

Fiche tumeur épithéliale de l'ovaire

FIGO

- I tumeur limitée aux ovaires**
- IA tumeur limitée à un ovaire : capsule intacte, pas de tumeur à la surface de l'ovaire, pas de cellule maligne ds l'ascite ou le lavage péritonéal
 - IB tumeur limitée aux 2 ovaires : capsule intacte, pas de tumeur à la surface de l'ovaire, pas de cellule maligne ds l'ascite ou le lavage péritonéal
 - IC tumeur limitée à un ou 2 ovaires et associée soit à une rupture capsulaire, soit à une extension tumorale à la surface de l'ovaire, soit à la présence de cellule maligne ds l'ascite ou le lavage péritonéal
- II tumeur envahissant un ou deux ovaires avec extension pelvienne**
- IIA extension et/ou greffe utérine et/ou tubaire, pas de cellule maligne ds l'ascite ou le lavage péritonéal
 - IIB extension à d'autres structures pelviennes, pas de cellule maligne ds l'ascite ou le lavage péritonéal
 - IIC extension pelvienne (IIA ou IIB) avec présence de cellule maligne ds l'ascite ou le lavage péritonéal
- III tumeur envahissant un ou les deux ovaires avec métastase péritonéale extrapelvienne confirmée histologiquement et/ou adénopathies régionales**
- IIIA métastases péritonéales extrapelviennes microscopiques
 - IIIB métastases péritonéales extrapelviennes macroscopiques ≤ 2 cm dans leur plus grande dimension
 - IIIC métastases péritonéales extrapelviennes macroscopiques > 2 cm dans leur plus grande dimension et/ou adénopathies régionales
- IV métastases à distance (à l'exclusion des métastases péritonéales)**

TNM

- TX la tumeur primitive ne peut être évaluée
- T0 pas de tumeur primitive décelable
- Tis carcinome in situ
- T1 tumeur limitée aux ovaires**
- T1a tumeur limitée à un ovaire : capsule intacte, pas de tumeur à la surface de l'ovaire, pas de cellule maligne ds l'ascite ou le lavage péritonéal
 - T1b tumeur limitée aux 2 ovaires : capsule intacte, pas de tumeur à la surface de l'ovaire, pas de cellule maligne ds l'ascite ou le lavage péritonéal
 - T1c tumeur limitée à un ou 2 ovaires et associée soit à une rupture capsulaire, soit à une extension tumorale à la surface de l'ovaire, soit à la présence de cellule maligne ds l'ascite ou le lavage péritonéal
- T2 tumeur envahissant un ou deux ovaires avec extension pelvienne**
- T2a extension et/ou greffe utérine et/ou tubaire, pas de cellule maligne ds l'ascite ou le lavage péritonéal
 - T2b extension à d'autres structures pelviennes, pas de cellule maligne ds l'ascite ou le lavage péritonéal
 - T2C extension pelvienne (IIA ou IIB) avec présence de cellule maligne ds l'ascite ou le lavage péritonéal
- T3 tumeur envahissant un ou les deux ovaires avec métastase péritonéale extrapelvienne confirmée histologiquement et/ou adénopathies régionales**
- T3A métastases péritonéales extrapelviennes microscopiques
 - T3B métastases péritonéales extrapelviennes macroscopiques ≤ 2 cm dans leur plus grande dimension
 - T3C métastases péritonéales extrapelviennes macroscopiques > 2 cm dans leur plus grande dimension et/ou adénopathies régionales
- N0 pas d'envahissement ganglionnaire
- N1 adénopathie métastatique pelvienne ou lombo-aortique
- NX statut ganglionnaire inconnu

Bilan initial

- ↪ Examen clinique pelvien, abdominal, ganglionnaire
- ↪ Marqueurs tumoraux
 - CA125, CA19-9, ACE
- ↪ Bilan extension
 - Scanner thoraco-abdomino-pelvien (option radiographie de thorax)
- ↪ Biopsie sous contrôle scanner ou coelioscopique si chimiothérapie néoadjuvante envisagée
- ↪ Option coloscopie et fibroscopie gastrique si doute sur primitif digestif
- ↪ Cytologie d'un épanchement pleural

