

## ITEM 303 : TUMEUR DE L'OVAIRE

Diagnostic	SF	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Découverte fortuite</b> : examen gynécologique ou échographie</li> <li>- 5 à 10% des femmes auront une tumeur de l'ovaire (le plus souvent de nature bénigne)</li> <li>- Troubles gynécologiques : <b>douleur pelvienne, masse pelvienne, trouble du cycle</b> (ménorragies, dysménorrhée, spanioménorrhée, aménorrhée...), <b>métrorragies</b></li> <li>- Troubles digestifs : <b>↑ du volume abdominal, ascite, AEG</b> → fortement évocateur d'une tumeur maligne</li> </ul>		
	SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen général et gynécologique complet avec palpation abdominale et des aires ganglionnaires, examen vulvaire, examen au spéculum et touchers pelviens</li> <li>- Caractéristiques cliniques de la tumeur : localisation exacte, taille sensibilité, mobilité...</li> </ul>		
	PC	En faveur d'un kyste fonctionnel	En faveur d'un kyste organique	
		<b>Echographie pelvienne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Masse liquidienne pure</li> <li>- Taille &lt; <b>7 cm</b></li> <li>- Uniloculaire</li> <li>- Pluriloculaire à <b>cloison très fine &lt; 3 mm</b></li> <li>- Bords réguliers bien définis</li> <li>- Paroi fine &lt; <b>3 mm</b></li> <li>- <b>Vascularisation périphérique, régulière</b></li> <li>→ <b>Surveillance</b> à 3 mois</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Masse solide ou mixte</li> <li>- Taille <b>≥ 7 cm</b></li> <li>- Bords irréguliers, parois épaisses</li> <li>- Pluriloculaire à cloison épaisse</li> <li>- <b>Végétations</b> endo- ou exo-<b>kystiques</b></li> <li>- <b>Néo-vascularisation anarchique (centrale)</b></li> <li>- <b>Bilatéralité (atteinte ovaire controlatéral)</b></li> <li>- <b>Ascite</b> associée</li> <li>- ADP ou masse pelvienne associée, <b>atteinte péritonéale</b></li> <li>→ <b>IRM</b> ou <b>coelioscopie</b></li> </ul>
DD	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>β-hCG</b> chez une femme non ménopausée (<i>éliminer une GEU</i>)</li> <li>- <b>IRM</b> (ou TDM) : en 2<sup>nd</sup> intention pour les tumeurs ovariennes indéterminées ou de taille ≥ 7 cm</li> <li>- <b>Dosage du CA 125</b> = marqueur spécifique du cancer séreux de l'ovaire : en 2<sup>nd</sup> intention, en cas de tumeur indéterminé ou chez la femme ménopausée</li> <li>- Autres marqueurs tumoraux : <b>CA 19.9</b> (cancer mucineux), <b>ACE</b> (ADK), <b>AFP</b> - <b>β-hCG</b> - <b>LDH</b> (tumeur germinale), <b>HE4</b> (<i>Human protein 4</i>) avec l'utilisation du <b>score ROMA</b> (<i>prend en compte l'aspect échographique, le statut ménopausique, l'HE4 et CA125</i>)</li> </ul>			
Etiologie	<b>Kyste fonctionnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>= <b>Follicule</b> ou <b>corps jaune</b> subissant une <b>transformation kystique</b> (diamètre &gt; 3 cm) : tumeur ovarienne la plus fréquente en période d'activité génitale, toujours bénigne</li> <li>- Généralement asymptomatique, régression spontanée en quelques semaines</li> <li>- <b>↑</b> en cas de traitement inducteur de l'ovulation</li> </ul>		
	<b>KYSTE ORGANIQUE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>= Développement indépendant du cycle ovarien : de nature <b>bénigne</b> (le plus souvent), <b>maligne</b> (cancer de l'ovaire la plus fréquente) ou <b>frontière</b> (<b>TOLM = tumeur ovarienne à la limite de la malignité ou borderline</b>)</li> <li>- <b>Tumeur d'origine épithéliale</b> (90%) : provient du mésothélium recouvrant la surface de l'ovaire</li> <li>- <b>Tumeur d'origine germinale</b> : dérivée des cellules germinales ovariennes</li> <li>- <b>Tumeur d'origine stromale</b> : dérivée du stroma gonadique</li> </ul>		
		Origine	Tumeur bénigne	Tumeur maligne
