

# Cancer de l'ovaire : signes cliniques, moyens diagnostiques et bilan d'extension, stratégie thérapeutique (153)

*Pr. Jacques Dauplat, Dr. Guillaume Le Bouëdec.*

*Centre Jean Perrin, 58, rue Montalembert, B.P. 392, 63011 Clermont-Ferrand Cedex 1  
Mars 2006 (mise à jour mars 2006)*

## 1. Introduction

Le cancer de l'ovaire touche environ 3500 femmes chaque année en France, ce qui représente une incidence de 10 cas pour 100 000 femmes et par an. Le pronostic de cette affection est redoutable puisqu'à peu près autant de décès sont constatés. Cette gravité est due au fait que trois fois sur quatre le diagnostic est tardif au stade de carcinose péritonéale où le volume de la tumeur primitive et de son extension intrapéritonéale sont considérables.

Malgré les progrès thérapeutiques, le taux de survie à 5 ans de ces femmes ne dépasse pas 25 %. Pourtant, lorsque le diagnostic est précoce alors que la tumeur est limitée à un ovaire ou aux deux ovaires, les chances de guérison sont réelles avec une survie à 5 ans de l'ordre de 90 %. Il paraît donc particulièrement important de faire le diagnostic de cette affection aussi précocement que possible, mais malheureusement il n'existe aucun signe clinique caractéristique et la survenue d'une tumeur ovarienne peut s'accompagner d'une symptomatologie extrêmement variée voire trompeuse. Ceci explique que régulièrement des cancers de l'ovaire sont diagnostiqués par des gastroentérologues ou des chirurgiens généralistes ou viscéralistes plutôt que par des gynécologues. D'autre part on connaît mal la vitesse de croissance des tumeurs de l'ovaire et, s'il est probable que certaines possèdent une longue période de latence clinique qui serait propice à un diagnostic précoce, il est certain que d'autres évoluent rapidement et connaissent très vite une dissémination péritonéale rendant illusoire une éventuelle intervention précoce.

Il importe donc, devant toute symptomatologie mal expliquée, de savoir penser au cancer de l'ovaire et de pratiquer un examen gynécologique approprié complété par une échographie abdomino-pelvienne qui est le maître examen du diagnostic de cette affection.

## 2. Dépistage

Le dépistage pourrait apparaître comme une solution pour améliorer la précocité du diagnostic d'autant plus qu'avec l'échographie on dispose d'un moyen très sensible pour détecter des anomalies ovariennes. Malheureusement, la spécificité de ce test même couplé au dosage du marqueur biologique CA 125 est très insuffisante eu égard à la faible prévalence du cancer de l'ovaire par rapport aux lésions bénignes. La généralisation des échographies conduirait donc à un beaucoup trop grand nombre d'explorations chirurgicales (coelioscopie) pour parvenir à un diagnostic histologique de certitude. Le dépistage de masse n'est donc pas préconisé actuellement et en dehors des formes familiales où il existe une prédisposition génétique (5 à 10 % des cas) aucun groupe à risque ne peut être véritablement individualisé.

### 3. Rappel anatomo-pathologique et histoire naturelle

L'ovaire est une glande mixte constituée de plusieurs tissus aux fonctions différentes. Chacun de ces tissus peut être à l'origine d'une transformation néoplasique bénigne ou maligne ce qui explique la très grande variété des lésions ovariennes.

La glande est recouverte d'un épithélium qui est en continuité avec la séreuse péritonéale mais non recouverte par elle pour permettre l'ovulation. Cet épithélium est à l'origine de 90 % des lésions ovariennes et celles-ci peuvent être bénignes (le plus souvent kystiques) ou malignes ou à malignité atténuée, dites encore "frontières" ou "borderline". Les cancers sont des épithéliomas cylindriques ou adénocarcinomes qui peuvent connaître une différenciation séreuse, mucineuse, endométrioïde ou à cellules claires.

La lignée germinale peut être à l'origine de séminomes, de dysembryomes plus ou moins matures et de choriocarcinomes ; ces tumeurs surviennent plus volontiers chez la femme jeune. Les tissus de soutien et les thèques sont à l'origine des tumeurs de la granulosa, des fibromes ou des fibrothécomes ou de tumeurs à cellules de Leydig ou de Sertoli qui sont souvent responsables d'une sécrétion hormonale anormale.