Prise en charge thérapeutique

Principes généraux

- ↪ La chirurgie est le premier temps du traitement dans tous les cas où la tumeur peut être complètement réséquée. La laparotomie médiane xiphopubienne est l'incision standard
- ↪ L'objectif de la chirurgie est la résection **complète** (absence de résidu macroscopique). La chirurgie « optimale » définie par un reliquat inférieur à 1 ou 2 centimètres n'est plus l'objectif standard.
- ↪ Le risque chirurgical et l'altération de la qualité de vie associés aux exérèses multiples doivent être pris en compte
- ↪ La prise en charge chirurgicale d'un cancer de l'ovaire nécessite la maîtrise de la chirurgie viscérale, des péritonectomies et de la chirurgie ganglionnaire abdominale, en vue d'obtenir la réduction tumorale complète
- ↪ En cas de carcinose péritonéale étendue, l'évaluation de la résécabilité complète sans risque chirurgical excessif repose sur la clinique, l'examen scannographique, et si besoin une coelioscopie diagnostique
- ↪ Si la résection complète ne peut être obtenue d'emblée, la chimiothérapie néo-adjuvante est indiquée. Une chirurgie d'intervalle est envisagée, avec le même objectif cité précédemment

Chirurgie

Intervention standard minimale

- ↪ hystérectomie totale, annexectomie bilatérale, omentectomie totale, appendicectomie, curage ganglionnaire pelvien et aortique infrarénal bilatéral, biopsies péritonéales, cytologie péritonéale

Autres gestes parfois nécessaires pour obtenir la réduction tumorale complète :

↪ péritonectomies étendues, résections digestives, splénectomie

Option : stadification incomplète lors d'une première intervention chirurgicale :

↪ Restadification complémentaire ganglionnaire et péritonéale, option coeliochirurgicale ; option résection des trajets de trocart

Option : réduction tumorale incomplète lors d'une première intervention

↪ Reprise chirurgicale pour chirurgie complète avant ou en cours de chimiothérapie (après 3 ou 4 cures si réponse)

Option : traitement conservateur (annexectomie unilatérale)

↪ Sous couvert d'une stadification péritonéale et ganglionnaire complète négative avec curetage utérin,

↪ Sous condition : stade IA G1 ou G2 de la femme jeune désirant une grossesse ; carcinomes à cellules claires exclus ; proposer une annexectomie controlatérale après obtention des grossesses ou âge de 40 ans

Chimiothérapie

↪ La chimiothérapie est indiquée à partir du stade IC ou G3 ou histologie particulière de mauvais pronostic (cellules claires) ; elle est discutée dans les IB G2

↪ Carboplatine – Paclitaxel

↪ Néoadjuvant : 3 cures puis bilan clinique, marqueurs, imagerie – si bonne réponse chirurgie d'intervalle puis 3 à 6 autres cures

↪ Adjuvant : minimum de 6 cures après chirurgie

↪ Evaluation clinique, radiologique et biologique après 6 cures et prise en charge individualisée

↪ **Option** : chimiothérapie combinée intraveineuse et intrapéritonéale, avec PAC intrapéritonéal de préférence posé au cours de l'intervention initiale, sauf en cas de résection digestive

Récidive

Chirurgie

↳ La chirurgie est envisagée si la récidive a lieu plus de 12 mois après la fin du traitement initial et si forme localisée. La réduction tumorale complète est l'objectif, après évaluation préthérapeutique incluant un scanner thoracoabdominopelvien, un TEP-TDM et au besoin une coelioscopie

Chimiothérapie

↳ Reprise d'une chimiothérapie à base de sels de platine si récidive tardive (> 6 mois) après la fin du traitement initial

↳ Sinon 2^{ème} ligne

Radiothérapie

↳ Site particulier

Tumeur frontière

Chirurgie xxx

- ↳ Si désir de grossesse : annexectomie unilatérale (option : kystectomie)
- ↳ Annexectomie bilatérale, stadification péritonéale, omentectomie, appendicectomie en cas de forme mucineuse
- ↳ Exérèse complète et analyse histologique des greffes péritonéales
- ↳ Pas de curage ganglionnaire

Option : Patiente référée après découverte d'une tumeur frontière au stade IA apparent

- ↳ Pas de reprise chirurgicale si
 - Autre forme que micropapillaire
 - Péritoine bien exploré et décrit lors de 1ere intervention
 - Bonne compliance pour suivi ultérieur
 - Forme mucineuse et appendicectomie déjà réalisées
 - Absence de rupture peropératoire
 - Utilisation d'un sac d'extraction par coelioscopie

Surveillance

↪ Standard : clinique et biologique tous les 4 mois pendant 2 ans puis tous les 6 mois pendant 3 ans puis annuel ; pas d'examen radiologique systématique

↪ Si traitement conservateur : échographie pelvienne additionnelle