		<b>Tumeur épithéliale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumeur séreuse (plus fréquente) : <b>cystadénome séreux</b></li> <li>- Tumeur mucineuse : <b>cystadénome mucineux</b></li> <li>- <b>Endométriome</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumeur séreuse : <b>cystadénocarcinome séreux</b></li> <li>- Tumeur mucineuse : <b>cystadénocarcinome mucineux</b></li> <li>- <b>Adénocarcinome endométriode</b></li> <li>- <b>MT</b> (tumeur bilatérale, mucineuse) : <b>digestive, sein</b></li> <li>- Autres : <b>tumeur à cellules claires, tumeur de Brenner...</b></li> </ul>
		<b>Tumeur germinale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Tératome mature = kyste dermoïde</b> : dérivé des tissus ectodermiques (poils, cheveux, os, dents...)</li> <li>→ Dégénérescence maligne exceptionnelle (&lt; 1%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Tératome immature</b></li> <li>- <b>Choriocarcinome</b></li> <li>- Dysgerminome : <b>séminome</b></li> <li>- Tumeurs femelles (oestrogéno-sécrétante) : <b>tumeur de la granulosa, tumeur fibro-thécale</b></li> <li>- <b>Tumeur à cellules de Sertoli et de Leydig</b> (androgéno-sécrétante)</li> </ul>
		<b>Tumeur stromale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Fibrothécome</b> : toujours bénins</li> <li>- Autres tumeurs : de malignité variable</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Syndrome de Krukenberg</b> : MT ovarienne mucineuse d'un cancer <b>digestif</b> (gastrique++), <b>mammaire</b> ou <b>pelvien</b></li> <li>- <b>Syndrome de Demons-Meigs</b> (rare) : épanchement pleural transsudatif associé à une tumeur ovarienne bénigne</li> <li>- <b>Gonadoblastome</b> (rare) : associe cellules germinales et éléments des cordons sexuels mâles et femelles</li> </ul>			
TTT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Abstention thérapeutique</b> : kyste uniloculaire liquide &lt; <b>10 cm</b> <b>asymptomatique</b> → <b>surveillance</b></li> <li>- <b>Indication chirurgicale</b> : kyste symptomatique, compliqué, &gt; 10 cm, complexe ou suspect de malignité</li> <li>→ TTT chirurgical <b>conservateur (kystectomie)</b> ou <b>non conservateur (ovariectomie)</b> par <b>coelioscopie</b></li> </ul>			

Démarche diagnostique	Tumeur ovarienne probablement bénigne	- <b>Femme jeune, en période d'activité génitale</b> - Aspect de <b>kyste ovarien fonctionnel simple</b> : unique, unilatéral, contenu purement liquidien (anéchoïque), parfois fines et régulières, souvent diamètre < 6 cm	
		CAT	= <b>Contrôle échographique à 3 mois</b> : en début de cycle (pendant les règles) - Disparition spontanée : <b>kyste fonctionnel</b> - Persistance : <b>kyste organique</b> → <b>surveillance</b> ou <b>coelioscopie</b> (surtout si symptomatique ou suspect de malignité)
		Chez la femme enceinte	= Kyste fonctionnel normal au 1 <sup>er</sup> trimestre : <b>corps jaune sécrétant</b> - <b>Abstention &lt; 16 SA</b> : risque d'opérer un kyste fonctionnel, et de priver la grossesse de la source de progestérone (entraînant une fausse couche) - Si persistant > 16 SA : <b>IRM pelvienne</b> , voire <b>exploration chirurgicale</b> au 2 <sup>nd</sup> trimestre en cas de tumeur persistante de grande taille, d'aspect maligne ou symptomatique
	Tumeur ovarienne suspecte	= ≥ 1 critère : - Patiente ménopausée - Taille > <b>7 cm</b> - Kyste ovarien persistant > <b>3 mois</b> - Tumeur ovarienne bilatérale - Aspect échographique de kyste organique	
Cancer évident	PC	Coelioscopie diagnostique	- <b>Dosage du CA 125 et CA 19.9</b> : orientation diagnostique - <b>IRM pelvienne</b> : possiblement réalisée avant coelioscopie en cas de critère de malignité - <b>Surveillance simple</b> possible si kyste uniloculaire liquidien asymptomatique < 10 cm