Enfin l'ovaire peut être le siège de tumeurs secondaires, métastases d'autres cancers : digestifs, mammaires, lymphomes...

Les épithéliomas ovariens sont le plus souvent kystiques ou mixtes mais à partir du moment où des cellules néoplasiques apparaissent à la surface de l'ovaire elles vont "desquamer" dans la cavité péritonéale qu'elles vont rapidement ensemercer au gré des mouvements imprimés à cette cavité par la respiration diaphragmatique. Des implants tumoraux péritonéaux vont proliférer au niveau de l'épiploon et du péritoine pariétal jusqu'aux coupes diaphragmatiques pour constituer une carcinose péritonéale avec ascite caractéristique du stade III de la maladie le plus souvent diagnostiqué. La classification anatomo-clinique de la Fédération Internationale des Gynécologues Obstétriciens (F.I.G.O.) reflète les différents stades évolutifs (cf. tableau). Elle ne peut être déterminée avec précision qu'après une exploration chirurgicale de l'abdomen.

### 4. Age de survenue

Les tumeurs ovariennes peuvent se voir à tout âge de la vie et même dès l'enfance.

Les épithéliomas ovariens sont une affection plutôt post-ménopausique avec un âge moyen de survenue de 60 ans. Ils peuvent cependant se rencontrer beaucoup plus précocément et le jeune âge ne permet pas d'en éliminer l'éventualité. Les tumeurs de la lignée germinale sont généralement rencontrées chez des femmes jeunes.

### 5. Symptomatologie fonctionnelle

La tumeur ovarienne est souvent kystique mais du fait de la situation profonde des ovaires elle peut atteindre un volume important avant de provoquer des symptômes qui peuvent être très variés et ne sont jamais spécifiques.

On rencontrera :

- des douleurs pelviennes ou abdomino-pelviennes plus ou moins vagues irradiant dans les lombes ou dans les régions inguinales
- une augmentation de volume progressive de l'abdomen pouvant être due au volume tumoral et/ou à de l'ascite
- des saignements ou des pertes génitales anormales
- des troubles dus à la compression provoquée par la tumeur plus ou moins enclavée dans le petit bassin :
  - troubles du transit intestinal, constipation récente, faux besoins, subocclusion
  - dysurie ou pollakiurie ou incontinence par compression vésicale
  - plus rarement œdème d'un membre inférieur ou phlébite ou sciatalgie par compression veineuse ou radiculaire
- une dyspnée peut-être révélatrice due à un épanchement pleural concomitant à l'ascite.

Parfois, on rencontrera un simple inconfort abdominal associé à une discrète altération de l'état général et souvent un interrogatoire soigneux retrouvera une ancienneté de plusieurs mois à ces troubles témoignant déjà d'une longue période d'évolution de la maladie. Devant une symptomatologie aussi vague et peu caractéristique il faut savoir penser au cancer de l'ovaire et procéder à un examen gynécologique soigneux.

## 6. Examen physique

Il commence par l'inspection et la palpation de l'abdomen et des aires ganglionnaires. La distension abdominale peut être due au développement abdomino-pelvien de la masse elle-même dont le pôle supérieur sera palpé au-dessus de la symphyse pubienne ou même de l'ombilic. Elle se caractérise par sa convexité vers le haut confirmée par sa matité à la percussion. Elle peut aussi être due à l'ascite dont la matité est nette dans les flancs et concave vers le haut.

A travers la paroi on peut palper les nodules péritonéaux indurés notamment au niveau de l'épiploon où ils peuvent être très volumineux ("gâteau tumoral épiploïque").

Parfois l'inspection découvre un nodule ou une induration ombilicale appelé « nodule de Sœur Mary Joseph » et qui correspond à une infiltration cancéreuse de l'ombilic. Il faut poursuivre par la recherche d'adénopathies inguinales ou sus-claviculaires.

Au spéculum le col a un aspect normal mais du sang peut provenir de l'utérus. Il peut être dévié et abaissé alors que dans les fibromes utérins il est plus souvent suspendu.

Les touchers pelviens permettent de soupçonner l'origine annexielle de la tumeur.

