
Que faire devant la découverte fortuite d'une lésion de l'ovaire en per-opératoire ?

Séminaire du DESC de Chirurgie Viscérale

Angers, 31 janvier 2008

D.Orry

Introduction

- 1 à 2,5% découvertes fortuites ^{1,2}
- cancer ovaire : 4000 nouveaux cas /an
→ 3000 décès
- 20% des femmes en activité génitale auront un kyste
→ 75% sont fonctionnels ³
- 2% des masses annexielles opérées sont malignes ⁴

¹ Gonzales et al, obes surg 2004

² Dede et al, int j gyn cancer 2007

³ Demont et al, J Gyn Obs Biol Repr 2001

⁴ Raïga et al, j chir 2006

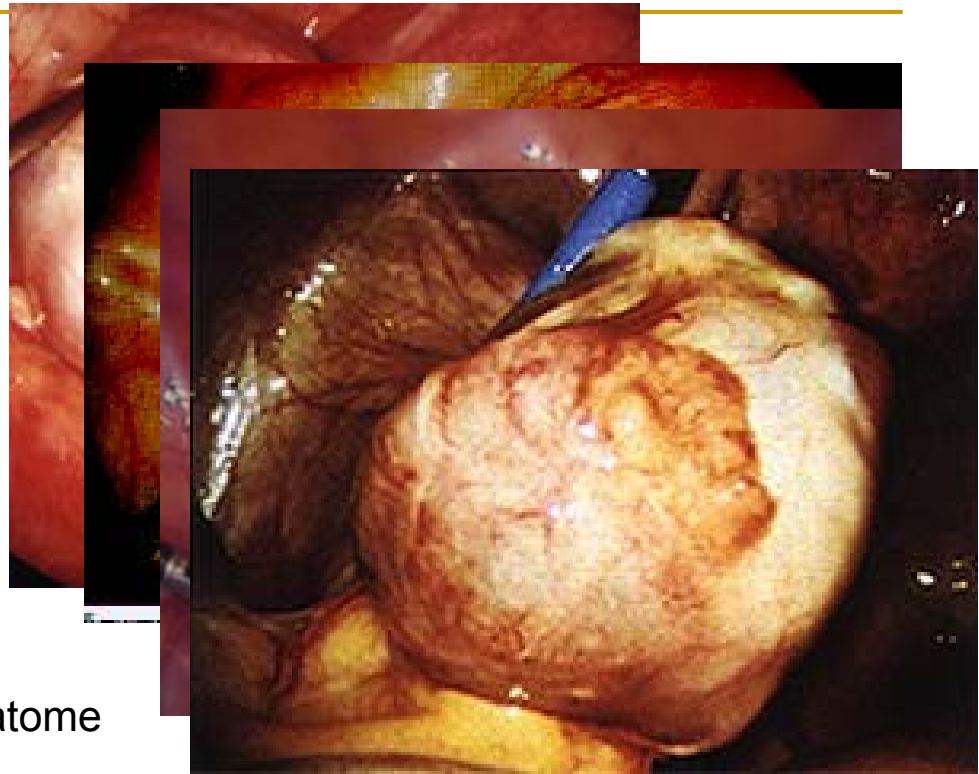
Double contrainte

- Éviter exérèse inutile et ses conséquences
 - Fertilité
 - Douleurs séquellaires

 - Éviter exérèse inadaptée :
 - Conserver ovaire si possible
 - Traitement carcinologique du cancer
(*étendue d'exérèse, pas de dissémination*)
-

Classification

- Kystes fonctionnels
- Kystes organiques
 - bénins
 - Séreux (25 à 35%)
 - Mucineux (10 à 15%)
 - Endométriomes (20%)
 - Kyste dermoïde ou tératome mature (10 à 20%)
 - Tumeur de Brenner (*rare*)
 - Kystes paratubaires
 - Border line
 - Malins (2%)
- Métastases (primitif gastrique, colorectal, endomètre, appendice, sein, bronchique, bilio-pancréatique, lymphome)

