*Question mise à jour le 11 février 2005*

INSTITUT LA CONFÉRENCE HIPPOCRATE

www.laconferencehippocrate.com

# La Collection Hippocrate

## *Épreuves Classantes Nationales*

# CANCÉROLOGIE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

## Tumeurs de l'ovaire

**I-10-153**

Dr Jacky NIZARD
Chef de Clinique

L'institut la Conférence Hippocrate, grâce au mécénat des Laboratoires SERVIER, contribue à la formation des jeunes médecins depuis 1982. Les résultats obtenus par nos étudiants depuis plus de 20 années (15 majors du concours, entre 90 % et 95 % de réussite et plus de 50% des 100 premiers aux Épreuves Classantes Nationales) témoignent du sérieux et de la valeur de l'enseignement dispensé par les conférenciers à Paris et en Province, dans chaque spécialité médicale ou chirurgicale.

La collection Hippocrate, élaborée par l'équipe pédagogique de la Conférence Hippocrate, constitue le support théorique indispensable à la réussite aux Épreuves Classantes Nationales pour l'accès au 3ème cycle des études médicales.

L'intégralité de cette collection est maintenant disponible gracieusement sur notre site **laconferencehippocrate.com.** Nous espérons que cet accès facilité répondra à l'attente des étudiants, mais aussi des internes et des praticiens, désireux de parfaire leur expertise médicale.

A tous, bon travail et bonne chance !

**Alain COMBES, Secrétaire de rédaction de la Collection Hippocrate**

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

# Tumeurs de l'ovaire

**Objectifs :**

**– Diagnostiquer une tumeur de l'ovaire.**

- Les tumeurs ovariennes sont le plus souvent des tumeurs du revêtement épithélial regroupant plusieurs entités dont les kystes fonctionnels, les kystes organiques, les autres tumeurs bénignes et les cancers.
- Le cancer de l'ovaire peut survenir à tous les âges, mais sa fréquence augmente avec l'âge. Le diagnostic est le plus souvent porté chez une femme ménopausée.

## TUMEURS BÉNIGNES

### A/ Kystes fonctionnels

- Ils sont très fréquents chez les femmes en période d'activité génitale

#### 1. Anatomopathologie

- Les kystes folliculaires sont la conséquence d'un développement anormal d'un follicule. Ils peuvent être nombreux dans le cadre d'une hyperstimulation ovarienne.
- Les kystes du corps jaune (ou lutéiniques) sont la persistance et la formation kystique du corps jaune en dehors de la grossesse.
- Ils disparaissent normalement après les règles suivantes ou sous traitement inhibiteur de l'ovulation.

#### 2. Examen clinique

- Le plus souvent latents, donc inconnus de la patiente.
- Dans d'autres cas, découverts au décours de douleurs pelviennes, de retard de règles ou de métrorragies.
- Le toucher vaginal retrouve une masse latéro-utérine et un utérus de taille normal.
- Les kystes fonctionnels peuvent devenir très douloureux en cas de fissuration, rupture ou torsion.
- Les kystes du corps jaune peuvent devenir très douloureux en cas de saignement intra-kystique, de fissuration ou de torsion. Ils peuvent être responsables d'hémopéritoine s'ils se rompent.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

### 3. Traitement

- Ils doivent disparaître spontanément ou après un traitement bloquant l'ovulation (estro-progestatifs) pendant trois mois.
- Contrôle échographique à trois mois.
- Les hémopéritoines et les torsions doivent être traités chirurgicalement, le plus souvent en urgence au cours d'une cœlioscopie.
- Un doute diagnostique doit entraîner des examens plus invasifs, comme la cœlioscopie.

## B/ Kystes organiques bénins

- Ils dérivent de l'épithélium cœlomique qui recouvre la glande.

### 1. Anatomopathologie

*a) Cystadénomes séreux ou kystes séreux*

– Ils contiennent un liquide clair, sans végétation.

*b) Cystadénomes mucineux ou kystes mucineux*

– Ils contiennent un liquide visqueux, sans végétation.
– Leur rupture expose à la maladie gélatineuse du péritoine.

*c) Tératomes bénins matures ou kystes dermoïdes*

– Ils ne sont pas d'origine épithéliale.
– Ils contiennent des poils, du sébum, des dents et autres calcifications, ainsi que d'autres fragments de tissus matures.
– Ils peuvent être bilatéraux.
– Ils dégénèrent très rarement.

*d) Les endométriomes ovariens*

– Conséquence d'une greffe de tissu endométrial au niveau de l'ovaire.
– Ils sont responsables de douleurs cycliques et de kystes à contenu hématique.

### 2. Épidémiologie

- Ce sont des tumeurs fréquentes.
- Elles peuvent survenir à tous les âges, même si le kyste dermoïde survient plus volontiers chez la patiente jeune et que l'ensemble des kystes bénins organiques est rare après la ménopause.