		- Information préalable sur le risque de laparoconversion - Exploration complète de la cavité péritonéale + cytologie péritonéale - <b>Kystectomie</b> ou <b>ovariectomie</b> avec extraction protégée et histologie - <b>Examen extemporané</b> seulement en cas de kyste suspect de malignité - En cas de nature maligne : <b>conversion laparotomique</b> pour <b>stadification</b> et <b>chirurgie de réduction tumorale complète</b>	
Cancer évident		- <b>Chirurgie de réduction tumorale complète</b> après confirmation histologique de la malignité	
Complications	Torsion d'annexe	= Torsion de l'ovaire autour de son pédicule vasculaire nourricier : surtout pour des kystes lourds ( <b>dermoïde++</b> , mucineux) ou à pédicule fin (kyste du para-ovaire), rare pour les kystes endométrioïdes - <b>Episodes de sub-torsion</b> (précède la torsion) : douleurs paroxystiques spontanément résolutive	
		C	- <b>Douleur pelvienne</b> violente, intolérable, s'amplifiant, résistante aux antalgiques - <b>Palpation abdominale</b> très douloureuse, <b>défense</b> en regard de la torsion - <b>Touchers pelviens</b> très douloureux, <b>masse latéro-utérine</b> parfois palpable
		PC	- <b>Echo pelvienne</b> : douleur au passage de la sonde, ovaire oedématisé, ↗ de volume, kyste ovarien volumineux, arrêt de la vascularisation au Doppler (inconstant), ovaire ascensionné
		TTT	= <b>Urgence chirurgicale</b> : risque de nécrose de l'ovaire > 6h → <b>coelioscopie</b> - <b>Risque d'annexectomie</b> en cas de nécrose ovarienne (rare) ou de laparoconversion - <b>TTT conservateur</b> à privilégier : <b>détorsion de l'annexe</b> et <b>kystectomie</b>
	Hémorragie intra-kystique	- <b>Douleur pelvienne</b> latéralisée, d'installation rapide - <b>Douleur provoquée</b> latéro-utérine, <b>masse latéro-utérine</b> douloureuse au TV - <b>Echo pelvienne</b> : kyste ovarien de contenu hétérogène (sang) ± épanchement péritonéal - PEC symptomatique : <b>antalgique + repos</b> - Risque de <b>rupture hémorragique</b> (hémopéritoine) : surveillance clinique + taux d'Hb → <b>Coelioscopie</b> au moindre doute (élimine une torsion d'annexe) ou si douleur intense (traitement)	
	Rupture de kyste ovarien	- <b>Douleur pelvienne</b> d'apparition brutale, de résolution spontanée et complète en quelques jours - <b>Echographie</b> : lame liquidienne au niveau du cul-de-sac de Douglas, ovaires souvent normaux - <b>TTT préventif</b> (rupture de kyste fonctionnel à répétition) : <b>contraception oestroprogestative</b> - <b>Rupture hémorragique</b> (plus rare) = <b>hémorragie intra-péritonéal</b> : douleur d'installation brutale, avec signes péritonéaux, jusqu'au <b>choc hémorragique</b> avec <b>hémopéritoine massif</b> → <b>urgence chirurgicale</b>	
Compression extrinsèque	= Surtout en cas de tumeur ovarienne maligne : - Vessie : <b>pollakiurie</b> - Rectum : <b>troubles du transit, ténésme, épreintes</b> - Uretère : <b>urétéro-hydronephrose chronique</b> - Vasculaire : <b>TVP, lymphoedème</b>		
Complication obstétricale	- Gros kyste enclavé dans le cul-de-sac de Douglas : risque <b>d'obstacle praevia</b> gênant la descente de la tête fœtale → <b>césarienne</b> - Complication plus fréquente lors de la grossesse		

## CANCER DE L'OVAIRE

**Cancer de l'ovaire** : 4600/an, 7<sup>e</sup> cancer le plus fréquent ; en diminution depuis les années 2000 (utilisation croissance de la contraception **hormonale**) principalement chez la femme > 45 ans

- **4<sup>e</sup> cause de décès** par cancer de la femme, de mauvais pronostic (2<sup>e</sup> cancer gynécologique **après l'endomètre**)
- **10-20% des cancers** surviennent dans un contexte de **prédisposition génétique**
- Très longtemps asymptomatique : diagnostic précoce difficile, **75% diagnostiqués à un stade évolué** (FIGO III ou IV)
- Développé sur des **kystes d'inclusion épithéliale** formée par la cicatrisation après ovulation (théorie plus récente : origine tubaire des cellules néoplasiques)
