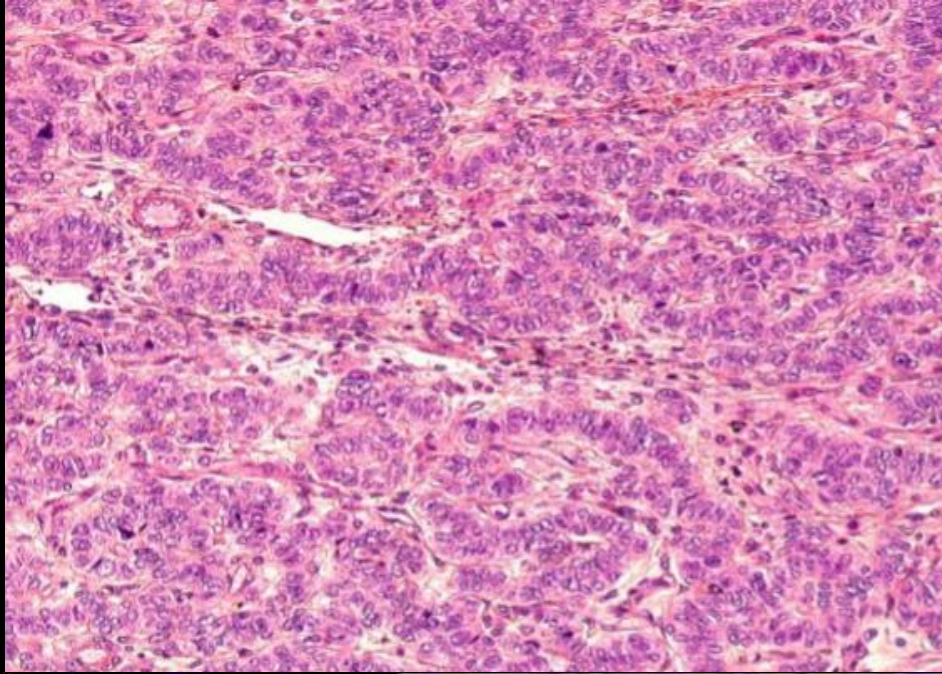
- **Macroscopie :** le plus souvent encapsulée. Elle peut être solides kystiques ou les 02 à la fois.
- **Microscopie :** grande variété de structures : Aspect folliculaire ; Insulaire ; Trabéculaire ; Diffus ; Sarcomatoïde.
- L'image caractéristique est le corps de Call Exner
- **Extension et pronostic :** peut récidiver dans 1/3 des cas.
- L'extension extra ovarienne avec rupture capsulaire serait le facteur le plus péjoratif.
- La taille constitue un important facteur pronostic ;



