

ITEM 153 : TUMEUR DE L'OVAIRE

ETIOLOGIES

Kyste fonctionnel	Kyste organique
Bénin Disparition spontanée ou après blocage ovarien par oestro-progestatif	<ul style="list-style-type: none"> - 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

Signes fonctionnels	<ul style="list-style-type: none"> - Asymptomatique - Douleurs pelviennes - Troubles du cycle
Examen physique	<ul style="list-style-type: none"> - Palpation abdominale : Masse – Nodules de carcinose – Ascite - TV : Masse pelvienne latéralisée – Séparée de l'utérus - Palpation mammaire bilatérale comparative - Aires ganglionnaires
DD	GEU Pyosalpynx – Hydrosalpynx Fibrome utérin sous-séreux pédiculé

PARACLINIQUE

/!\ Ponction contre-indiquée

Biologie	<ul style="list-style-type: none"> - βhCG - Marqueurs tumoraux : CA125 – ACE – CA 19.9 	
Echo pelvienne	Kyste bénin	Tumeur maligne
	<ul style="list-style-type: none"> - < 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 	<ul style="list-style-type: none"> - > 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

Compression	<ul style="list-style-type: none"> - Vésicale : SFU - Urétérale : Dilatation des CPC - Rectale : SF rectale – Constipation
Rupture +/- hémorragique de kyste	<ul style="list-style-type: none"> - Clinique : Douleur pelvienne unilatérale brutale Résolution complète et spontanée en quelques jours - Echo :

	Lame liquidienne au niveau du Douglas Ovaires normaux le plus souvent
Hémorragie intra-kystique	- Clinique : Douleur pelvienne unilatérale brutale TV : Masse latéro-utérine douloureuse - Echo : Kyste ovarien au contenu hétérogène
Torsion d'annexe	- Clinique Douleur pelvienne intense de début brutal – R aux ATG Palpation abdo : Douleur ++ +/- défense TV : Douloureux +++ - Masse latéro-utérine douloureuse +/- fixée - Bio : β 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

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

NB : Femme ménopausée : Ovariectomie d'emblée

ITEM 153 : CANCER DE L'OVAIRE

CLINIQUE

FdR	/!\ Non hormonodépendant - Accumulation d'ovulation Nulliparité – 1 ^{ère} 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
Signes fonctionnels	- Longtemps asymptomatique +++ : Diagnostic à un stade avancé - AEG - Douleurs pelviennes – Troubles du cycle - Troubles digestifs
Examen physique	- Palpation abdominale : Masse pelvienne ovarienne - Examen gynécologique complet
Extension	- Palpation des aires ganglionnaires - Palpation hépatique - Palpation osseuse - Examen cardiopulmonaire - Examen neurologique

PARACLINIQUE

Biologie	- Marqueurs tumoraux : CA125 (Devant tout kyste ovarien de la femme ménopausée) – ACE – CA 19.9 – α FP – β hCG - BHC - Bilan pré-op
Imagerie	- 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
Terrain	Mammographie bilatérale de dépistage
Cs génétique	- Recherche mutation BRCA1/RCA2 si - Cancer ovarien < 70 ans - Cancer ovarien \geq 70 ans + Apparenté au 1 ^{er} degré (2 ^{ème} si intermédiaire de sexe masculin) avec cancer du sein ou des ovaires

CLASSIFICATION FIGO !\ POST-CHIRURGICALE !\

I : Limitée aux ovaires	- 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
II : Extension pelvienne	- 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
III : Extension péritonéale extra-pelvienne	- A : Métastases péritonéales microscopiques N- - B : Métastases péritonéales macroscopiques < 2 cm N- - C : Métastases péritonéales macroscopiques > 2 cm et/ou N+
IV : Métastases à distance	

PRISE EN CHARGE

PEC commune à tous les cancers	- 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%
Exploration chirurgicale	- Sous AG - A visée : Diagnostic – pronostic – Thérapeutique - 1 ^{er} temps : Coelioscopie exploratrice Schéma daté signé Cytologie péritonéale Annexectomie pour examen extemporané Biopsies multiples Bilan d’extension / Evaluation des possibilités de résection
Résection totale sans résidu possible	- Laparoconversion avec exérèse des trous de trocart - Hystérectomie – Annexectomie bilatérale – Omentectomie – Appendicectomie

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