- Histoire naturelle : essentiellement **envahissement péritonéal** (carcinose) et **extension lymphatique** (ADP iliaques externes et primitives, et lombo-aortiques), plus rarement **hématogène** (métastases hépatique, pulmonaire, cerveau)

FdR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Age &gt; 50 ans, ménopause, antécédents d'irradiation pelvienne</li> <li>- ↗ du nombre d'ovulations : nulliparité, 1<sup>ère</sup> grossesse tardive &gt; 30 ans, infertilité, puberté précoce</li> <li>- Antécédents personnels ou familiaux de cancer du <b>sein</b>, de <b>l'ovaire</b>, de <b>l'endomètre</b> ou du <b>colon</b></li> <li>- <b>Syndromes héréditaires</b> (autosomiques dominants) : syndrome familial de cancer du sein ou de l'ovaire, <b>syndrome sein-ovaire</b> (mutation BRCA1++ ou BRCA2), RAD51, syndrome de <b>Lynch</b>, syndrome de <b>Li-Fraumeni</b></li> <li>- <b>Stimulation par Clomifène (FIV ++)</b></li> <li>- <b>Endométriose</b></li> <li>- <b>Tabac, amiante, THS à base d'œstrogène (CIRC 2012)</b></li> <li>→ Le cancer de l'ovaire n'est pas hormonodépendant</li> <li>- Facteurs protecteurs (↘ de l'ovulation) : contraception orale, multiparité, <b>allaitement &gt; 6 mois</b>, ligature tubaire</li> </ul>			
	Anapath	Tumeur épithéliale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Cystadénocarcinome séreux</b> : forme la plus fréquente (90% des cas)</li> <li>- <b>Cystadénocarcinome mucineux</b></li> <li>- <b>Carcinome endométrioïde</b></li> <li>- Autres : <b>cancer à cellules claires, tumeur de Brenner...</b></li> </ul>	
		Tumeur germinale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Dysgerminome</b> = séminome</li> <li>- Tumeur germinale non séminomateuse : <b>tératome, choriocarcinome</b></li> <li>- Tumeur femelle = <b>tumeur de la granulosa</b></li> <li>- Tumeur mâle = <b>tumeur à cellules de Sertoli et de Leydig</b></li> </ul>	
MT		<ul style="list-style-type: none"> <li>= Tumeur ovarienne bilatérale, généralement mucineuse</li> <li>- Primitif : <b>cancer du sein</b> (notamment lobulaire), <b>cancer digestif (gastrique, colique... → syndrome de Krukenberg)</b>, <b>cancer de l'endomètre, cancer du rein...</b></li> </ul>		
Diagnostic	C	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Symptômes (<b>frustes, tardifs</b>) : <b>AEG, douleur ou pesanteur pelvienne, ↗ volume abdominal, masse palpée</b></li> <li>- Complication : <b>ascite, constipation/occlusion, OMI, TVP, sciatalgie, épanchement pleural</b></li> <li>- Examen clinique complet : palpation hépatique, recherche d'ascite, examen gynécologique...</li> <li>- <b>Touchers pelviens</b> : masse pelvienne irrégulière, indolore, recherche de carcinose péritonéale</li> <li>- <b>Palpation des aires ganglionnaires</b>, notamment inguinales et sus-claviculaires</li> </ul>		
	Bio	Marqueur tumoraux	CA 125	<ul style="list-style-type: none"> <li>= Marqueur de référence des cancers séreux, lié au volume tumoral : normal &lt; 35</li> <li>- <b>Dosage en pré-opératoire, suivi de la normalisation</b> en post-opératoire et surveillance</li> <li>- ↗ : grossesse, règles, endométriose, insuffisance hépatique, pancréatite, cancer biliaire</li> <li>- <b>HE4</b> : marqueur alternatif, de meilleure sensibilité et spécificité avec calcul du score <b>ROMA</b> (Non utilisé encore en pratique courante)</li> </ul>
			Autres	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosage de l'<b>ACE</b> et du <b>CA 19.9</b> systématique : ↗ dans les adénocarcinomes mucineux</li> <li>- Marqueurs tumoraux embryonnaires chez les <b>femmes jeunes</b> : <b>αFP, hCG, LDH</b></li> </ul>
		ECHO abdomino-pelvienne	<ul style="list-style-type: none"> <li>= Examen de 1<sup>ère</sup> intention devant toute tumeur ovarienne</li> <li>- Arguments évocateurs de malignité : végétations endo-/exo-kystiques, ascite, ADP, masse pelvienne associée</li> <li>- Exploration de l'ovaire controlatéral</li> <li>- <b>Doppler systématique</b> en cas de <b>volumineuse masse pelvienne</b> à la recherche d'une <b>thrombophlébite pelvienne</b>.</li> </ul>	