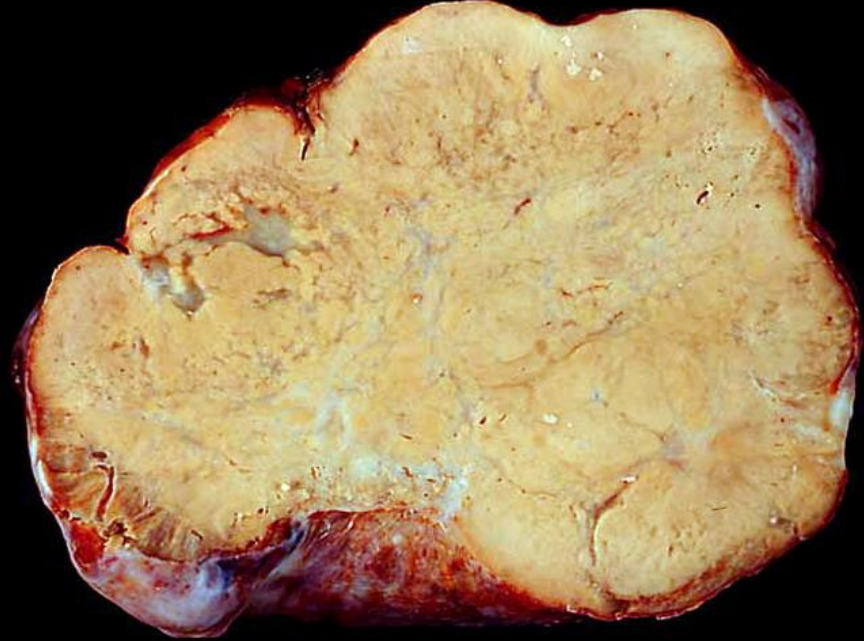
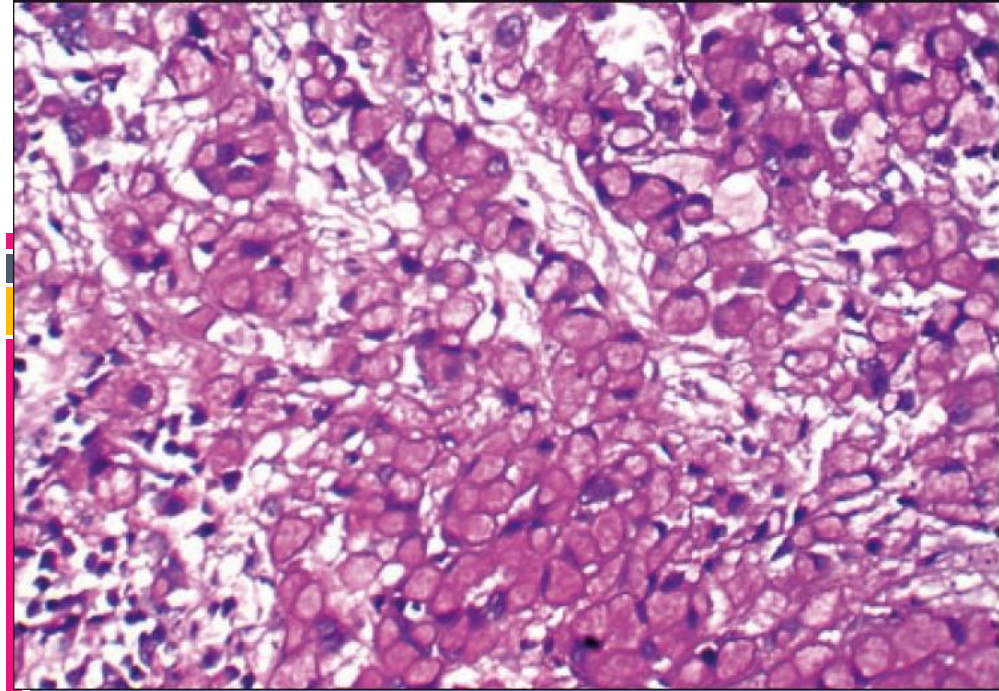
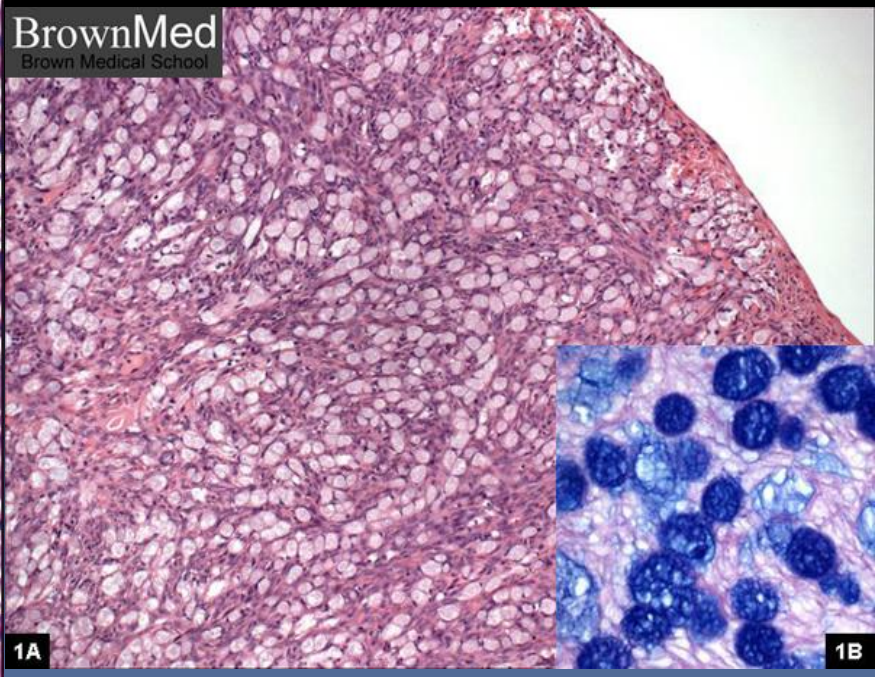
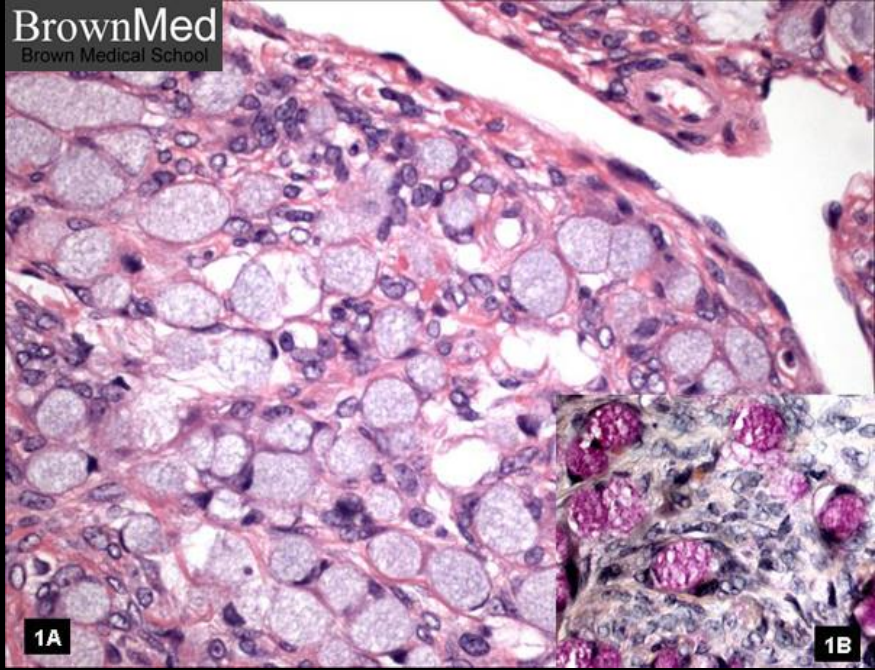
- 
- **tumeurs à cellules de Lydig et de Sertoli :**  
20 et 40 ans avec un pic à 25 ans. Le signe clinique primitif est l'aménorrhée avec déféminisation progressive, suivie de signes de virilisation. certaines tms ne sont pas fonctionnelles
  - **Macroscopie :** volume variable ; bien encapsulée de couleur jaunâtre ou oranger.