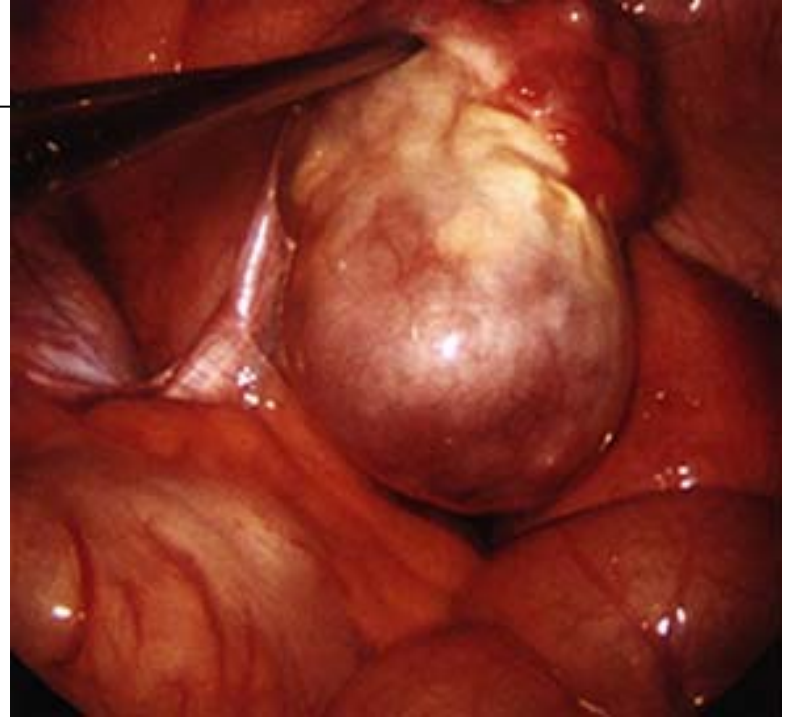


2 questions

- Kyste fonctionnel ou organique ?
 - Signes de malignité ?
-

Eliminer kyste fonctionnel

- Critères :
 - < 5 cm
 - Unilatéral
 - parois fines
 - contenu liquidien
 - pas de végétations
ni de zones solides



- Seuls les kystes fonctionnels peuvent être surveillés
→ Echographie de contrôle

Devant lésion organique

- Éléments évoquant origine maligne
 - Ménopause ou non
-

Éléments d'orientation

1) Contexte :

□ Terrain :

■ Âge et fonction génitale

- péripuberté : fréquence tumeur germinale (kyste dermoïde)
- Origine maligne : - age de survenue moyen 60 ans
- 5% avant ménopause, 15% après

■ ATCD personnels et familiaux, obésité (SOPK)

□ Symptômes

□ Marqueurs tumoraux

□ Indication chirurgicale

- douleurs
- Kc digestif (kruckenberg, sd Lynch)

Éléments d'orientation

2) Exploration

- ❑ Cavité péritonéale : ascite, carcinose, cancer digestif
 - ❑ Lésion : taille
 - régularité parois, végétations
 - hétérogénéité
 - ❑ Ovaire controlatéral, utérus, trompes
-

Signes évocateurs de malignité

- ❑ Taille > 6 cm
- ❑ bilatéral
- ❑ Parois épaissies, irrégulières
- ❑ Végétations (*10% des cancer en pré-ménopause, 66% après*)
- ❑ Aspect hétérogène
- ❑ Ascite