	IRM abdomino-pelvienne	<ul style="list-style-type: none"> <li>= Examen de référence pour la classification (avec coupes jusqu'au pédicule rénal)</li> <li>- Caractéristiques de la tumeur et rapports</li> <li>- <b>Bilan d'extension et classification FIGO</b> : ascite, implants péritonéaux, carcinose péritonéale, atteinte digestive, mésentérique ou du grand épiploon, ADP, MT à distance, épanchement pleural</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Scanner thoraco-abdomino-pelvien</b> systématique = bilan d'extension : recherche d'ADP, de métastases à distance, ascite, nodules de carcinose</li> <li>- <b>PET-scanner</b> indiqué en 2<sup>nd</sup> intention : ↗ isolée du CA 125 sans image à l'IRM/TDM ou récurrence isolée</li> <li>- <b>Mammographie</b> et/ou <b>échographie mammaire</b> : cancer du sein associé</li> <li>→ Le diagnostic et le pronostic ne sont pas obtenus en pré-opératoire avant la coelioscopie initiale</li> </ul>			

	Bilan onco-génétique	<p>Consultation d'oncogénétique + recherche de mutation BRCA1 et 2 systématique pour tout cancer de l'ovaire quel que soit l'âge avec 2 objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rechercher une prédisposition génétique, permettant de l'étendre aux autres membres de la famille, et proposer une chirurgie prophylactique dans certains cas</li> <li>- Personnaliser le traitement : nouvelles thérapies par inhibiteurs de PARP (ciblent la réparation de l'ADN en cas de mutation des gènes BRCA)</li> </ul> <p>Recherche de la mutation sur la tumeur (somatique) et dans le sang (constitutionnelle).</p>	
CLASSIFICATION FIGO	Stade I	<p>= Limité aux ovaires</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- IA = tumeur limitée à 1 ovaire, capsule intacte, cytologie péritonéale négative</li> <li>- IB = tumeur des 2 ovaires, capsules intactes, cytologie péritonéale négative</li> <li>- IC = rupture capsulaire per-opératoire (IC1), rupture pré-opératoire ou tumeur à la surface d'un ovaire (IC2) ou cytologie péritonéale positive (IC3)</li> </ul>	
	Stade II	<p>= Etendu à un organe pelvien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- IIA = utérus et/ou trompe, cytologie péritonéale négative</li> <li>- IIB = autres organes pelviens, cytologie péritonéale négative</li> <li>- IIC = atteinte pelvienne avec cytologie péritonéale positive</li> </ul>	
	Stade III	<p>= Au-delà du pelvis</p> <p>= Atteinte péritonéale extra-pelvienne, ADP rétro-péritonéales et/ou atteinte de l'intestin grêle ou du grand épiploon</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- IIIA : ADP rétropéritonéale (IIIA1) et/ou atteinte microscopique extra-pelvienne (IIIA2)</li> <li>- IIIB : atteinte macroscopique extra-pelvienne &lt; 2 cm ± ADP rétropéritonéale</li> <li>- IIIC : atteinte macroscopique extra-pelvienne &gt; 2 cm ± ADP rétropéritonéale</li> </ul>	
	Stade IV	<p>= Métastase à distance (autre que péritonéale) : épanchement pleural avec cytologie positive, métastase hépatique, splénique ou extra-abdominale (dont ADP inguinale ou ADP extra-abdominale)</p>	
	- Survie à 5 ans : tous stades confondus = 45%, stade 1 = 85%, stade 2 = 60%, stade 3 = 35%, stade 4 = 20%		
TTT	→ En cas de tumeur avancée (carcinose péritonéale, non résécable d'emblée) : adresser la patiente en centre expert afin de décider de la résection rapide ou d'une chimiothérapie préalable		
	= 1 <sup>er</sup> temps thérapeutique : diagnostic (anatomopathologie extemporané), pronostic et thérapeutique		
	Chirurgie	Coelioscopie initiale	<p>= En 1<sup>ère</sup> intention : confirmation diagnostique et bilan de résécabilité</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cytologie péritonéale, biopsie tumorale et bilan d'extension (carcinose péritonéale)</li> </ul>