Dans les stades précoces il s'agit d'une masse latéro-utérine uni- ou bilatérale. Perçue à travers le cul-de-sac vaginal elle est bien limitée, arrondie, rénitente et elle est séparée de l'utérus par un sillon et peut être mobilisée indépendamment sans faire bouger l'utérus.

Aux stades avancés il existe une prolifération tumorale qui envahit progressivement le petit bassin, fixant la tumeur à l'utérus et colonisant le cul-de-sac de Douglas. Les touchers perçoivent le pôle inférieur de ce bloc tumoral qui comble le pelvis plus qu'il ne l'infiltré. On constate la présence d'une masse indurée irrégulière polylobée bloquée dans le petit bassin.

Le cul-de-sac de Douglas est occupé par des nodules tumoraux alors que généralement les paramètres ne sont pas infiltrés.

En aucune circonstance l'examen clinique ne permet d'éliminer le risque de malignité devant une masse pelvienne ou annexielle ; en revanche 4 éléments cliniques permettent de fortement l'évoquer :

- l'ascite
- la fixité et la dureté aux touchers pelviens
- des nodules pariétaux ou douglassiens évoquant la carcinose péritonéale
- l'altération de l'état général.

La variabilité de la symptomatologie pourrait conduire à décrire de multiples formes cliniques.

Par exemple, les classiques complications des kystes ovariens à type de torsion ou de rupture n'éliminant en aucun cas l'éventualité de la malignité qui sera alors une découverte opératoire.

L'occlusion intestinale peut être une forme révélatrice d'une carcinose évoluée.

Lors de ces interventions d'urgence, les meilleures conditions pour une chirurgie cancérologique ne sont pas toujours réunies.

Selon l'âge, des formes particulières peuvent être distinguées :

- rappelons qu'après la ménopause, les ovaires ne sont en principe plus palpables et leur perception doit être considérée comme anormale et doit faire pratiquer une échographie
- chez les jeunes filles ou les jeunes femmes il faut penser à la possibilité d'une tumeur de la lignée germinale et faire pratiquer les dosages des marqueurs biologiques spécifiques de ces affections :  $\alpha$ -foetoprotéine, hormone gonadotrophine chorionique (HCg) et sa chaîne  $\beta$  ( $\beta$ HCg) ; on peut y associer le dosage de la lactico-deshydrogénase (LDH) et de la neurone spécifique enolase (NSE).
- enfin, certaines formes rares développées à partir du syncytium de Sertoli ou des cellules de Leydig peuvent être à l'origine d'une sécrétion hormonale anormale, soit féminisante dans les gynoblastomes, soit virilisante dans les androblastomes, soit mixte dans les gynandroblastomes.

Il faut donc savoir y penser devant des troubles endocriniens : puberté précoce, troubles des règles, imprégnation oestrogénique anormale en postménopause (tension mammaire, leucorrhées, métrorragies, modification de la cytologie vaginale), ou au contraire virilisme, et faire faire des dosages appropriés des hormones sexuelles qui peuvent avoir un intérêt diagnostique et dans la surveillance ultérieure.

## 7. Echographie

L'échographie doit être considérée comme le véritable prolongement de l'examen clinique. Pratiquée par voie sus-pubienne à vessie pleine et par voie transvaginale à vessie vide elle doit être complétée aux niveaux abdominal et rétropéritonéal et peut bénéficier de l'apport de l'échodoppler couleur.

Il s'agit d'un examen d'une sensibilité extrême capable de repérer de simples follicules à la surface de l'ovaire. Le problème est davantage celui de rechercher des signes suspects de malignité. C'est aussi un examen opérateur-dépendant qui bénéficie de l'expérience de celui-ci. Cependant, la certitude de bénignité ou de malignité ne peut être affirmée que par une analyse histologique.

L'échographie permet l'exploration des ovaires, de l'utérus et de sa cavité, de la cavité péritonéale, du foie, des reins et dans des circonstances favorables des chaînes ganglionnaires rétropéritonéales.