Autres éléments

- Âge
 - Nombre d'enfants
 - Ménopause ou non
-

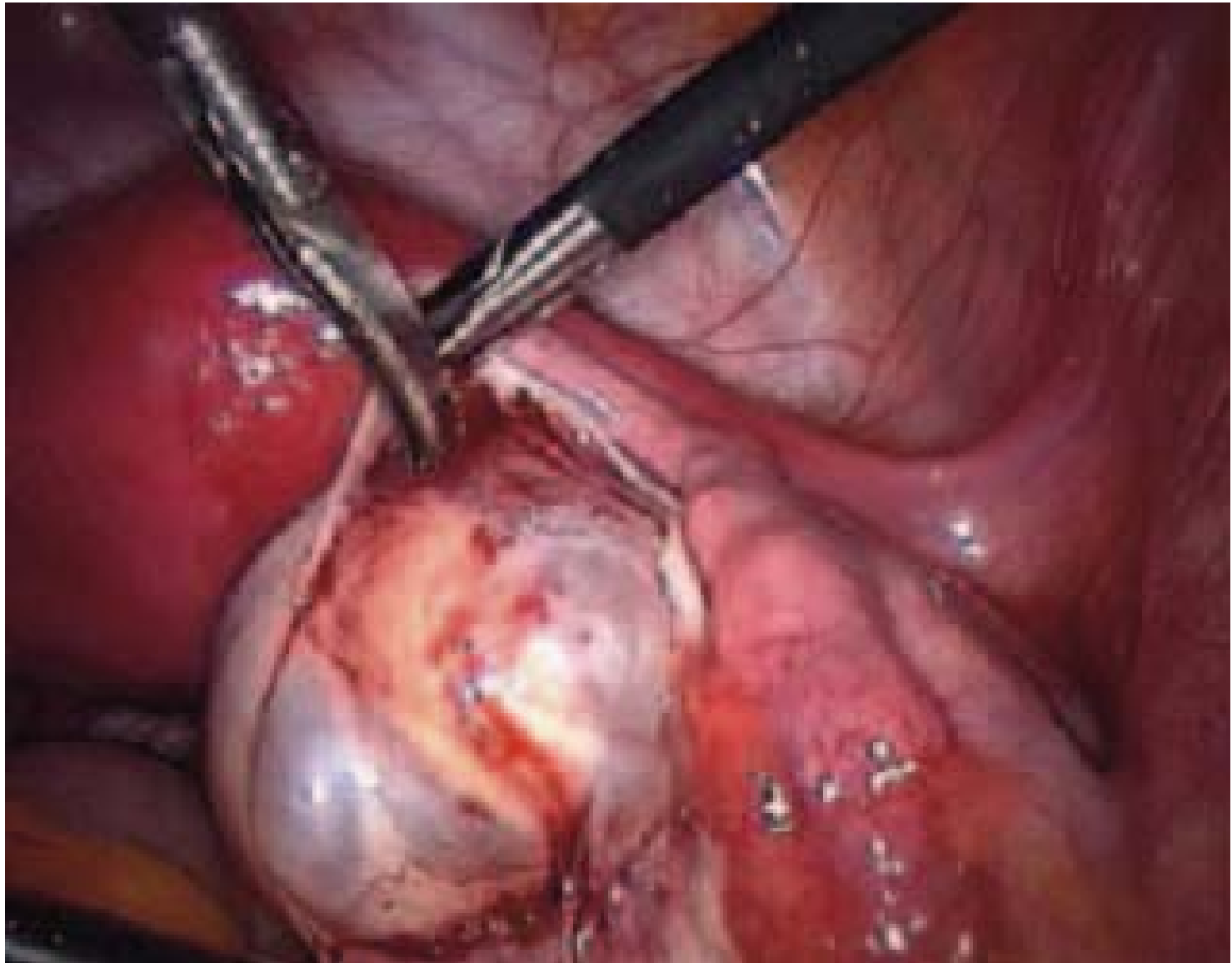
Quel geste ?

Devant lésion d'allure bénigne

- Femme jeune en période d'activité génitale
 - Traitement conservateur
 - Kystectomie à kyste fermé ++
 - Kystectomie intra péritonéale
- Femme ménopausée
 - Annexectomie bilatérale

Sans oublier :

- Cytologie péritonéale +++
- Sac pour extraction
- Pas de rupture du kyste
- Envoi pièce fraîche



Les standards dans le cancer ¹

■ Traitement

- Annexectomie bilatérale
- Hystérectomie totale

■ Stadification complète

- Cytologie péritonéale
- Biopsies péritonéales multifocales (*y compris coupoles*)
- Omentectomie infra colique
- Lymphadenectomie pelvienne et para aortique bilatérale
- Appendicectomie
- Résection des orifices de trocars *si suspicion de contamination*

Classification FIGO

I	Tumeur limitée aux ovaires
IA	<i>Tumeur limitée à un seul ovaire avec capsule intacte</i>
IB	<i>Tumeurs des deux ovaires, capsules intactes</i>
IC	<i>Rupture capsulaire ou tumeur à la surface ovarienne ou cellules malignes dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal</i>
II	Tumeur ovarienne étendue au pelvis
IIA	<i>Extension à l'utérus et/ou aux trompes</i>
IIB	<i>Extension aux autres organes pelviens</i>
IIC	<i>Extension pelvienne avec cellules malignes dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal</i>
III	Métastases péritonéales au-delà du pelvis et/ou adénopathies métastatiques régionales
IIIA	<i>Métastases péritonéales microscopiques</i>
IIIB	<i>Métastases macroscopiques</i>
IIC	<i>Métastases macroscopiques > et/ou adénopathies métastatiques régionales</i>
IV	Métastases à distance (autres que les métastases péritonéales)