		Laparotomie médiane xiphopubienne	<p>= Immédiatement après la coelioscopie en cas de cancer de l'ovaire retrouvé à l'examen extemporané et de tumeur résécable : chirurgie de réduction tumorale maximale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale</li> <li>- Curage ganglionnaire pelvien bilatéral et lombo-aortique (intérêt discuté)</li> <li>- Omentectomie (exérèse du grand épiploon)</li> <li>- Appendicectomie</li> <li>- Biopsies péritonéales multiples ± élargie (digestive, péritonéale...)</li> </ul> <p>→ Peut être réalisé dans un 2<sup>nd</sup> temps (généralement 15 jours après la coelioscopie) en cas de cancer avancé (carcinose péritonéale) mais résécable</p>
		Chirurgie d'intervalle	<p>= En cas de chirurgie de réduction tumorale complète impossible : chirurgie d'intervalle + CHIP (chimiothérapie hyperthermique intra-péritonéale) après 3 cures de chimiothérapie néoadjuvante, suivie de 3 nouvelles cures de chimiothérapie</p>
TOLM ou tumeur maligne de stade IA de grade 1 ou 2		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chez la femme jeune avec désir de grossesse : possibilité de chirurgie initiale conservatrice = annexectomie unilatérale avec vérification de l'ovaire controlatéral ± curage (sauf si TOLM)</li> <li>- Femme &gt; 40 ans ou multipare : hystérectomie totale avec annexectomie complémentaire recommandée</li> </ul> <p>→ Les TOLM peuvent être associées à des localisations extra-ovariennes (implants péritonéaux), à distinguer d'une carcinose péritonéale</p>	
Chimiothérapie	<p>= 6 cycles de polychimiothérapie adjuvante : association taxol + sel de platine</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indication systématique, démarrée le plus tôt possible : 6 cures toutes les 3 semaines</li> <li>→ Le cancer de l'ovaire est très chimiosensible (mais non radiosensible)</li> </ul>		
Thérapies ciblées	<p><b>Inhibiteurs de PARP (-parib) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inhibent la réparation de l'ADN, activant l'apoptose des cellules cancéreuses</li> <li>- Chez les BRCA mutées, stade III ou IV, en réponse après chirurgie et chimiothérapie : amélioration de la survie</li> </ul>		
Facteurs pronostiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réduction tumorale complète : principal facteur pronostique</li> <li>- Stade FIGO</li> <li>- Age et état général</li> <li>- prise en charge par un centre expert</li> <li>- Type histologique : tumeur mucineuse, endométrioïde ou à cellules claires de meilleur pronostic</li> <li>- Grade de différenciation histologique</li> <li>- Réponse à la chimiothérapie</li> </ul> <p>→ Pronostic : survie à 5 ans de 45% tous stades confondus : 85 % au stade 1, 60% au stade II, 35% au stade III, et 20 % au stade IV.</p>		

Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Clinique + CA 125</b> (+ échographie en cas de traitement conservateur) : tous les 4 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois pendant 3 ans, puis 1/an</li> <li>- <b>Pas d'examen radiologique</b> de manière systématique</li> <li>- En cas de suspicion de récurrence : <b>scanner abdomino-pelvien</b> en 1<sup>ère</sup> intention</li> </ul>
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> <li>= Chez les femmes avec un risque génétique de cancer de l'ovaire (BRCA1/2) :</li> <li>- Suivi dès 30 ans : <b>examen gynécologique</b> et <b>mammaire</b> 2 fois/an + <b>échographie pelvienne</b> et <b>CA125</b> 1 fois/an</li> <li>- A partir de 40 ans (BRCA1) ou 45 ans (BRCA2) : <b>annexectomie bilatérale</b> prophylactique proposée</li> </ul>