L'échographie va mettre facilement en évidence une masse latéro-utérine et va permettre d'en décrire les caractéristiques :

- côté
- taille
- échogénicité c'est-à-dire structure

La plupart du temps elle va permettre d'affirmer qu'il s'agit d'une masse annexielle. Celles-ci sont :

- soit liquidiennes, il s'agit alors de kystes
- soit solides, plus ou moins homogènes
- soit mixtes, plus ou moins hétérogènes

L'aspect le plus simple est celui d'un kyste anéchogène, c'est-à-dire liquidien pur vide d'écho et à parois fines associé à aucune autre anomalie pelvienne.

Chez la femme en période d'activité génitale, lorsque ce kyste demeure de volume modeste (5 à 6 cm), il évoque avant tout un kyste fonctionnel. Il ne doit pas faire l'objet d'une attitude agressive mais doit être reconstrôlé après 1 ou 2 cycles menstruels car dans ce cas il régresse spontanément. Sa persistance en signerait l'organicité et mériterait une exploration complémentaire car le risque de malignité ne peut être formellement exclu même s'il est faible (1 à 2 %).

Le même kyste après la ménopause est organique, le risque de malignité atteint 5 à 7 % même en présence de caractères rassurants et l'exploration chirurgicale s'impose.

En dehors du kyste simple, toute complexification de l'aspect échographique augmente la suspicion de malignité sans pour autant toujours l'affirmer.

Ainsi les kystes peuvent être multiples ou multiloculaires avec présence de cloisons dont on évaluera plus précisément l'épaisseur et la vascularisation grâce à l'échodoppler.

Les kystes peuvent être hétérogènes avec présence de zones tissulaires plus ou moins charnues ou même de calcifications. Ces aspects renforcent la suspicion de malignité mais peuvent aussi correspondre à des lésions bénignes : par exemple, les kystes dermoïdes qui

sont des dysembryomes matures (tératomes) que l'on peut rencontrer chez la jeune femme contiennent en général du tissu graisseux, parfois des phanères ou même des ébauches osseuses ou dentaires.

Les kystes mucineux sont souvent volumineux et/ou multiloculaires et les kystes endométriosiques contiennent un liquide épais dont la sédimentation est parfois échogène.

La découverte d'une tumeur tissulaire homogène n'est pas forcément significative de malignité mais peut prêter à confusion avec un fibrome utérin éventuellement sous-séreux pédiculé.

Les fibromes ou fibrotécomes de l'ovaire existent et renforcent ce risque de confusion ; des arguments de présomption sont fournis par comparaison avec l'échogénicité de l'utérus et la présence ou non d'autres léiomyomes utérins. Sinon, l'exploration chirurgicale redressera le diagnostic.

Le signe majeur de malignité est constitué par les irrégularités des parois internes ou externes de la masse qui peuvent prendre l'aspect de végétations plus ou moins épaisses et plus ou moins confluentes.

La présence de quelques végétations (moins de 5) n'est pas forcément signe de malignité mais des végétations nombreuses épaisses et confluentes à l'intérieur et à l'extérieur de la masse doivent être considérées comme malignes sans que l'on puisse trancher entre malignité vraie et malignité atténuée ("borderline").

L'échodoppler est intéressant pour explorer la vascularisation du kyste de ses cloisons et/ou de ses végétations : la néovascularisation qui accompagne les lésions néoplasiques se caractérise par sa richesse (hypervascularisation) et sa vitesse de circulation rapide (diminution de la résistivité).

La constatation de signes suspects, en particulier l'hétérogénéité et les végétations, doit faire compléter l'exploration aux niveaux pelvien et abdominal.

L'autre ovaire et l'utérus doivent être examinés car la bilatéralité des lésions malignes est fréquente et des métastases endométriales sont possibles, entraînant un épaississement échographique de la muqueuse utérine.

Le Douglas doit faire l'objet d'une attention particulière car du liquide d'ascite peut s'y accumuler et l'on peut retrouver l'aspect végétant des nodules de carcinose.

L'exploration abdominale doit être complète et rechercher un épanchement liquidien à l'étage supérieur (rétro- et sous-hépatique, espace de Morisson) et des nodules de carcinose au niveau des coupes diaphragmatiques, du péritoine pariétal et de l'épiploon où ils peuvent être particulièrement volumineux.

Le foie doit être examiné et est souvent le siège de nodules sur la capsule de Glisson plus rarement de métastases intra-parenchymateuses.