Cas particuliers

- Chez une femme jeune sans enfant stade Ia :
 - *stadification possible sans lymphadénectomie*
 - *annexectomie unilatérale*
- Stade avancé et chirurgie R0 impossible :
 - *3 cures de chimiothérapie néoadjuvante*

Devant lésion suspecte

- « *L'exérèse et la stadification complètes nécessitent des compétences et des moyens techniques pour l'obtention de ce résultat* »¹
- Multiplicité des éventualités cliniques
- Difficultés de certitudes à l'aspect macroscopique et avec examen extemporané

Devant lésion suspecte

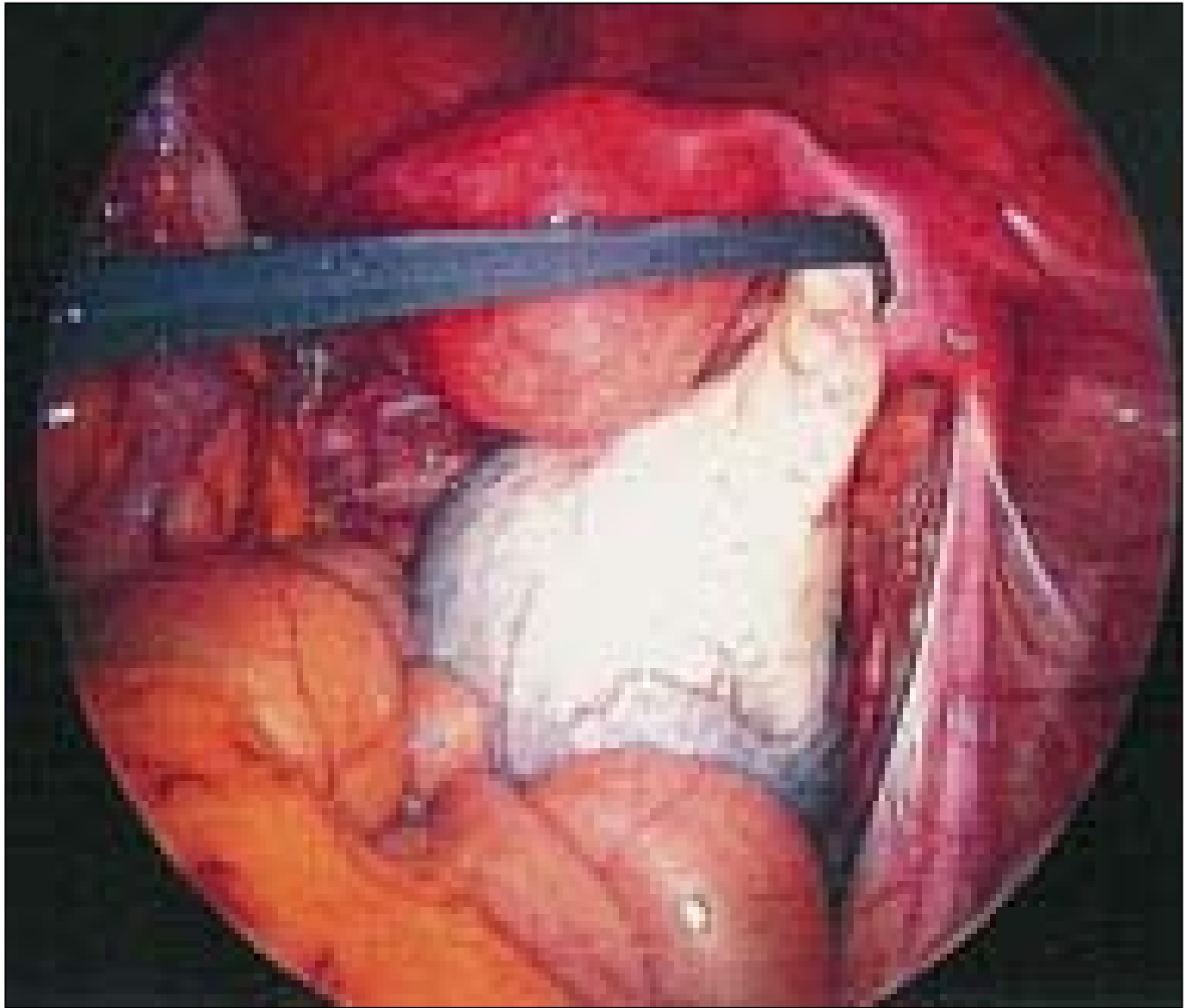
- Examen extemporané
 - Inadapté à l'évaluation d'un kyste ovarien ¹
 - Interprétation difficile et conclusion incertaine
 - Ne différencie pas tumeur borderline et cancer
 - À ne faire que si incidence sur acte