TOB ou TOF	<ul style="list-style-type: none"> <li>= Tumeur ovarienne borderline ou frontière : se situent entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes</li> <li>- <b>Excellent pronostic</b></li> <li>- <b>IRM pelvienne</b> en séquence diffusion et en perfusion mais ne peut différencier à elle seule une tumeur bénigne d'une tumeur maligne</li> <li>- Dans 30% des cas, on retrouve des <b>localisations extra-ovariennes avec des implants péritonéaux</b></li> <li>- Seule <b>l'anatomopathologie</b> permet de poser le diagnostic</li> <li>- <b>Prise en charge chirurgicale</b> : cytologies + biopsies péritonéales + kystectomie ou annexectomie + omentectomie infra-colique. Pas de curage, appendicectomie seulement en cas de forme mucineuse.</li> <li>- Facteurs pronostiques : <ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Type histologique</b> -</li> <li>. <b>Présence d'implants invasifs ++</b></li> </ul> </li> </ul>

## TUMEUR OVARIENNE HORMONO-SECRETANTE

Oestrogènes	Tumeur de la granulosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>= <b>Tumeur maligne</b> : 90% des tumeurs des cordons sexuels et du stroma</li> <li>- Quasi-toujours <b>oestrogénosécrétante</b>, plus rarement <b>virilisante</b></li> <li>- Survenue à tout âge, plus fréquemment entre 30 et 50 ans</li> </ul>	
		C	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jeune fille : <b>pseudo-puberté précoce</b></li> <li>- Femme : <b>aménorrhée, méno-métrorragie</b></li> <li>- Femme ménopausée : <b>métrorragies</b> par hyperplasie endométriale</li> </ul>
		PC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imagerie : tumeur souvent volumineuse, fréquemment kystique, multiloculaire</li> <li>- Biologie : <b>inhibine B</b> et <b>AMH</b> (utile lors de la surveillance)</li> </ul>
	TTT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ovariectomie unilatérale</b> au 1<sup>er</sup> stade chez la femme jeune</li> <li>- <b>Récidive</b> fréquente, parfois tardive</li> </ul>	
	Thécome	<ul style="list-style-type: none"> <li>= Très rare : principalement en péri-ménopause ou après la ménopause</li> <li>- Généralement <b>oestrogénosécrétante</b></li> <li>- Tumeur solide, parfois fibroblastique (fibro-thécome), bénigne</li> </ul>	
Androgènes	Tumeur à cellules de Sertoli-Leydig	<ul style="list-style-type: none"> <li>= <b>Androblastome</b> ou <b>arrhénoblastome</b> : tumeur ovarienne rare, généralement à 30-40 ans</li> <li>- <b>Signes de virilisation</b> : <b>hypertrophie du clitoris, alopecie androgénique, voix rauque</b></li> <li>- Associé ou non à des troubles des règles : <b>spanioménorrhée, aménorrhée, métrorragie</b></li> <li>- <b>Dosage de testostérone</b> &gt; 1,5 ng/ml</li> <li>- Imagerie : <b>échographie</b> ou <b>IRM pelvienne</b></li> <li>→ En cas de tumeur non visible : <b>cathétérisme sélectif des veines ovariennes</b></li> <li>- <b>Traitement conservateur</b> chez la femme jeune (rarement maligne)</li> </ul>	
	Tumeur à cellules de Leydig	<ul style="list-style-type: none"> <li>= <b>Tumeur stromale à cristaux de Reinke</b> : bénigne, de petite taille</li> <li>- <b>Tumeur virilisante</b> de la femme ménopausée</li> <li>- Traitement par <b>ovariectomie bilatérale</b> (risque d'hyperplasie leydigienne controlatérale)</li> </ul>	
Autres	Tumeur ovarienne à hCG	<ul style="list-style-type: none"> <li>= Tumeur maligne, souvent mixte syncytio-trophoblastique, plus rarement <b>choriocarcinome</b> ou <b>carcinome embryonnaire</b></li> <li>- Touche principalement la femme jeune : <b>aménorrhée, douleur abdominale, métrorragie</b></li> <li>- <b>Dosage d'hCG</b> positif</li> <li>- Traitement : <b>conservateur</b> chez la femme jeune, <b>chimiothérapie</b> si forme étendue</li> </ul>	
	Gonadoblastome	<ul style="list-style-type: none"> <li>= Tumeur mixte germinale et des cordons sexuels</li> <li>- Peut sécréter des <b>androgènes</b> et de <b>l'hCG</b></li> <li>- Touche principalement les patientes avec <b>syndrome de Turner</b> avec caryotype en mosaïque avec chromosome Y : <b>gonadectomie préventive</b></li> </ul>	