### 3. Circonstance de découverte

- Ces kystes sont le plus souvent latents.
- On en fait le diagnostic :

*a) Soit au cours d'une complication*

– Torsion d'annexe, rupture simple ou rupture hémorragique, compression des organes de voisinage lorsque le kyste devient très volumineux.

*b) Soit au cours d'un examen d'imagerie (échographie, scanner)*

– Pour une autre indication…

*c) Soit lors d'un examen clinique de routine*

– Ou orienté par des douleurs, une pesanteur pelvienne, des métrorragies…

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

## 4. Examen clinique d'un kyste de l'ovaire non compliqué

- L'interrogatoire s'enquiert de la date des dernières règles.
- Un dosage plasmatique de b-hCG est pratiqué au moindre doute.
- Après avoir examiné l'abdomen, vérifié l'état du col et du vagin et pratiqué un frottis si nécessaire.
- Le toucher vaginal est pratiqué vessie et rectum vides. Il peut retrouver une masse latéro-utérine distincte de l'utérus, indépendante de lui lors de sa mobilisation et vice versa. La masse est séparée de l'utérus par un sillon.
- On vérifie la sensibilité, la consistance, son caractère uni- ou bilatéral et on précise le volume de la masse et de l'utérus.
- Les kystes endométriosiques donnent des masses souvent fixées et douloureuses.

## 5. L'échographie

- C'est l'examen complémentaire capital.
- Elle doit être pratiquée par voie sus-pubienne et endovaginale.
- Elle apprécie la taille, le nombre de kystes, le caractère uni- ou bilatéral, l'échogénicité, l'homogénicité ou l'hétérogénicité de la masse, la présence de cloisons dans le kyste, de végétations endo- ou exokystiques ou d'un épanchement.
- Normale, elle n'élimine pas la malignité.

## 6. Les autres examens

- L'abdomen sans préparation n'a d'intérêt que pour confirmer une éventuelle suspicion de kyste dermoïde en révélant d'éventuelles calcifications.
- L'hystérographie n'est indiquée que pour faire le bilan de métrorragies, après avoir éliminé une grossesse ou une infection évolutive.
- L'IRM, le scanner et le Doppler pulsé à codage couleur ont des indications plus précises ou en cours d'évaluation.

## 7. Traitement

- Tout kyste organique doit être opéré.
- Certaines complications sont des urgences chirurgicales : torsion d'annexe, certains kystes hémorragiques rompus…
- En dehors d'argument de malignité et si le kyste est de taille raisonnable, la kystectomie se fait par cœlioscopie. Elle peut également être transpariétale (on sort le kyste par une petite incision abdominale).
- La laparotomie est indiquée lorsqu'il y a suspicion de malignité ou quand la taille de la tumeur n'en laisse pas le choix.
- Le kyste est envoyé en histologie, tout liquide prélevé (y compris le liquide de ponction du kyste) est envoyé en cytologie.

## 8. Diagnostic différentiel

- Fibrome utérin, le plus souvent sous-séreux pédiculé *(QS)*.
- Grossesse : toujours à évoquer.
- Lésions tubaires comme des hydrosalpinx, par exemple.
- Masse abdominale extrapelvienne.

## 9. Kyste de l'ovaire et grossesse

- Au début de la grossesse, il s'agit le plus souvent d'un kyste lutéinique, à respecter.
- Tous les autres doivent être opérés.
- Ils peuvent gêner l'accouchement s'ils sont prævia ou se tordre dans le post-partum.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

# TUMEURS MALIGNES

- Sont ici considérées les tumeurs malignes et les tumeurs à malignité limitée ou *borderline*.
- Il s'agit du 5e cancer chez la femme.
- L'incidence du cancer de l'ovaire est de 10/100 000.

## 1. Anatomopathologie

### *a) Tumeurs borderline*

– Il s'agit d'une tumeur maligne possédant de façon partielle les caractères histologiques habituels de malignité.
– Elles représentent 10 à 15 % des cancers de l'ovaire.
– Leur pronostic est nettement meilleur que celui des formes habituelles.

### *b) Tumeurs épithéliales malignes*

– Elles sont en règle kystiques.
– Le cystadénocarcinome séreux ou séropapillaire, le plus fréquent.
– Le cystadénocarcinome mucineux, responsable d'une ascite gélatineuse.
– Le carcinome endométrioïde caractérisé par une prolifération de type endométriale parfois développée aux dépens de foyers d'endométriose ovarienne.
– Les tumeurs indifférenciées.

