

# **Tumeurs de l'ovaire**

**Dr C. CHELHA**  
Maitre Assistante  
en Gynécologie Obstétrique  
Maternité CHUO

## **I. GENERALITES :**

Les tumeurs de l'ovaire sont très fréquentes et dans 90% des cas elles sont bénignes. Les tumeurs malignes peuvent survenir à tout âge, mais on les trouve surtout chez les femmes entre 40 et 50 ans.

## **II. ANATOMIE PATHOLOGIE :**

Les tumeurs peuvent se développer à partir de tous les tissus. L'OMS et la FIGO ont fini par adopter une classification unifiée reposant sur des critères purement morphologiques. Cette classification reconnaît 09 types histologiques des tumeurs de l'ovaire :

- Tumeur du revêtement épithélial
- Tumeur du mésenchyme des cordons sexuels
- Tumeurs des cellules lipidiques
- Tumeurs à cellule germinale (kyste dermoïde)
- Gonadoblastome
- Tumeurs des tissus mous non spécifiques
- Tumeurs non classées tumeurs secondaires
- Lésions pseudo-tumorales

## **III. EPIDEMIOLOGIE :**

- Les tumeurs de l'ovaire peuvent survenir à tout âge, elles sont bénignes dans 90% des cas.
- Les tumeurs malignes atteignent en général des femmes plus âgées.

- On estime qu'il y'a chaque année plus de 3000 nouveaux cas, et autant de décès.
- Les facteurs de risques impliqués dans le cancer de l'ovaire sont assez mal connus, on reconnait que :
  - Nulliparité risque multiplié par 2
  - Infertilité augmente le risque surtout l'utilisation de traitement stimulateur
  - Utilisation de contraceptifs oraux bloquant l'ovulation diminue le risque
  - Le seul facteur de risque réellement identifié est le facteur familial avec la découverte de gènes impliqués dans ce type de cancer

#### **IV. DEPISTAGE :**

Du fait de sa gravité particulière, il est légitime d'envisager les méthodes de prévention et de dépistage.

Les méthodes étudiées pour le dépistage sont l'échographie et le dosage du CA 125.

La conférence de consensus sur les cancers de l'ovaire ne propose donc pas de tests de dépistage en l'absence de preuve de leur efficacité.

### **TUMEURS BENIGNES**

Les tumeurs bénignes sont les plus fréquentes des tumeurs de l'ovaire. Cette définition exclut les kystes fonctionnels.

#### **I – DIAGNOSTIC :**

A – Circonstances de découvertes : Il peut s'agir :

- D'une gêne, de pesanteurs ou d'algies pelviennes
- D'une augmentation de volume de l'abdomen
- D'une découverte fortuite au cours d'un examen

- Des troubles des règles, d'une dysménorrhée
- D'une complication en dehors ou pendant la grossesse
- D'un élément trouvé pendant la surveillance d'une grossesse débutante

### B – Examen clinique :

→ Interrogatoire : l'interrogatoire apporte les précisions suivantes :

- Age, antécédents en particulier gynécologiques et obstétricaux, facteurs de risques
- Date des dernières règles
- Si la patiente prend des traitements hormonaux, une contraception ou antécédent de stimulations ovariennes

→ Examen général : l'examen général permet de rechercher :

- Masse abdominale palpable, rénitente parfois mobile.
- Signes de compressions veineuses, nerveuses ou d'un organe de proximité ( en particulier rectale ou vésicale ou au niveau des membres inférieures)

→ Examen gynécologique : l'examen gynécologique retrouve :

- Masse latéro-utérine arrondie, le plus souvent indolore, séparée de l'utérus par un sillon, mobilisable indépendamment de l'utérus.
- Parfois la tumeur est prolabée dans le douglas, bien perçu au TR
- Certains kystes peuvent être fixés
- Enfin la patiente sera examinée à la fin des règles suivantes pour s'assurer de la persistance du kyste.

### C – Examens complémentaires :

- La grossesse sera toujours éliminée par dosage des BHCG
- L'échographie par voie abdominale ou par voie vaginale qui retrouve une masse latéro-utérine
- D'autres examens peuvent être demandés en fonction du contexte : UIV, CA 125, ASP
- examen anatomopathologique de la pièce d'exérèse.

## II - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

→ Masse abdomino-pelvienne doit faire éliminer :

- Utérus gravide
- Ascite
- Fibrome
- Rétention aigue d'urine
- Tumeur digestive

→ Masse pelvienne doit faire éliminer :

- Une grossesse extra-utérine ou intra-utérine ( $\beta$ HCG, échographie)
- Cancer de l'ovaire

## III – EVOLUTION ET PRONOSTIC

La complication majeure et la plus grave est la dégénérescence maligne.

→ Complication aigue :

- Torsion
- Hémorragie
- Rupture du kyste
- Infection aigue

→ Complication subaigüe : leur diagnostic bénéficie de la coelioscopie :

- Torsion subaigüe
- Fissuration

→ Complication chronique :

- Compression des organes pelviens :
  - ✓ Compression vésicale : dysurie, pollakiurie
  - ✓ Compression rectale : ténesme, constipation
  - ✓ Compression veineuse : œdème des membres inférieures
  - ✓ Déviation urétérale
- Dégénérescence maligne, concerne surtout les tumeurs borderline

→ Complication obstétricale :

- La grossesse n'a pas d'influence sur la croissance du kyste, mais elle favorise les complications aigües.
- Influence du kyste sur la grossesse :
  - ✓ Infertilité, avortement, accouchement prématuré
  - ✓ Présentation vicieuse ou obstacle prævia
  - ✓ Découverte d'un kyste pendant la grossesse impose une surveillance échographique, selon son aspect, une chirurgie coelioscopie avant la 16<sup>ème</sup> SA peut être proposée.

