

## ITEM 153 : TUMEUR DE L'OVAIRE

### ETIOLOGIES

<b>Kyste fonctionnel</b>	<b>Kyste organique</b>
Bénin Disparition spontanée ou après blocage ovarien par oestro-progestatif	- Ne disparaît pas après blocage ovarien - Bénin ou malin : Coelioscopie + Anapath systématique - Anapath : Epithéliale – Germinale – Stromale - A part : Sd de Krukenberg (métastase ovarienne d'un K dig) Sd de Demon Meigs : Tumeur ovarienne bénigne + épanchement pleural

### CLINIQUE

<b>Signes fonctionnels</b>	- Asymptomatique - Douleurs pelviennes - Troubles du cycle
<b>Examen physique</b>	- Palpation abdominale : Masse – Nodules de carcinose – Ascite - TV : Masse pelvienne latéralisée – Séparée de l'utérus - Palpation mammaire bilatérale comparative - Aires ganglionnaires
<b>DD</b>	GEU Pyosalpynx – Hydrosalpynx Fibrome utérin sous-séreux pédiculé

### PARACLINIQUE

/!\ Ponction contre-indiquée

<b>Biologie</b>	- $\beta$ hCG - Marqueurs tumoraux : CA125 – ACE – CA 19.9	
<b>Echo pelvienne</b>	<b>Kyste bénin</b>	<b>Tumeur maligne</b>
	- < 6 cm - Parois fines – Contours réguliers - Contenu homogène - Pas de végétation - Pas de cloison intra-kystique - Pas de vascularisation anarchique au doppler - Parenchyme ovarien normal	- > 6 cm - Parois épaisses – Contours irréguliers - Contenu hétérogène - Végétations endo et exokystiques - Cloisons intra-kystiques - Néo-vascularisation anarchique - Ascite – Nodules de carcinose péritonéale - Métastases hépatiques - Atteinte bilatérale

### COMPLICATIONS

<b>Compression</b>	- Vésicale : SFU - Urétérale : Dilatation des CPC - Rectale : SF rectale – Constipation
<b>Rupture +/- hémorragique de kyste</b>	- Clinique : Douleur pelvienne unilatérale brutale Résolution complète et spontanée en quelques jours - Echo :

	Lame liquidienne au niveau du Douglas Ovaires normaux le plus souvent
<b>Hémorragie intra-kystique</b>	- Clinique : Douleur pelvienne unilatérale brutale TV : Masse latéro-utérine douloureuse - Echo : Kyste ovarien au contenu hétérogène
<b>Torsion d'annexe</b>	- Clinique Douleur pelvienne intense de début brutal – R aux ATG Palpation abdo : Douleur ++ +/- défense TV : Douloureux +++ - Masse latéro-utérine douloureuse +/- fixée - Bio : $\beta$ hCG – - Echo : Douloureuse Ovaire oedématié avec kyste ovarien volumineux Arrêt de vascularisation au doppler - TTT : Urgence chirurgicale < 6h Information sur le risque de laparoconversion et d'annexectomie Coelio : Détorsion +/- annexectomie si nécrose

### PRISE EN CHARGE

<b>Allure bénigne</b>	- TTT par oestro-progestatif 3 mois - Contrôle écho à 3 mois - Si disparition : Kyste fonctionnel = STOP - Si persistance : Kyste organique = Kystectomie
<b>Tumeur suspecte</b>	- Coelioscopie : Kystectomie + cytologie péritonéale - Bénin : STOP - Malin : PEC cancer
<b>Cancer ovaire clinique</b>	- PEC cancer

NB : Femme ménopausée : Ovariectomie d'emblée

## ITEM 153 : CANCER DE L'OVAIRE

### CLINIQUE

<b>FdR</b>	/!\ Non hormonodépendant - Accumulation d'ovulation Nulliparité – 1 <sup>ère</sup> grossesse tardive Absence de contraception Absence d'allaitement TTT inducteur de l'ovulation - ATCD personnels ou familiaux de cancer du sein – ovaire – endomètre – colon - Syndrome héréditaire (BRCA1/BRCA2) - ATCD d'irradiation pelvienne
<b>Signes fonctionnels</b>	- Longtemps asymptomatique +++ : Diagnostic à un stade avancé - AEG - Douleurs pelviennes – Troubles du cycle - Troubles digestifs
<b>Examen physique</b>	- Palpation abdominale : Masse pelvienne ovarienne - Examen gynécologique complet
<b>Extension</b>	- Palpation des aires ganglionnaires - Palpation hépatique - Palpation osseuse - Examen cardiopulmonaire - Examen neurologique