Les reins sont rarement intéressés ; on recherchera cependant une dilatation de leurs cavités par compression des uretères pelviens.

Enfin, dans les cas favorables (à l'étude échographique) une exploration des chaînes ganglionnaires rétro-péritonéales peut mettre en évidence des adénomégalies pelviennes ou lombo-aortiques.

Plusieurs auteurs ont essayé de regrouper des critères échographiques pour construire un score destiné à mieux évaluer le risque de malignité. En fait, à partir du moment où l'on a la certitude d'une lésion organique, une exploration chirurgicale au moins par coelioscopie s'impose. Evaluer le risque de malignité est alors important, surtout pour décider au préalable des éventuelles modalités et conséquences de la chirurgie et en prévenir la malade et sa famille.

## 8. Apport des autres techniques d'imagerie

En fait, à partir du moment où le diagnostic de masse annexielle organique est évoqué, une exploration chirurgicale au moins par coelioscopie s'impose pour accéder au diagnostic histologique et éliminer une lésion maligne.

Le scanner et l'IRM sont donc d'un intérêt limité pour poser l'indication opératoire. Ils peuvent cependant être intéressants pour avancer dans la caractérisation de certaines lésions :

- le contenu hématique des kystes endométriosiques aurait un signal assez caractéristique à l'IRM qui pourrait ainsi permettre d'en faire le diagnostic dans un contexte clinique évocateur
- le kyste dermoïde peut être diagnostiqué grâce au scanner qui va facilement mettre en évidence son contenu graisseux caractéristique ainsi que ses calcifications qui sont visibles dès la radiographie d'abdomen sans préparation.
- pour certaines équipes, lorsque la malignité est affirmée ainsi que la présence d'une carcinose péritonéale, le scanner serait utile pour mieux apprécier l'importance et la distribution de la carcinose péritonéale surtout à l'étage supérieur de l'abdomen. Cet examen est alors intéressant pour mieux évaluer les chances de résection complète de la maladie péritonéale. Le scanner est aussi le meilleur examen pour explorer les chaînes ganglionnaires rétropéritonéales pelviennes et lombo-aortiques.

Enfin, en cas de carcinose péritonéale et d'ascite un cliché pulmonaire est indispensable pour dépister un éventuel épanchement pleural fréquemment associé dans les stades IV de la maladie ovarienne.

## 9. Rôle des marqueurs biologiques

Les marqueurs utiles dans les épithéliomas ovariens sont le CA 125, le CA 19-9 et l'ACE. Ils manquent à la fois de spécificité et de sensibilité. Il semble que le CA 125 soit davantage le témoin d'une irritation séreuse ; il est volontiers élevé dans les épithéliomas séreux et cette élévation peut être considérable en rapport direct avec l'importance de la masse tumorale. Le CA 19-9 serait élevé dans les formes mucineuses. D'autres pathologies malignes ou non peuvent être à l'origine d'une élévation de ces marqueurs et pour cette raison ils ne constituent pas des éléments majeurs de diagnostic.

A l'inverse, leur sensibilité peut être prise en défaut car certaines tumeurs peu différenciées ont une faible sécrétion. Les marqueurs ne constituent pas un outil de détection suffisamment fiable pour être utile dans le cadre d'un dépistage. C'est donc davantage l'évolution de ces

marqueurs qui sera prise en compte au cours de l'évolution. Ils sont alors de bons témoins de l'efficacité thérapeutique et ils se révèlent utiles pour la surveillance ultérieure.

Nous avons déjà cité les marqueurs spécifiques des tumeurs de la lignée germinale qui sont à la fois plus spécifiques et plus fiables, reflétant parfois même le type histologique. L' $\alpha$ -foetoprotéine est élevée dans les dysembryomes, HCg et  $\beta$ HCg dans les choriocarcinomes.

Enfin, redisons que dans les tumeurs sécrétantes les dosages hormonaux peuvent faire office de marqueurs biologiques.

## 10. Diagnostic différentiel

En fait, le problème du diagnostic différentiel se pose peu puisque c'est l'exploration chirurgicale qui est seule capable de fournir un diagnostic histologique précis.