- **Microscopie : 03 aspects particuliers.**
- **Le type I ou bien différencié : constitué de tubes assez réguliers, revêtus de cellules sertoliennes uniformes. de petits groupes de cellules de leydig matures se rencontrent assez souvent dans le tissu interstitiel.**
- **Le type II ou forme intermédiaire : fait à la fois de cellules de Sertoli et de leydig, d'aspect plus rudimentaire.**
- **Le type III : indiscutablement malin, fait de cellules peu différenciées, allongées, petites tassées les unes contre les autres, réalisant un aspect pseudo sarcomateux.**



- **Tumeurs secondaires de l'ovaire (Krukenberg).**
- métastases au niveau de l'ovaire de tms du tractus gastro intestinale (surtout l'estomac), urinaire, cancer biliaire mais également du col, de l'endomètre et de la trompe.
- **Macroscopie** : L'ovaire est augmenté de volume en masse, il est ferme et lourd.
- **Microscopie** : Aspect en nids ou en travées de cellules polygonales, irrégulières, prenant parfois une organisation acineuse. Le plus souvent les cellules sont isolées, ayant l'aspect classique de cellules en bague à chaton.



# BIBLIOGRAPHIE

- 1) Sevestre H, Ikoli JF, AlThakfi W. Anatomie et cytologie pathologiques des tumeurs de l'ovaire présumées bénignes. J Obstet Gynecol Biol Reprod 2013. Sous presse
- 2) J.B. Méric, O. Rixe, D. Khayat, C. Genestie, J.P. Lefranc, FMPMC-PS- Cancérologie, Faculté de médecine Pierre et Marie Curie
- 3) Mémento de Pathologie 4ème édition, Pathologie de l'Ovaire, 2014
- 4) Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), les tumeurs de l'ovaire, université médicale francophone 2011