En pratique...

- Bien explorer pour une stadification précise
- Écourter intervention
 - Geste irréversible chez une femme jeune non prévenue
 - Résection tumorale insuffisante
 - Le résidu tumoral apparaît comme un facteur indépendant sur la survie ¹
 - Réduction tumorale varie de 20 à 90% selon l'expérience ²
- 2ème Intervention après histologie définitive

¹ Bristow et al JCO 2002

² Pommel et al, j chir 2004



En pratique...

- Femme période d'activité génitale
→ *annexectomie unilatérale*
 - Femme ménopausée
→ *annexectomie bilatérale*
 - Stadification précise sans lymphadénectomie
-

Voie d'abord

- *Si aspect bénin* : laparoscopie

Taille maximale de 10 cm recommandée ¹

- *Si aspect malin*

- Laparotomie médiane

- Laparoscopie

- Stadification faisable ²

- Résection dans certains centres experts ³

¹ Sagiv et al, Obstet Gynecol 2005

² Spirtos et al Am j Obs Gyn 2005

³ Tozzi et al, Gynecol Oncol 2004

Résultats

- Conséquence kystectomie ¹
 - Pas d'altération de fertilité si femme fertile
 - Réponse à stimulation ovarienne atténuée

- Histologie des kystes opérés ² :
 - 75% organiques
 - 25% kystes fonctionnels
 - 1 à 4% des kystes supposés bénins se révéleront malins
 - 2% des masses annexielles sont malignes

¹ RPC kystes ovaires bénins 2001

² Demont et al, J Gyn Obs Biol Repr 2001

Littérature

■ Série de 460 GPB¹

- ❑ Découverte de 11 masses ovariennes (2,5%)
- ❑ Taille moyenne 11cm
- ❑ Âge moyen : 40 ans
- ❑ 9 lésions bénignes, 2 malignes, 1 OPK
- ❑ Pas de morbidité surajoutée

■ Série de 8330 césariennes²

- 68 masses incidentales > 5 cm (0,8%)
- Exérèse de toutes les lésions
- Histologie :
 - ❑ Tératome 30%, kystes paratubaires (19%)
 - ❑ Kyste sereux 12%, mucineux (13%),cystadénome (20%)
 - ❑ Endométriome (4%)
 - ❑ Cancer (1,5%)
- Pas de morbidité surajoutée

¹Gonzales et al, *obes surg* 2004

²Dede et al, *int j gyn cancer* 2007

Conclusion

- Fréquence des kystes ovariens
 - Eliminer un kyste fonctionnel
 - Exérèse de tous les kystes organiques
 - Femme période d'activité génitale
 - Conservateur *si aspect bénin* : kystectomie
 - Radical *si éléments suspects* : annexectomie unilatérale
 - Femme ménopausée : annexectomie bilatérale
 - Stadification précise
 - Laparotomie préférable pour résection cancer
-