Devant une masse annexielle, il s'agit seulement d'en affirmer l'organicité pour poser l'indication opératoire. Seuls les kystes fonctionnels peuvent faire l'objet d'une surveillance chez la femme en période d'activité génitale.

D'autres lésions fonctionnelles peuvent malgré tout conduire à une exploration coelioscopique.

Il s'agit :

- des corps jaunes hémorragiques ou
- des hémorragies intra-kystiques
- du corps jaune gravidique persistant
- du syndrome d'hyper-stimulation ovarienne avec excès de follicules qui donne un aspect polykystique à l'ovaire
- des kystes d'accolement péritonéaux qui sont en général consécutifs à des interventions pelviennes.

D'autre part, à côté des lésions ovariennes on peut rencontrer des lésions para-ovariennes ou tubaires telles que l'hydrosalpinx. Notons que le cancer de la trompe existe et que sa symptomatologie, son extension, son évolution et son aspect anatomo-pathologique sont tout à fait comparables à ceux du cancer ovarien avec une sanction thérapeutique identique.

Devant une ascite avec suspicion de carcinose péritonéale, il s'agit de confirmer cette dernière et de la rattacher à une origine ovarienne primitive :

Il faut bien sûr éliminer les ascites transsudatives de l'insuffisance cardiaque ou de la cirrhose hépatique dans lesquelles le CA 125 peut être élevé. La clinique et l'échographie ne montrant pas de lésion tumorale ovarienne ou péritonéale, une ponction d'ascite ramènera du liquide citrin acellulaire et pauvre en protéines.

Il faut aussi éliminer la devenue rare tuberculose péritonéale qui peut donner une miliaire évoquant une carcinose. La constatation de follicules giganto-cellulaires à l'histologie doit orienter vers ce diagnostic et faire rechercher le BK.

Enfin, en cas de carcinose néoplasique vraie, le liquide est hémorragique et contient des cellules néoplasiques et le prélèvement d'un nodule au cours d'une coelioscopie ou d'une laparotomie doit permettre de diagnostiquer un adénocarcinome compatible avec une origine ovarienne éliminant ainsi les autres causes de carcinoses secondaires qui sont le plus souvent

d'origine digestive (estomac, pancréas) ou mammaire (en particulier les cancers lobulaires du sein).

Dans certains cas, il sera difficile de trancher car il existe aussi une tumeur secondaire ovarienne :

- c'est le cas de la tumeur de Krükenberg, qui est la localisation ovarienne d'un cancer de l'estomac et par extension du tube digestif
- c'est le cas des cancers de l'endomètre pour lesquels il est parfois difficile de savoir si la tumeur primitive est ovarienne de type endométrioïde ou endométriale
- c'est le cas enfin des carcinomes primitifs du péritoine qui ont le même aspect histologique que les carcinomes séreux ovariens sans que les ovaires soient vraiment tumoraux.

Dans ces deux derniers cas cependant, la conduite thérapeutique sera la même que pour un cancer primitif ovarien.

Le péritoine peut être colonisé par d'autres processus néoplasiques comme les sarcomes qui provoquent des nodules arrondis multiples sur le péritoine pariétal et viscéral ; l'histologie permet le diagnostic.

Citons enfin le syndrome de Demons-Meigs qui associe un fibrome ovarien, une ascite réactionnelle et un épanchement pleural. Il s'agit d'une lésion bénigne confirmée par l'intervention chirurgicale.

## 11. Orientations thérapeutiques

### 11.1. Devant une lésion organique annexielle

Lorsque l'on suspecte une lésion organique annexielle, il faut envisager qu'il puisse s'agir d'un cancer de l'ovaire débutant.

Chez la femme jeune, l'exploration chirurgicale peut être faite par coelioscopie. L'opérateur doit être habitué à la sémiologie endoscopique des lésions ovariennes afin de pouvoir détecter rapidement les signes de malignité.

Le diagnostic doit être confirmé pendant l'intervention par l'examen anatomo-pathologique extemporané d'une biopsie. Ceci suppose donc le concours d'un anatomo-pathologiste expérimenté dans le domaine des tumeurs ovariennes. Malgré cela, conclure en extemporané peut être difficile notamment entre un cancer invasif ou une tumeur frontière. Il faut parfois se résoudre à arrêter là l'intervention plutôt que d'effectuer des gestes irréversibles notamment chez une patiente jeune et non prévenue. Une deuxième intervention peut alors être nécessaire après histologie définitive.

