

Prise en charge des tumeurs frontières de l'ovaire



Suspicion tumeur maligne de l'ovaire dite rare

Bilan

- Anamnèse
- Examen clinique
- Examens biologiques : AFP, HCG, LDH, CA 19.9, CA 125, Oestradiol, Inhibine B, NSE, AMH
- Scanner TAP +/- cérébral (si maladie métastatique)

Chirurgie de diagnostic
+ cytologie du liquide péritonéal
+ prévoir examen extemporané
+ relecture des lames histologiques
+ congélation tumorale

Prise en charge des tumeurs frontières de l'ovaire de type séreux



Tumeur frontière de l'ovaire chez une femme < 40 ans stade I macroscopique

Diagnostiquée lors de l'intervention (extemporané)

Non diagnostiquée lors de l'intervention

1 Traitement conservateur: **A. si tumeur unilatérale:** annexectomie unilatérale si annexe controlatérale saine. Kystectomie en cas d'ovaire unique

B. si tumeur bilatérale: modalités du traitement conservateur dépend de la taille des lésions (annexectomie unilatérale et kystectomie controlatérale ou kystectomie bilatérale)

2. Si traitement conservateur d'une partie d'un ovaire impossible

(atteinte ovarienne importante)

imposant une annexectomie bilatérale ou unilatérale sur ovaire unique):

a. conservation de l'utérus +/- b. cryopréservation ovarienne (si < 35 ans)

3. Stadification péritonéale

(cytologie péritonéale, omentectomie, biopsies péritonéales multiples)

4. Pas de chirurgie ganglionnaire

5. Traitement coelioscopique complet possible

si pas de rupture de la lésion et ensachage des pièces

-Si: 1. absence de composante micropapillaire et
2. exploration péritonéale normale lors de la première chirurgie: **pas de restadification**

-- Dans les autres cas: **restadification péritonéale**

(+/- annexectomie homolatérale si il n'y a eu qu'une kystectomie)

-Voie d'abord coelioscopique à privilégier

Pas d'indication à un traitement adjuvant

Prise en charge des tumeurs frontières de l'ovaire de type séreux



Tumeur frontière de l'ovaire chez une femme > 40 ans stade I macroscopique

Diagnostiquée lors de l'intervention (extemporané)

Non diagnostiquée lors de l'intervention et préservation d'au moins un ovaire

- **Option 1** (à privilégier): Annexectomie bilatérale (ou unilatérale si ovaire unique)
- **Option 2:** Annexectomie unilatérale en cas de tumeur unilatérale
 - Hystérectomie discutée
 - **Stadification péritonéale**
 - Pas de chirurgie ganglionnaire
- **Traitement coelioscopique complet possible** si pas de rupture de la lésion et ensachage des pièces

- 2 options à discuter avec la patiente:
- **Option 1** (à privilégier): complément pour annexectomie bilatérale et stadification péritonéale
 - **Option 2:** surveillance simple (mais ne peut se discuter qu'en l'absence de micropapillaire)
 - Voie d'abord coelioscopique à privilégier pour ce complément chirurgical

Pas d'indication à un traitement adjuvant

Prise en charge des tumeurs frontières de l'ovaire de type séreux

Tumeur frontière de l'ovaire chez une femme de stade II ou III

Chirurgie avec gestes suivants:

- Résection de tous les implants péritonéaux visibles (si techniquement faisable)
- Omentectomie infragastrique ou infracolique en fonction de la localisation des implants
 - Adénectomie sélective ou curage si adénomégalie*
- Traitement coelioscopique possible mais à discuter au cas par cas
- Chez une femme < 40 ans: **traitement conservateur de l'utérus et de l'ovaire possible** (en l'absence d'implants majeurs sur la séreuse utérine et sur l'ovaire préservé)

Implants péritonéaux non-invasifs

- Pas d'indication à un traitement adjuvant
- Traitement conservateur possible
- **Second-look peut se discuter** (en cas de résidu péritonéal initial)

Implants péritonéaux invasifs

- **A priori indication à une chimiothérapie adjuvante** (identique à celui des tumeurs épithéliales malignes)
- **Pas de traitement conservateur** (totalisation de l'ovaire restant après traitement adjuvant)
- **Second-look peut se discuter** (en cas de résidu péritonéal initial)

* en cas d'atteinte ganglionnaire, la prise en charge thérapeutique se discute au cas par cas en fonction de la morphologie des ganglions atteints

Prise en charge des tumeurs frontières de l'ovaire de type mucineux



Tumeur mucineuse de l'ovaire



Traitement identique aux tumeurs séreuses avec en plus:

1. **Appendicectomie** systématique (en cas de tumeur de type intestinal)
2. En cas de traitement conservateur, **privilégier l'annexectomie à la kystectomie**
(si annexe controlatérale présente et normale)
3. Indication à une **chirurgie de restadification péritonéale** (si non réalisée initialement)
en cas de composante de carcinome intra-épithélial associé
4. Indication voie d'abord **laparotomique** plus large car tumeur volumineuse
5. En cas de **tumeur bilatérale: bilan digestif** (coloscopie et fibro gastrique et échoendoscopie haute)
6. En cas **d'atteinte péritonéale**, discuter le cas avec un **pathologiste référent** car situation rare
7. Si **pseudomyxome péritonéal** associé, discuter **résection péritonéale complète et CHIP**

Prise en charge des tumeurs frontières de l'ovaire

Surveillance après traitement

Surveillance	Année 1-3	de 4 à 5 ans	> 5 ans
Examen clinique, Biologie (marqueurs)	/ 3 mois	/ 6 mois	/ an
Echographie pelvienne et abdo*	/ 3 mois	/ 6 mois	/ an
TDM abdomino-pelvien**	/ 6 mois	/ 12 mois	/ an

* en cas de traitement conservateur

** en cas de stade avancé