## 2. Épidémiologie

- Il représente la deuxième cause de mortalité par cancer génital féminin après le cancer du sein, beaucoup plus fréquent.
- 80 % des cancers de l'ovaire sont d'origine épithéliale (cystadénocarcinomes).
- Certains facteurs de risque sont connus (pauciparité, ménopause tardive, antécédents familiaux avec mutation BRCA1 et BRCA2, dysgénésie gonadique), mais ils ne permettent pas de définir une population assez étroite pour bénéficier d'un dépistage intensif.
- Le pronostic du cancer de l'ovaire est sombre, en partie car le diagnostic est fait tardivement. Le cancer peut rester latent très longtemps.
- Âge : peut survenir à tout âge, mais comme le diagnostic se fait tardivement, les femmes traitées pour un cancer de l'ovaire ont en moyenne 70 ans.

## 3. Circonstances de découverte

- L'évolution est le plus souvent latente, pendant plusieurs mois ou années.
- Les premiers signes sont bâtards : douleurs abdominales, ballonnement, troubles digestifs divers.
- Ailleurs, c'est l'altération de l'état général ou l'ascite isolée.
- Rarement, le diagnostic est porté précocement devant un kyste de l'ovaire d'allure bénigne ou une découverte échographique fortuite.

## 4. Examen clinique

- Abdomino-thoracique : recherche une ascite, une atteinte pariétale (blindage) ou simplement une masse abdominale palpable.
- Examen au spéculum : frottis cervico-vaginaux, éventuelle ponction du cul-de-sac de Douglas pour une étude cytologique.
- Toucher vaginal : trouve une masse latéro-utérine, souvent bilatérale et fixée. Il peut trouver un blindage pelvien complet.
- Au début et pendant longtemps, l'examen clinique peut être soit normal, soit évocateur d'une tumeur bénigne.
- Le reste de l'examen général avec la recherche d'adénopathies sus-claviculaires.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

## 5. Examens complémentaires

*a) Échographie*
- Par voie endovaginale et abdominale.
- Les aspects évocateurs sont : image latéro-utérine uni- ou bilatérale, volumineuse (5 cm), hétérogène avec des zones transsonores associées à des zones hyperéchogènes, présence de cloisons, de végétations exo- et endokystiques, forte vascularisation de la masse avec index de résistance bas à l'étude Doppler.
- Elle recherche la présence d'un épanchement péritonéal et de métastases hépatiques.

*b) Scanner*
- Analyse l'extension au pelvis, à l'abdomen (dont le foie) et recherche des atteintes ganglionnaires.

*c) Marqueurs*
- Certains marqueurs sont associés au cancer de l'ovaire.
- CA 125. :
  * il n'est pas spécifique, car il s'élève dans les autres atteintes ovariennes, les atteintes péritonéales, les pleurésies… ;
  * élevé, son taux est souvent en rapport avec la masse tumorale ;
  * à l'inverse, il peut être normal avec de vrais cancers épithéliaux de l'ovaire, surtout devant des cancers débutants.
- ACE, intéressant pour les formes mucineuses.
- CA 19.9 aspécifique.

*d) Le reste du bilan d'extension*
- Radiographie de thorax.
- Échographie hépatique et bilan biologique hépatique.
- Recherche d'une tumeur digestive en cas de signe d'appel, car elles peuvent métastaser aux ovaires (syndrome de Krükenberg).
- Urographie intraveineuse en cas d'atteinte urologique.
- Scanner.
- Ce bilan précède la laparotomie exploratrice.

## 6. Exploration chirurgicale
- Elle est indispensable et fait partie de la démarche diagnostique et du bilan d'extension.
- Elle a un rôle capital, car elle fait le diagnostic histologique, elle classe la tumeur, évalue le pronostic et fait partie du traitement.
- L'exploration chirurgicale a été longtemps limitée à la laparotomie. Avec l'évolution des schémas thérapeutiques (voir plus loin), cette exploration est faite par cœlioscopie dans certains centres.
- La chirurgie comprend : une exploration abdominale complète, une cytologie péritonéale, une annexectomie bilatérale, une hystérectomie totale, une omentectomie, des biopsies péritonéales multiples, une évaluation des aires ganglionnaires rétropéritonéales (par palpation ou mieux par curages pelvien et lombo-aortique).

## 7. Diagnostic différentiel
- Autres cancers de l'ovaire :
  - sexuels :
    * tumeur de la granulosa.
    * thécome (sécrétant des estrogènes).
    * arrhénoblastome (responsable d'une virilisation).

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

– germinaux :
  * séminome.
- Autre tumeur métastasée à l'ovaire : seins et appareil digestif.
- Syndrome de Demons-Meigs : fibrome de l'ovaire associé à une ascite et un hydrothorax.