Si la malignité est confirmée au cours de la coelioscopie, la règle doit être la conversion en laparotomie. En effet, il faut savoir que la manipulation intempestive d'un cancer ovarien par coelioscopie peut favoriser la dissémination des cellules cancéreuses dans le péritoine et entraîner une lourde perte de chances pour la patiente.

### 11.2. Traitement du cancer de l'ovaire au stade précoce

Le traitement du cancer de l'ovaire au stade précoce est une hystérectomie et annexectomie bilatérale associée à une exploration très complète de toute la cavité péritonéale et des chaînes ganglionnaires rétropéritonéales.

Des prélèvements péritonéaux sont systématiques dont l'exérèse du grand épiploon et le prélèvement du liquide ou le lavage pour examen cytologique. Le but est d'acquérir la certitude que des cellules n'ont pas migré dans le péritoine ou les ganglions, ce qui est observé dans 30 % des cas environ.

Chez la femme jeune sans enfant en présence d'une lésion unilatérale, le traitement peut être conservateur (annexectomie unilatérale et exploration) pour préserver la fécondité.

Les formes précoces avec facteur de mauvais pronostic (grade de différenciation élevé, cytologie péritonéale positive) doivent faire l'objet d'une chimiothérapie adjuvante comportant un sel de platine.

### 11.3. Traitement des stades avancés

Les stades avancés avec extension péritonéale doivent faire l'objet d'un traitement chirurgical et d'une chimiothérapie comportant un sel de platine. Le chirurgien doit faire une réduction maximale du volume tumoral. Seules les femmes dont le résidu tumoral postchirurgical est nul ou minime ont des chances de survie prolongée (environ 50 % à 5 ans). Cela peut conduire à des interventions majeures avec résections digestives et curages ganglionnaires étendus.

Dans certaines équipes en présence de signes d'extension péritonéale majeure (intérêt du scanner) on préfère commencer par faire 3 cures de chimiothérapie (après biopsie par coelioscopie) pour intervenir dans de meilleures conditions.

Au total, c'est un ensemble d'arguments cliniques échographiques et biologiques qui conduit à suspecter plus ou moins fortement un cancer de l'ovaire dont le diagnostic histologique et la véritable extension intra-abdominale (stade anatomo-clinique) ne peuvent être confirmés que par une exploration chirurgicale par laparotomie ou au minimum par coelioscopie.

Les modalités chirurgicales qui peuvent être lourdes et mutilantes doivent être discutées avant l'intervention avec la malade et sa famille.

La multiplicité des éventualités cliniques et anatomo-pathologiques, la nécessité d'interventions souvent lourdes et complexes imposent que lorsque la suspicion de cancer de l'ovaire est grande, la malade doit être confiée à une équipe médicochirurgicale expérimentée dans le domaine de la gynécologie et de la cancérologie.

## 12. Classifications anatomo-cliniques des cancers de l'ovaire

### 12.1. Correspondance FIGO – TNM

Stades FIGO	Classification TNM	
I	T1	Tumeur limitée aux ovaires
IA	T1a	Tumeur limitée à un seul ovaire avec capsule intacte
IB	T1b	Tumeurs des deux ovaires, capsules intactes
IC	T1c	Rupture capsulaire ou tumeur à la surface ovarienne ou cellules malignes dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal
II	T2	Tumeur ovarienne étendue au pelvis
IIA	T2a	Extension à l'utérus et/ou aux trompes
IIB	T2b	Extension aux autres organes pelviens
IIC	T2c	Extension pelvienne avec cellules malignes dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal
III	T3 et/ou N1	Métastases péritonéales au-delà du pelvis et/ou adénopathies métastatiques régionales
IIIA	T3a	Métastases péritonéales microscopiques
IIIB	T3b	Métastases macroscopiques $\leq 2$ cm
IIIC	T3c et/ou N1	Métastases macroscopiques $> 2$ cm et/ou adénopathies métastatiques régionales
IV	M1	Métastases à distance (autres que les métastases péritonéales)