Ménopause

oui

non

Signe de malignité

oui

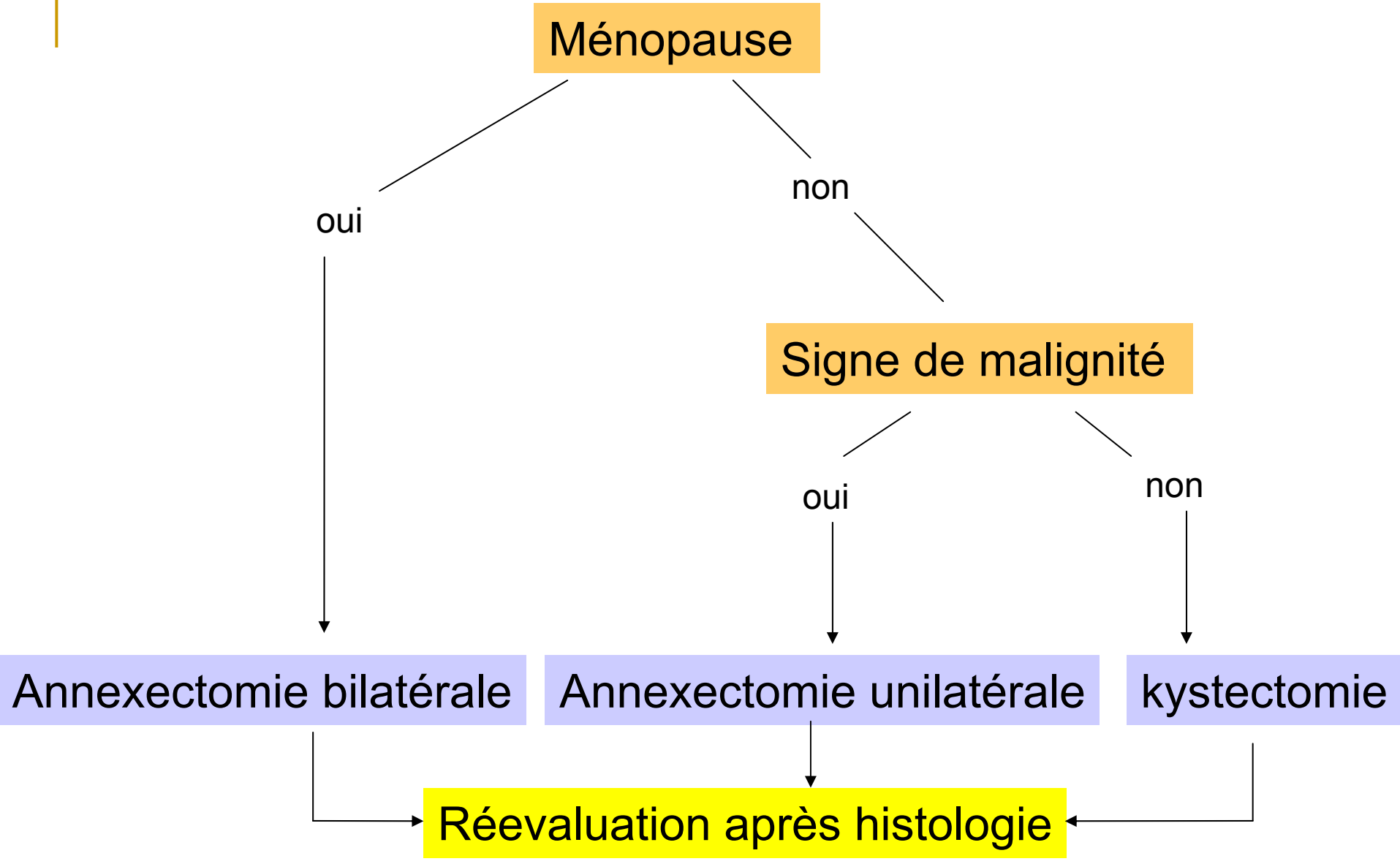
non

Annexectomie bilatérale

Annexectomie unilatérale

kystectomie

Réévaluation après histologie



Conclusion

- « *Primum non nocere* »
 - Difficultés de certitude
 - Geste irréversible, femme non prévenue
 - Exérèse ovaire conservable,
 - Dissémination par dissection kyste malin
-

Références

- Demont et al, J Gyn Obs Biol Repr 2001
 - SOR 2007 de la prise en charge tumeurs épithéliales malignes de l'ovaire
 - RPC kystes ovariens présumés bénins, j gyn obs bio repr 2001
 - Raïga et al, j chir 2006
 - Bristow et al, JCO 2002
 - Pommel et al, j chir 2004
 - Gonzales et al, obes surg 2004
 - Dede et al, int j gyn cancer 2007
 - Sagiv et al, Obstet Gynecol 2005
 - Spirtos et al Am j Obs Gyn 2005
 - Tozzi et al, Gynecol Oncol 2004
-