

Tumeurs & kystes de l'ovaire

Les tumeurs de l'ovaire sont fréquentes mais bénignes dans 90% des cas. Les tumeurs malignes sont rares mais graves correspondant à 15% des KC génitales.

I) Généralités

- tumeur bénigne : l'attitude médicale est guidée par les objectifs suivants
 - Reconnaître l'organocité (seules les tumeurs organiques doivent être opérées).
 - Ne pas ignorer un KC de l'ovaire débutant
 - Réaliser un tt conservateur afin de préserver la fécondité.
- KC de l'ovaire :
 - fc de tous les âges mais surtout après 50 ans
 - caractéristiques principales :
 - rareté : moins de 15% des KC génitales, 1/70 sera atteinte d'un KC ovarien contre 1/11 pour KC du sein.
 - pronostic redoutable : lié à l'découverte tardive (70% des KC ovariens Ag au stade 3 & 4 / responsable d'une mortalité élevée (moins de 40% de survie à 5 ans))
 - mais progrès thérapeutiques avec l'apparition de drogues très actives = nouvelles molécules (Taxanes...)

II) Circonstances de découvertes

- symptômes: pesanteurs pelviennes, dysménorrhées, métrorragie ou DL du pelvis
ou découverte systématique (TV ou échographie)
- Gr. chirurgie: masse latéro-utérine = taille-consistance, mobilité & sensibilité (au TV)
- Signes de malignité
AEG ou/et ascite (albra la salle su^{te})
- Parfois signes de compression pelvienne (ex: pollakiurie, ténisme)
- Formes révélées par complications: torsion, hémorragies, le tsv^{te} intra-kystique, infection (KC dermoïde)

III) Examens complémentaires

- échographie: sonde externe & EEV: aspect échogène des T. solides
& anéchogènes des kystes avec parfois structures mixtes:
 - certains caractères en faveur de la bénignité: liquideur, uniloculaire à paroi fine
 - nbreux intermédiaires: KC dermoïdes, méseux ou endométriociques
 - en faveur de la malignité: hétérogénéité, contours irréguliers, cloisons épaisses & végétations.
 - TAIS: constitue Ag $\Rightarrow$ examen histologique
- marqueurs tumoraux: CA-125 = N: < 35
utilisé surtout pour suivre l'évolution de la maladie
- bilan: si suspicion de malignité:
 - scanner ou iRn
 - Rx de Hœrner
 - Ponction d'ascite ou de la T. elle m

- mais difficulté de dépistage: nécessité d'essayer de cibler 1 population avec facteurs de risque = puberté précoce, ménopause tardive, infertilité, inducteurs de l'ovulation.
 - facteurs environnementaux: talc, amiante
 - alimentaires
 - familiaux +++ de KC de l'ovaire, sein, côlon ou endomètre. Gène BRCA 1 = risque de 50% KC de l'ovaire.

III) Traitement

• tumeurs bénignes

→ Chez la femme en période d'activité génitale: tt chirurgical pour les tumeurs organiques.

- kystectomie par vidéo chirurgie
- ovariectomie ou annexectomie si T. volumineuse.
- hystérectomie + annexes chez la femme en péri-ménopause.

→ Soe particulier chez la femme enceinte: le + su^t. tt en urgence pour complications (torsion ou hémorragies)

• tumeurs malignes

- vidéo coelios pour confirmer le Ag ou laparotomie d'emblée
 - bilan d'extension
 - Ag étiologique
 - tt en fonction du stade: classification de la FIGO
- le + su^t: association chirurgie & chimiothérapie

II) Classification des tumeurs malignes de l'ovaire (FIGO)

- stade 1: T. limitée aux ovaires avec
 - ≠ sous groupes: entre autre uni ou bilatérale
 - 1A à 1C
- stade 2: T. ovarienne uni ou bilatérale étendue au pelvis
2A à 2C
- stade 3: T. ovarienne uni ou bilatérale avec métastases
péritonéales en dehors du pelvis &/ou métastases
gg rétropéritonéales
- stade 4: idem + métastases à distance

VI) Traitement des tumeurs malignes

- chirurgie: hystérectomie totale + annexes + ablation du grand épiploon + curetage gg (si chirurgie possible = si stade 1 à 2 parfois 3)
 - cas particulier des T. border line: entre lésion bénigne & maligne à traiter différemment en fonction de l'âge.
- chimiothérapie: durée de 6 mois
- radiothérapie: contestée, plutôt en ttt complémentaire

→ Indications

- stade 1 & 2: chir + chimio
- stade 3 avec résidu post-chirurgical minimum: chimio + Rx
- au delà: chimio & éventuelle chir 2^{dair}.

- Bilan d'évaluation : après 6 cycles de chimio
- examen clinique, scanner abdomino-pelvien, CA 125
 - si bilan N = indication de coelios ou laparotomie 2nd look avec biopsies :
 - si P. négatifs = arrêt de la chimio
 - si P. positifs = Rx thérapeut ou de nouveau chimio
 - si lésions persistent : pronostic réservé
- Surveillance : Ex. clinique tous les 6 mois & US abdomino-pelvien tous les ans.

VII) Pronostic

- dépend
 - précocité du Ag = stade
 - grade histologique
 - caractère complet ou non de l'exérèse chirurgicale
- mais : le pronostic global est sombre puisque 20% des patientes ont l'extension abdominale au moment du Ag.
- taux de survie à 5 ans :
 - stade 1 : 80 à 90%
 - stade 2 : 40 à 60%
 - stade 3 : 10 à 15%
 - stade 4 : moins de 5%
- lit préventif : pour les femmes à risque élevé (familial) à proposer :
 - oostropopagatif
 - ovariectomie bilatérale après 35 ans ??

VII / Conclusion

- dépistage difficile
- 4g sur: hardy
- pronostic sombre

m. rognon @ ch. belfort - montbeliard . rss . fr