#### **IV – TRAITEMENT**

La prise en charge des tumeurs de l'ovaire à priori bénignes reste dominée par la gravité du cancer de l'ovaire. Face à un kyste de l'ovaire ; on est devant 02 problèmes :

- Confirmer l'organicité de façon à ne pas opérer abusivement des kystes fonctionnels
- Exclure la malignité, afin de ne pas traiter insuffisamment un cancer de l'ovaire

Plus la taille du kyste et l'Age de la patiente sont élevés et plus la probabilité qu'il soit organique est grande.

Le traitement chirurgical s'impose en cas de tumeurs organiques > 5 cm de diamètre : kystectomie, ovariectomie, annexectomie, hystérectomie et annexectomie chez les femmes de plus de 50 ans.

→ Le type d'intervention est fonction du :

- Type de la tumeur
- Taille
- Quasi certitude de la bénignité
- Age de la patiente

→ Rarement ponction écho guidée d'un kyste purement liquidien de <5 cm

→ Fréquemment cœlioscopie exploratrice suivie de cœlioscopie chirurgicale pour kyste de < 8 cm

→ L'examen histologique est systématique, il sera extemporané s'il existe le moindre doute quant à la nature histologique de la tumeur

## **TUMEURS MALIGNES**

Le très mauvais pronostic du cancer de l'ovaire est pratiquement inchangé, en raison du diagnostic tardif, car il n'existe aucun dépistage précoce possible. L'âge de survenue

est entre 45 et 60 ans. Le diagnostic du cancer de l'ovaire est histologique.

## I – DIAGNOSTIC

→ Circonstances de découvertes :

- Douleurs pelvi-abdominales à type de pesanteurs
- Ascite
- Métrorragies ou méno -métrorragies, aménorrhée
- Signes de compression vésicale, rectale, veineuse
- Altération de l'état général
- Métastases révélatrices

→ Examen clinique :

- L'interrogatoire précise les antécédents et éventuels facteurs de risques
- A l'examen de l'abdomen on recherche une masse abdomino-pelvienne, une ascite et on apprécie la taille du foie
- L'examen gynécologique :
  - ✓ Permet de retrouver une tumeur manifestement maligne : masse latéro-utérine dure, irrégulière fixée.
  - ✓ Ailleurs l'examen gynécologique ne retrouve qu'une masse latéro-utérine dont les caractères ne permettent pas d'évoquer la nature maligne ou bénigne de la tumeur.

→ Examens complémentaires :

- Cytologie :



- ✓ Culdocentèse et ponction d'ascite peuvent retrouver des cellules malignes
- ✓ Frottis endométriaux peuvent être positifs si cancer endométrial ou mixte
- Echographie :
  - ✓ Précise la nature solide, kystique, souvent multiloculaire ou mixte et recherche des végétations endo kystiques
  - ✓ Recherche une lame d'ascite
  - ✓ Permet la découverte de métastases hépatiques
- ❖ A ce stade, le diagnostic étant suspecté la laparotomie s'impose précédée éventuellement d'une coelioscopie

## LAPAROTOMIE

La coelioscopie a surtout un intérêt en cas de doute diagnostique, permet de confirmer la nature et d'évoquer son caractère malin

Elle sera suivie d'une laparotomie dont l'intérêt est triple :

- Bilan d'extension précis avec :
  - ✓ Cytologie péritonéale
  - ✓ Exploration du cul de sac de Douglas, gouttières pariéto-coliques, des coupes diaphragmatiques, du foie et de l'épiploon
  - ✓ Palpation des ganglions lombo-aortiques
  - ✓ Parfois prélèvements orientés
- Diagnostic histologique
- On réalisera le premier temps opératoire

Au terme de cette intervention, la nature histologique étant confirmée. La tumeur doit être classée selon les critères d'extension de la FIGO

→ Bilan d'extension : le bilan d'extension comporte :

- Dosage du CA 125 et ACE
- Echographie hépatique
- TDM abdominal
- Télé thorax
- UIV en fonction du contexte clinique

## II – EVOLUTION ET PRONOSTIC

- Le pronostic du cancer de l'ovaire dépend de la précocité du diagnostic et du caractère complet ou de l'exérèse chirurgicale, du stade évolutif et du grade histologique
- Le pronostic global est sévère car 70% des malades ont une extension intra abdominal au moment du diagnostic

## III – TRAITEMENT

L'association la plus utilisée est la chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie.

- Le traitement chirurgical comporte hystérectomie avec annexectomie bilatérale, omentectomie ± curage ganglionnaire
- Le traitement chirurgical est complété par une chimiothérapie durant au moins 6 mois à base de platine
- Une deuxième intervention dite de second look effectuée à la fin de la chimiothérapie permet :
  - ✓ Eventuellement de compléter l'exérèse chirurgicale



Effectuer des biopsies multiples pour s'assurer de l'absence de foyers microscopiques

- Le bénéfice sur la survie de cette deuxième intervention est discuté, la réalisation du second look semble inutile chez les patientes ayant de bons facteurs pronostiques, remplacée par TDM abdomino-pelvien
- Parfois, en raison d'une carcinose péritonéale, le traitement chirurgical d'emblée est impossible. L'intervention aura lieu après 6 mois de chimiothérapie