## PARACLINIQUE

<b>Biologie</b>	- Marqueurs tumoraux : CA125 (Devant tout kyste ovarien de la femme ménopausée) – ACE – CA 19.9 – $\alpha$ FP – $\beta$ hCG - BHC - Bilan pré-op
<b>Imagerie</b>	- Echographie abdomino-pelvienne Masse ovarienne avec signes de malignité – Etude de l’ovaire controlatéral Recherche : Ascite – Carcinose péritonéale – Métastases hépatiques - IRM pelvienne - TDM TAP - Rx thorax - Sur point d’appel Clinique: TDMc – Scinti osseuse
<b>Terrain</b>	Mammographie bilatérale de dépistage
<b>Cs génétique</b>	- Recherche mutation BRCA1/RCA2 si - Cancer ovarien < 70 ans - Cancer ovarien $\geq$ 70 ans + Apparenté au 1 <sup>er</sup> degré (2 <sup>ème</sup> si intermédiaire de sexe masculin) avec cancer du sein ou des ovaires

## CLASSIFICATION FIGO !\ POST-CHIRURGICALE !\

<b>I : Limitée aux ovaires</b>	- A : 1 ovaire atteint – Pas d’ascite – Pas de rupture capsulaire – Cytologie péritonéale négative. - B : 2 ovaires atteints – Pas d’ascite – Pas de rupture capsulaire – Cytologie péritonéale négative. - C : 1 ou 2 ovaires atteintes + ascite et/ou cytologie péritonéale + et/ou rupture capsulaire
<b>II : Extension pelvienne</b>	- A : 1 ou 2 ovaires atteintes – Atteinte utérus et/ou trompe - B : 1 ou 2 ovaires atteints – Extension au reste du pelvis - C : IIA ou B + ascite et/ou cytologie péritonéale + et/ou rupture capsulaire
<b>III : Extension péritonéale extra-pelvienne</b>	- A : Métastases péritonéales microscopiques N- - B : Métastases péritonéales macroscopiques < 2 cm N- - C : Métastases péritonéales macroscopiques > 2 cm et/ou N+
<b>IV : Métastases à distance</b>	

## PRISE EN CHARGE

<b>PEC commune à tous les cancers</b>	- Annonce plan cancer : Consultation d’annonce Temps médical/Paramédical Soins de support : PEC douleur – nutritionnelle – psychologique Articulation avec la médecine de ville - Prise en charge globale, pluridisciplinaire Réunion de Concertation Pluridisciplinaire - Projet personnalisé de soins - ALD 100%
<b>Exploration chirurgicale</b>	- Sous AG - A visée : Diagnostic – pronostic – Thérapeutique - 1 <sup>er</sup> temps : Coelioscopie exploratrice Schéma daté signé Cytologie péritonéale Annexectomie pour examen extemporané Biopsies multiples Bilan d’extension / Evaluation des possibilités de résection
<b>Résection totale sans résidu possible</b>	- Laparoconversion avec exérèse des trous de trocart - Hystérectomie – Annexectomie bilatérale – Omentectomie – Appendicectomie

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exérèse de toute lésion visible</li> <li>- Curage ganglionnaire bilatéral</li> <li>- Puis polychimioT adjuvante (Taxol + Sels de platine)</li> </ul>
<b>Résection totale impossible</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abandon de la chirurgie – ChimioT première</li> <li>+/- Chirurgie après 3 cures : Evaluation des possibilités chirurgicales en fonction des lésions à l'imagerie</li> <li>+/- Exérèse</li> </ul>
<b>Surveillance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clinique : Examen clinique gynécologique et général</li> <li>- Paraclinique : CA 125 – Imagerie seulement sur point d'appel clinique ou ↑ CA125</li> <li>+ Mammographie annuelle car terrain à risque de cancer du sein</li> </ul>