

FACTEURS DE RISQUE

- Ovulations multiples et hormone: nulliparité, **puberté précoce**, 1^{ère} grossesse tardive, **ménopause tardive**, **stimulation ovarienne**, THS (<1%), *tabac, amiante*

- ATCD personnels et familiaux :

* Cancer du sein/ovaire avant 60 ans: mutations germinales de **BRCA 1 et 2** (~ 20%): meilleur pronostic.

* Cancer du **Syndrome de Lynch (HNPCC)**

(* Endométriose: Carcinome endométrioïde et cellules claires): discuté

- Age > 50 ans (taux maximal à 75 ans)

- Facteurs protecteurs: multiparité, contraception orale, allaitement > 6 mois, ligature trompes

EPIDEMIOLOGIE : 2^{ème} cancer gynéco chez ♀, incidence ~ 5,000 / an ; 1 ♀ / 70, âge médian = 65 ans, incidence en ↘

ANATOMOPATHOLOGIE

- Tumeurs bénignes: (fréquentes) kystes fonctionnelles/ kystes organiques

- Tumeurs malignes (rare)

- Tumeurs épithéliales > 90% : Adénocarcinome séreux+++ > mucineux > carcinome endométrioïde > carcinome à cellules claires

- Tumeurs cellules germinales: chorioK, séminome, etc.

- Tumeurs des cordons sexuels & stroma gonadique

- rare: tumeurs neuro-endocrines, sarcomes ...

- *Le diagnostic de certitude du cancer de l'ovaire nécessite une preuve histologique*

CANCER DE L'OVAIRE

PHYSIOPATHOLOGIE

- Théorie de la cicatrisation (transformation néoplasique des kystes ovariens) vs STIC (origine tubulaire du tissu néoplasique)

- EXTENSION:

-Loco-régionale+++ stade III-IV dans 75% cas => nécessité de coelioscopie pour recherche de carcinose péritonéale, ganglions iliaques et lombo-aortiques

- à distance : hépatique, pulmonaire, osseuse (+ rare)

CONSULTATION ONCOGENETIQUE

- **Systématique quelque soit l'âge**

-Ou ATCD personnels/familiaux de cancer sein, ou cancer du spectre Lynch => Fiche oncogénétique

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

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 (Carboplatine + Paclitaxel)

- Chimiothérapie adjuvante : Carboplatine + Paclitaxel (TAXOL) 6 cures) puis traitement de maintenance avec inhibiteur de PARP +/- Bevacizumab (AVASTIN) pour 15 mois

- 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.

DIAGNOSTIC

Clinique: pas de dépistage

-Diagnostic tardif, stade III, 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

* **Imagerie** :

-**Echographie abdominopelvienne** (sus-pubienne à vessie pleine et endovaginale) : **critères diagnostics de malignité** : taille > 7cm, 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)

- +/- cœlioscopie diagnostique/pronostique: exploration, cytologie péritonéale, ovariectomie et examen extemporanée

! PAS DE BIOPSIE TRANSPARIETALE D'UNE LESION OVARIENNE ISOLEE ! Possible seulement pour stade IV non opérable

* **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

DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

-Sd de Krükenberg: **méta ovarienne de cancer digestif (dont gastrique)**

-Sd de Demons-Meigs: fibrome ovarien, ascite, pleurésie

-Carcinose péritonéale d'autre origines (colon- rectum, sein, estomac), ADK primitif du péritoine, sarcome

-Cancer de l'endomètre étendu à ovaire

-Tuberculose péritonéale, ascite trans-sudative