

FACTEURS DE RISQUE

- Ovulations multiples et hormone: nulliparité, **puberté précoce**, 1^{ère} grossesse tardive, **ménopause tardive, stimulation ovarienne**, THS (<1%)
- ATCD personnels et familiaux :
- *Cancer du sein/ovaire: mutations germinales de **BRCA 1 et 2 (10-20% des cas)**
- *Cancer du **Syndrome de Lynch (HNPCC)**
- * Endométriose => Carc endométrioïde et cellules claires
- Age > 50 ans
- Facteurs protecteurs: multiparité, pilule oestroprogestative, allaitement > 6 mois, ligature trompes
- Epidémiologie**: 7^{ème} cancer chez ♀, 1 ♀ / 70, âge médian = 65 ans, incidence en ↘

CONSULTATION ONCOGENETIQUE

- Systématique **quelque soit l'âge**
- Ou ATCD personnels/familiaux de cancer sein, ou cancer du spectre Lynch
- => Fiche oncogénétique

EXTENSION

- Loco-régionale+++ stade III-IV dans 75% cas par exploration chirurgicale: carcinose péritonéale, ganglions iliaques et lombo-aortiques
- à distance : hépatique, pulmonaire, osseuse

TRAITEMENT: prise en charge multidisciplinaire

- Si tumeur résécable d'emblée : laparotomie xipho-pubienne (hystérectomie totale, annexectomie bilatérale, omentectomie, curage pelvien et lombo-aortique bilatérale, appendicectomie)
- Si tumeur non résécable d'emblée : chimiothérapie néoadjuvante (idem adjuvante)
- Chimiothérapie adjuvante : Carboplatine + Paclitaxel (TAXOL) (6 cures) +/- Bevacizumab (AVASTIN) pour 15 mois
- **Inhibiteurs de PARP en complément de la chimiothérapie de 1ère ligne si mutation BRCA**
- Rechute: Chimiothérapie +/- à base de platine selon intervalle libre sans platine (< ou > 6 mois). Inhibiteur de PARP en traitement de maintenance pour rechute platine-sensible.

ANATOMOPATHOLOGIE

- Tumeurs épithéliales > 90% : Adénocarcinome séreux+++ (46%), mucineux + (36%), carcinome endométrioïde (8%), carcinome à cellules claires (3%)
- Tumeurs cellules germinales: chorioK, séminome
- Tumeurs cordons sexuels & stromagonadique
- rare: tumeurs neuro-endocrines, sarcomes...

Cancer de l'ovaire

PRONOSTIC

Mauvais : 35% survie à 5 ans car diagnostic tardif pour 75%

Principaux facteurs pronostiques :

- Résidu tumoral post-opératoire
- Réponse de la tumeur à la chimiothérapie
- Age de la patiente
- Etat général de la patiente
- Stade FIGO
- Type histologique
- Degré de différenciation: haut vs bas grade

DIAGNOSTIC

Clinique: pas de dépistage

- Diagnostic tardif, maladie longtemps asymptomatique
- Masse annexielle dure (touchers pelviens) ou nodules de la paroi abdominale
- Troubles du cycle
- Signes de compression vésicale ou rectale
- Symptômes abdominopelviens non spécifiques
- Nodule de *Sœur Mary Joseph* ombilical
- **Ascite**
- **AEG**, troubles digestifs

Paraclinique

Biologie :

- Marqueur tumoral CA 125 (pour le suivi seulement), CA 19-9 pour les tumeurs mucineuses, α FP, hCG, LDH, NSE, inhibine B, AMH pour tumeurs germinales, ACE
- Bilan pré-opératoire standard

Imagerie :

- **Echographie abdominopelvienne** (sus-pubienne à vessie pleine et endovaginale) : **critères de malignité** : taille > 6cm, paroi épaisse, irrégulière, contenu hétérogène, cloisons, végétations exo/endokystiques, néo-vascularisation anarchique avec IR abaissé, bilatéralité, épanchement intrapéritonéal, nodule de carcinose
- **IRM abdomino-pelvienne pour échographie incertaine**
- TDM TAP injecté (extension)
- +/- **coelioscopie diagnostique/pronostique** : exploration, cytologie péritonéale, ovariectomie et examen extemporané
- ! PAS DE BIOPSIE TRANSPARIETALE D'UNE LESION OVARIENNE ISOLEE ! Possible seulement pour stade IV non opérable**

DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

- Sd de Krükenberg: méta ovarienne de cancer digestif (dont gastrique)
- Sd de Demons-Meigs: fibrome ovarien, ascite, pleurésie
- Carcinose péritonéale d'autres origines (colon-rectum, sein, estomac), ADK primitif du péritoine, sarcome
- Cancer de l'endomètre étendu à ovaire
- Tuberculose péritonéale, ascite trans-sudative