## 8. Évolution et pronostic

- L'extension se fait à l'ovaire controlatéral, à l'utérus, aux trompes, et au péritoine :
  – viscéral du tube digestif ;
  – pariétal ;
  – des coupoles diaphragmatiques ;
  – de l'épiploon.
- L'extension ganglionnaire atteint les chaînes lombo-aortiques, puis les métastases sont viscérales.
- Le pronostic est sombre.
- La plupart des cancers de l'ovaire sont diagnostiqués au stade III.
- La survie moyenne est de 40 % à 5 ans tous stades confondus (stade I : 75 % de survie à 5 ans, stade II : 54 % de survie à 5 ans, stade III : 23 % de survie à 5 ans, stade IV : 8 % de survie à 5 ans).
- Elle dépend :
  – du stade FIGO ;
  – de l'âge : l'âge avancé est souvent corrélé à un grade histologique lui aussi élevé ;
  – de la forme histologique : les formes endométrioïdes semblent de meilleur pronostic. Les formes à malignité limitée sont d'excellent pronostic ;
  – du grade histopronostique ;
  – du volume tumoral initial et résiduel après la laparotomie première.
  – de la réponse au traitement.

## 9. Traitement

### *a) Moyens*

– Laparotomie première :
  * par médiane pour un abord large ;
  * exploration complète de l'ensemble de la cavité péritonéale faisant l'inventaire des lésions ;
  * palpation du foie ;
  * résection de la tumeur :
    ▪ enlève le maximum de tumeur avec une hystérectomie totale et une annexectomie bilatérale,
    ▪ enlève le maximum de péritoine atteint, biopsies les gouttières pariétocoliques, les coupoles diaphragmatiques ainsi qu'une omentectomie (résection de l'épiploon),
    ▪ palpations des aires ganglionnaires ou curages pelvien et lombo-aortique,
    ▪ permet la classification.
– Cœlioscopie d'évaluation : elle n'est jamais une finalité thérapeutique. Elle évalue et fait le bilan initial, autorisant ou non la laparotomie avec un geste chirurgical complet. En cas de traitement par laparotomie non envisageable, la patiente pourra être orientée vers une chimiothérapie première.
– Laparotomie à distance, ou second look :
  * son principe est abandonné. Elle faisait le bilan à la suite de la chimiothérapie. Elle a été remplacée par le scanner. Il arrive que l'on refasse des laparotomies après les cures de chimiothérapie, mais elles sont alors thérapeutiques (guidées par le scanner) et non pronostiques.
– Chimiothérapie : à base de sels de platine et/ou taxol.
– Radiothérapie externe : elle n'est que complémentaire des autres traitements.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

*b) Indications*

– Si le bilan préthérapeutique pré-invasif est péjoratif, évoquant une tumeur non accessible à la chirurgie lourde première, on préférera réaliser une cœlioscopie première (bilan + biopsies). La patiente aura alors trois cures de chimiothérapie, puis le traitement chirurgical radical par laparotomie (appelé également laparotomie d'intervalle). La patiente aura enfin la suite de ses cures de chimiothérapie.
– Si le bilan préthérapeutique pré-invasif est plutôt favorable, avec une tumeur probablement extirpable chirurgicalement, on réalise alors une exploration chirurgicale initiale (cœlioscopie ou laparotomie), puis le traitement radical.
– Exception : chez une femme jeune avec une tumeur unilatérale de stade Ia strict (d'autant plus si c'est une tumeur *borderline*) et désireuse de grossesse, on peut proposer une annexectomie ou ovariectomie unilatérale sous surveillance stricte.

## 10. Surveillance rapprochée

● Elle repose sur l'examen clinique et le dosage du CA 125 tous les trois mois pendant deux ans puis tous les six mois pendant trois ans puis annuel :
– état général ;
– recherche de nodule pelvien ou abdominal, d'une hépatomégalie, d'une adénopathie sus-claviculaire… ;
– cicatrice du fond vaginal. ■

### POINTS FORTS

- Les tumeurs du revêtement épithélial de l'ovaire regroupent les kystes fonctionnels, les kystes organiques bénins et les tumeurs malignes et à malignité limitée.
- Les kystes fonctionnels passent le plus souvent inaperçus, disparaissent avec les cycles ou un traitement bloquant l'ovulation pendant quelques cycles. Ils ont des parois fines et un contenu liquidien pur, clair.
- Les kystes organiques bénins imposent un diagnostic histologique.
- Ils peuvent être séreux, mucineux, dermoïdes ou endométriosiques.
- Le kyste dermoïde est constitué de plusieurs tissus matures d'origine variée.
- Les cancers de l'ovaire sont des cancers au pronostic sombre, car de découverte tardive.
- Leur extension est principalement péritonéale.
- Le marqueur CA 125 est associé au cancer de l'ovaire.
- Leur traitement repose sur la chirurgie première, suivie de cures de chimiothérapie puis d'une chirurgie à distance pour compléter le geste et adapter le traitement.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier