

# TRAITEMENT DES TUMEURS BORDERLINE DE L'OVAIRE

DESC – SCVO

POITIERS – Juin 2007

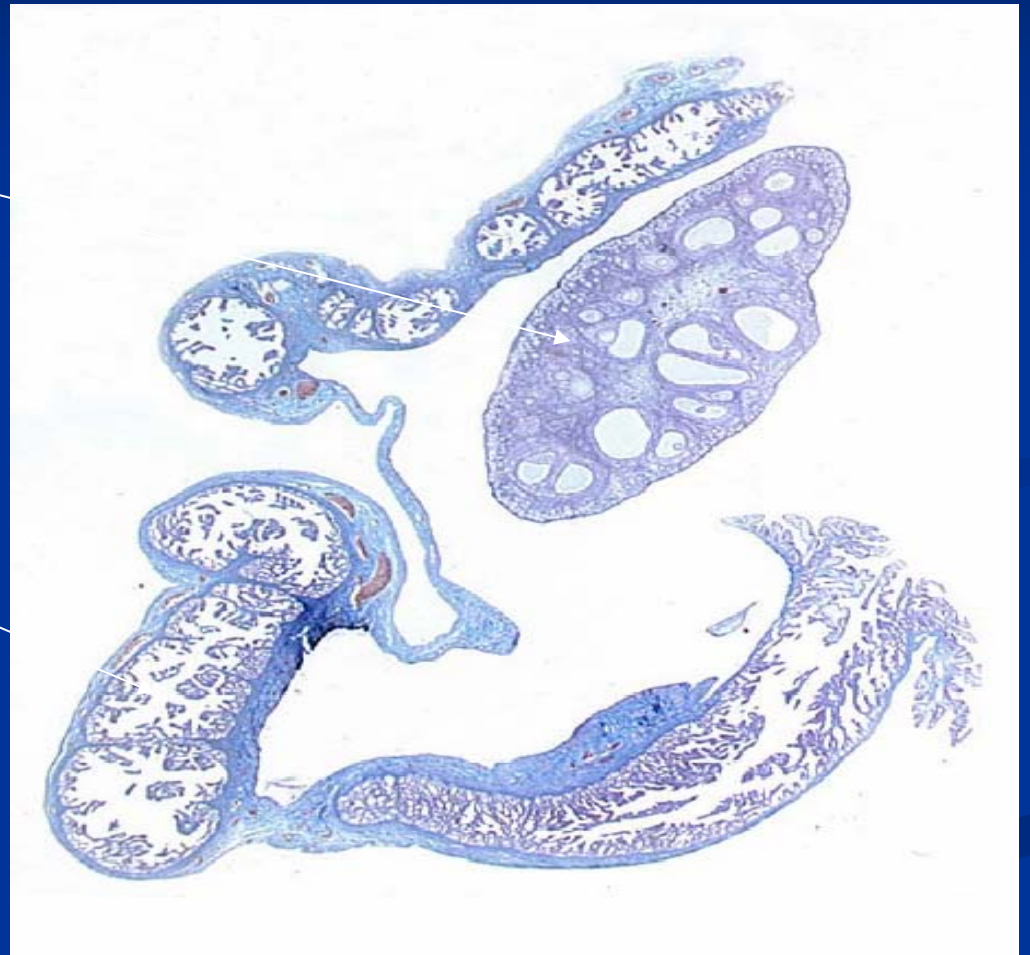
C. PERY (NANTES)

# Définition <sup>[1]</sup>

- Ces tumeurs n'ont aucune spécificité clinique.
- Leur diagnostic est purement **anatomopathologique**.
- Tumeurs primitives non infiltrantes: sans envahissement du tissu conjonctif sous-jacent (stroma) mais pouvant s'accompagner d'une extension invasive à l'extérieur de l'ovaire (implants péritonéaux) dans 20 à 40% des cas.
- Concernent uniquement les tumeurs épithéliales.

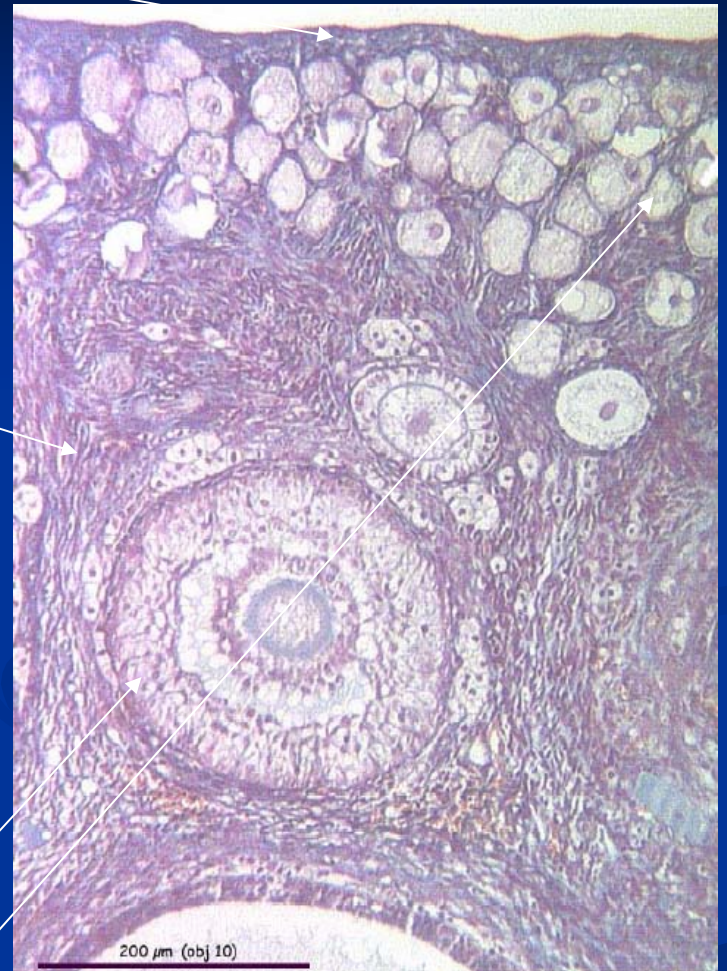
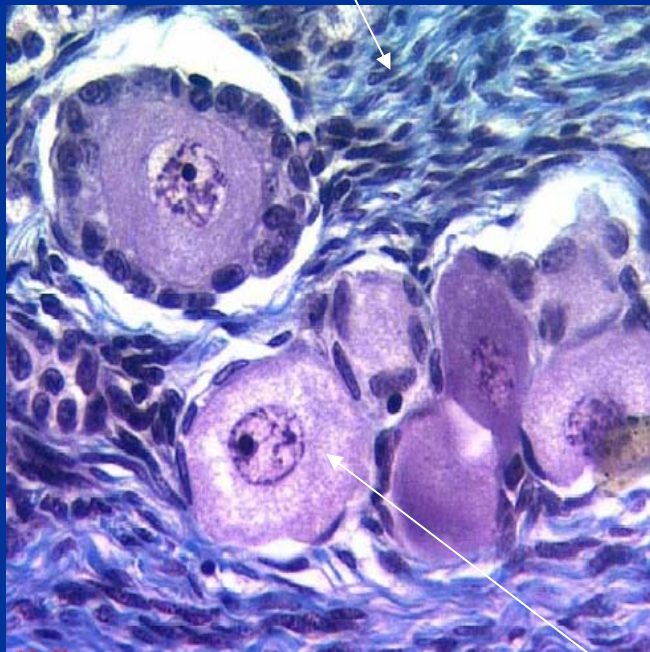
ovaire

trompe



Revêtement épithélial de surface

stroma

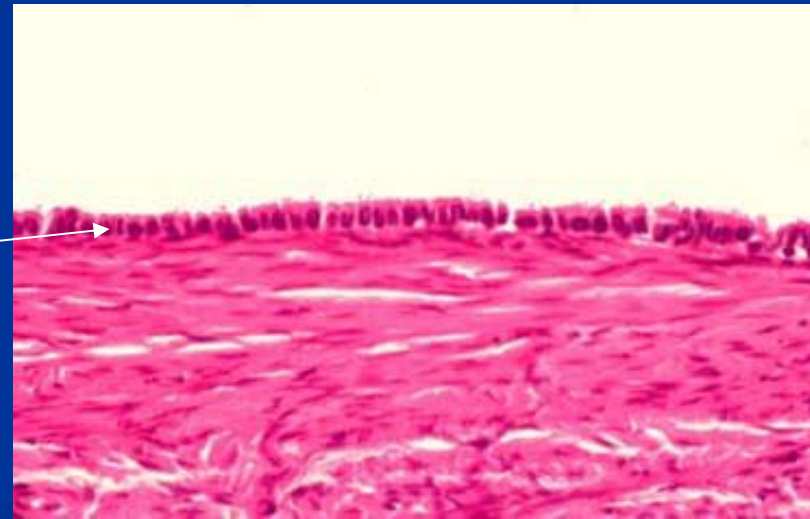


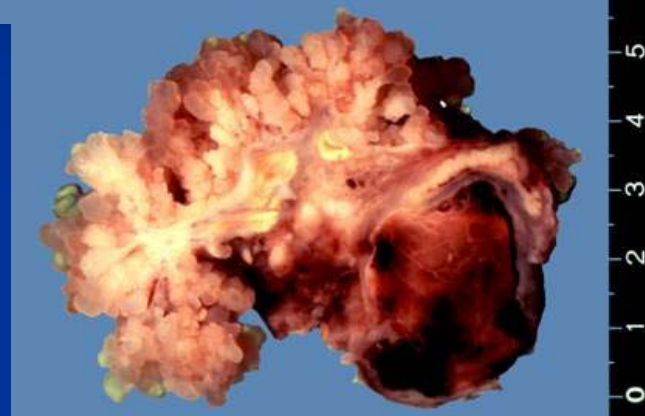
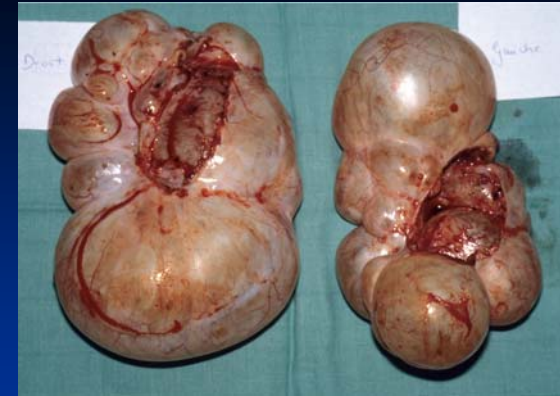
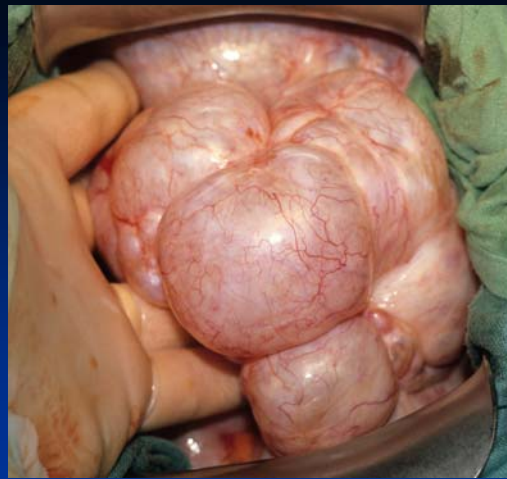
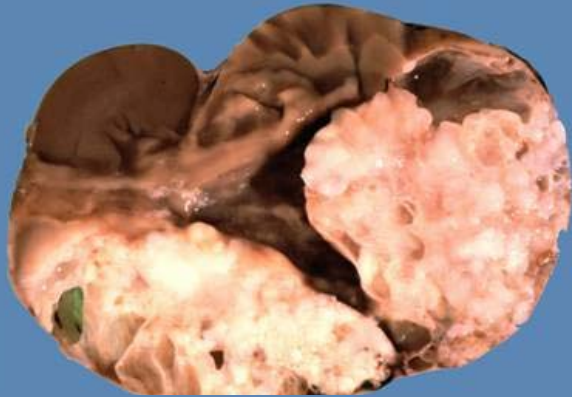
follicules



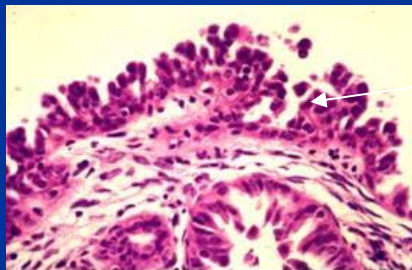
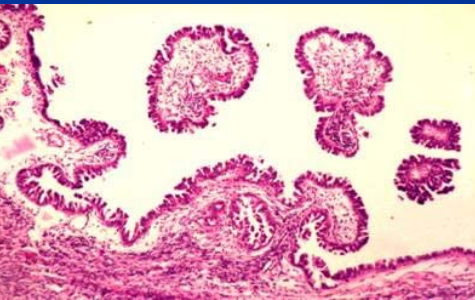
cystadénome

Une seule  
couche de  
cellules  
épithéliales



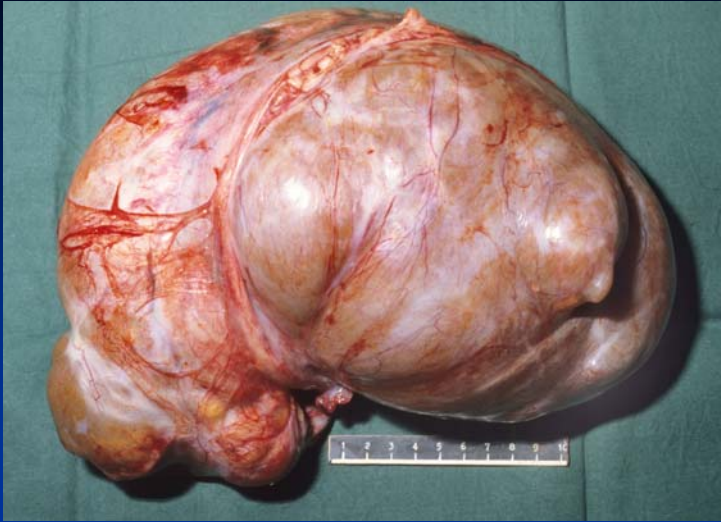


Tumeur  
borderline



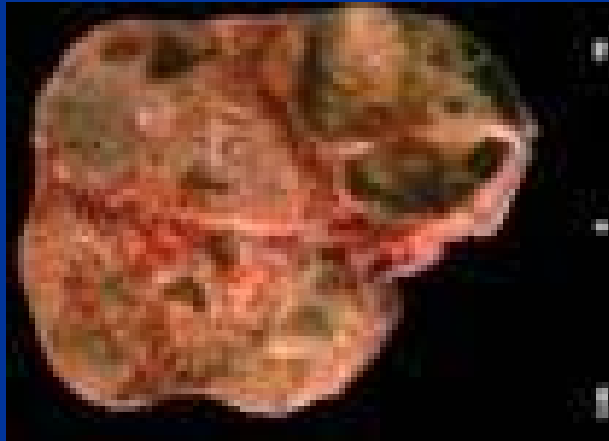
végétations



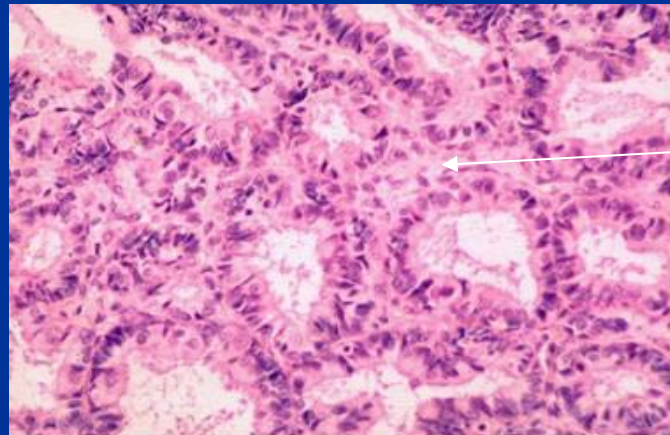


cystadénocarcinome

séreux



mucineux



Envahissement  
du stroma

# épidémiologie

- surviennent à un âge **plus jeune** que les adénocarcinomes  
(moyenne d'âge = 46 ans vs 56).
- 1/3 sont découvertes avant l'âge de 40 ans.
- Diagnostiquées au stade I dans la majorité des cas (70%)
- **Bon pronostic**, quelque soit le stade (à la différence du cancer). Taux de survie à 10ans 95 à 98%.
- Mêmes facteurs de prédisposition que les adénocarcinomes : faible parité, stérilité, absence de contraception orale.

# épidémiologie

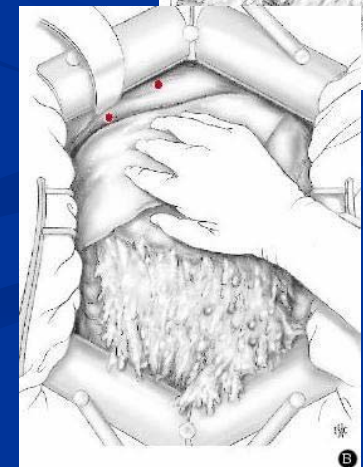
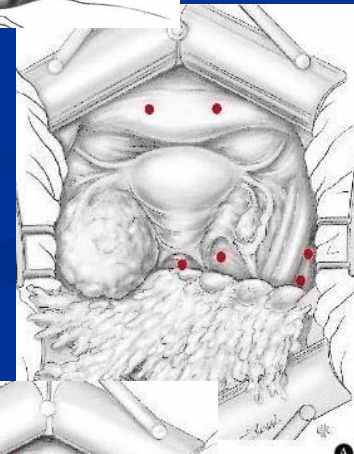
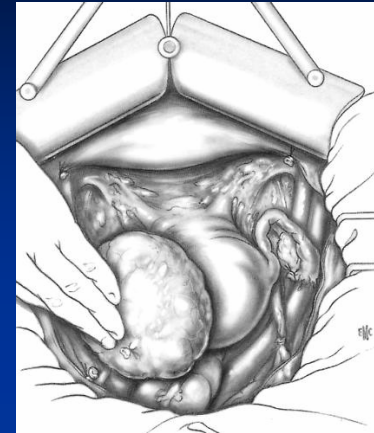
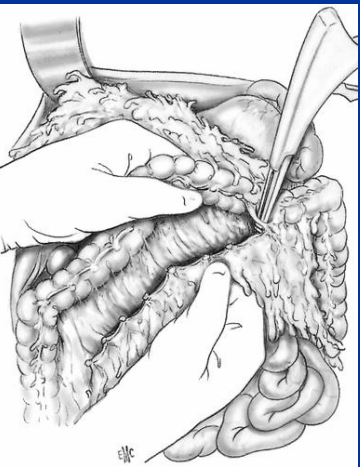
	bénin	Borderline	Cancer	total
séreuse	23%	7%	16%	46%
mucineuse	30%	5%	2%	37%
endométriode	Rare	1.5%	6%	7.5%
cellules claires	Rare	Rare	3%	3%
Brenner	2%	rare	rare	2%
autre	1.5%	0.5%	2%	4%
				100%

# Traitement [2][3]

- Toujours chirurgical
- 1ère étape=Bilan lésionnel complet:
  - Ovaires
  - Trompes
  - Utérus
  - Tube digestif
  - péritoine des gouttières pariéto-coliques et des coupes diaphragmatiques
  - grand épiploon
  - foie, rate
  - chaînes ganglionnaires rétropéritonéales

# traitement

- Traitement de référence = radical :
  - Hystérectomie totale
  - Annexectomie bilatérale
  - Stadification chirurgicale péritonéale :
    - cytologie péritonéale directe
    - Omentectomie
    - Biopsies péritonéales multiples systématiques en l'absence d'envahissement palpable ou visible (cul-de-sac de Douglas, du cul-de-sac vésico-utérin, des gouttières pariétocoliques et de la coupole diaphragmatique droite)
    - Appendicectomie



-> classification (FIGO)

# Classification tumor-node-metastase (TNM) et Fédération internationale de gynécologie-obstétrique (FIGO) des cancers de l'ovaire

TNM	ovaire	FIGO
T1	Limité aux ovaires	I
T1a	1 ovaire, capsule intacte	IA
T1b	2 ovaires, capsule intacte	IB
T1c	Capsule rompue, tumeur en surface, cytologie péritonéale positive	IC
T2	Extension pelvienne	II
T2a	Utérus, trompes	IIA
T2b	Autres tissus pelviens	IIB
T2c	Cytologie péritonéale positive	IIC
T3 et/ou N1	Métastases péritonéales extrapelviennes et/ou adénopathies	III
T3a	Métastases péritonéales microscopiques	IIIA
T3b	Métastases péritonéales macroscopiques $\leq 2$ cm	IIIB
T3c	Métastases péritonéales $> 2$ cm, adénopathies	IIIC
T4	Métastases à distance	IV

# traitement

- Problématique = patientes jeunes, souhaitant bénéficier d'un traitement préservant leur fertilité ultérieure

-> TRAITEMENT CONSERVATEUR ?

# traitement

- Dans ces tumeurs borderline, la majorité des récurrences sont ovariennes et de type borderline.

⇒ CURABLES par une chirurgie itérative exclusive  
Pronostic vital non engagé  
(en dehors d'implants infiltrants)

- Risque de récurrence sur mode de cancer ovarien invasif  
= 1%

# Traitement conservateur

- Bilan lésionnel TOUJOURS
- Résection de la tumeur:
  - Kystectomie
  - Ovariectomie unilatérale
  - annexectomie unilatérale

# Traitement conservateur

- Bilan lésionnel TOUJOURS
- Résection de la tumeur:
  - Kystectomie
  - Ovariectomie unilatérale
  - annexectomie unilatérale

# Traitement conservateur

## ■ Bilan lésionnel:

Pas d'implants péritonéaux  
macroscopiques

Biopsies péritonéales  
systématiques

Implants péritonéaux macroscopiques

extemporané

Implants péritonéaux  
non infiltrants

Implants péritonéaux  
infiltrants

Modifie la prise en charge : PAS DE  
TRAITEMENT CONSERVATEUR

Nécessité d'un traitement radical +/- curages  
+ traitement adjuvant (6 cures Carbolatine Taxol)

# Implants péritonéaux

- Implants non infiltrants (90%): ces lésions sont « posées » à la surface épiploïque et péritonéale, et n'infiltrant pas le tissu adipeux sous-jacent.

- Type épithélial:

Lésions papillaires proliférantes ressemblant à la tumeur ovarienne associée

- Type desmoplastique:

Tissu fibreux desmoplastique (tissu de granulation oedémateux inflammatoire et congestif)

-> leur présence ne modifie pas le taux de survie à 10 ans (95 à 98%)

# Implants péritonéaux

- Implants infiltrants (10%): destruction du tissu adipeux sous-jacent

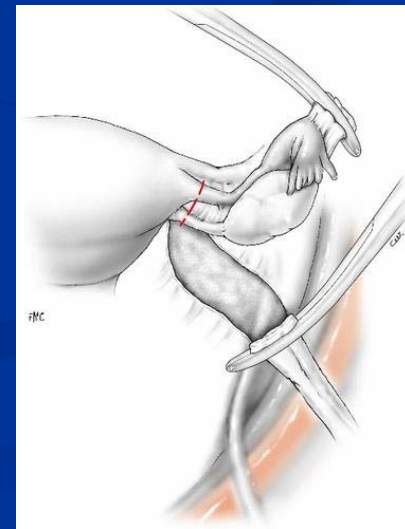
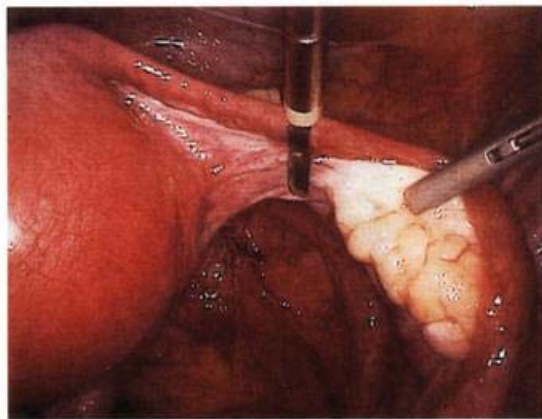
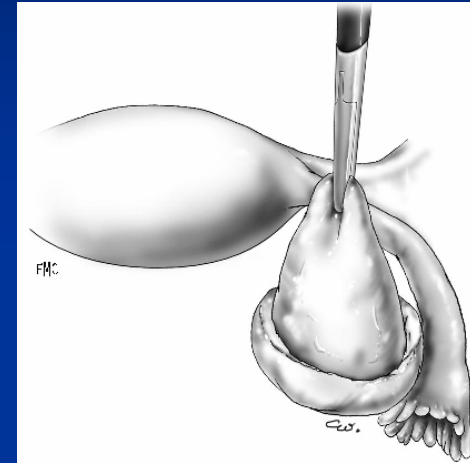
-> Taux de survie à 7ans = 66%

⇒ TRAITEMENT RADICAL

à considérer comme un cancer infiltrant de l'ovaire

# Traitement conservateur

- Bilan lésionnel TOUJOURS
- Résection de la tumeur:
  - Kystectomie
  - (Ovariectomie unilatérale)
  - annexectomie unilatérale



# Résultats [5]

- Étude sur 193 patientes ayant une tumeur borderline de l'ovaire (97% stade I), traitées par traitement conservateur
- Suivi moyen 6.9ans, 59 femmes ont été suivies 10ans et plus
- 21 récurrences borderline, soit 11%. Délai moyen de survenue = 4.7ans. La moitié ont pu être traitées par un traitement conservateur itératif
- 3 fois plus de récurrence après kystectomie par rapport à l'annexectomie (27% vs 7%)
- 2 récurrences malignes :
  - les 2 sur ovaire restant
  - les 2 dans les 3 ans après chirurgie initiale -> pas de récurrence tardive

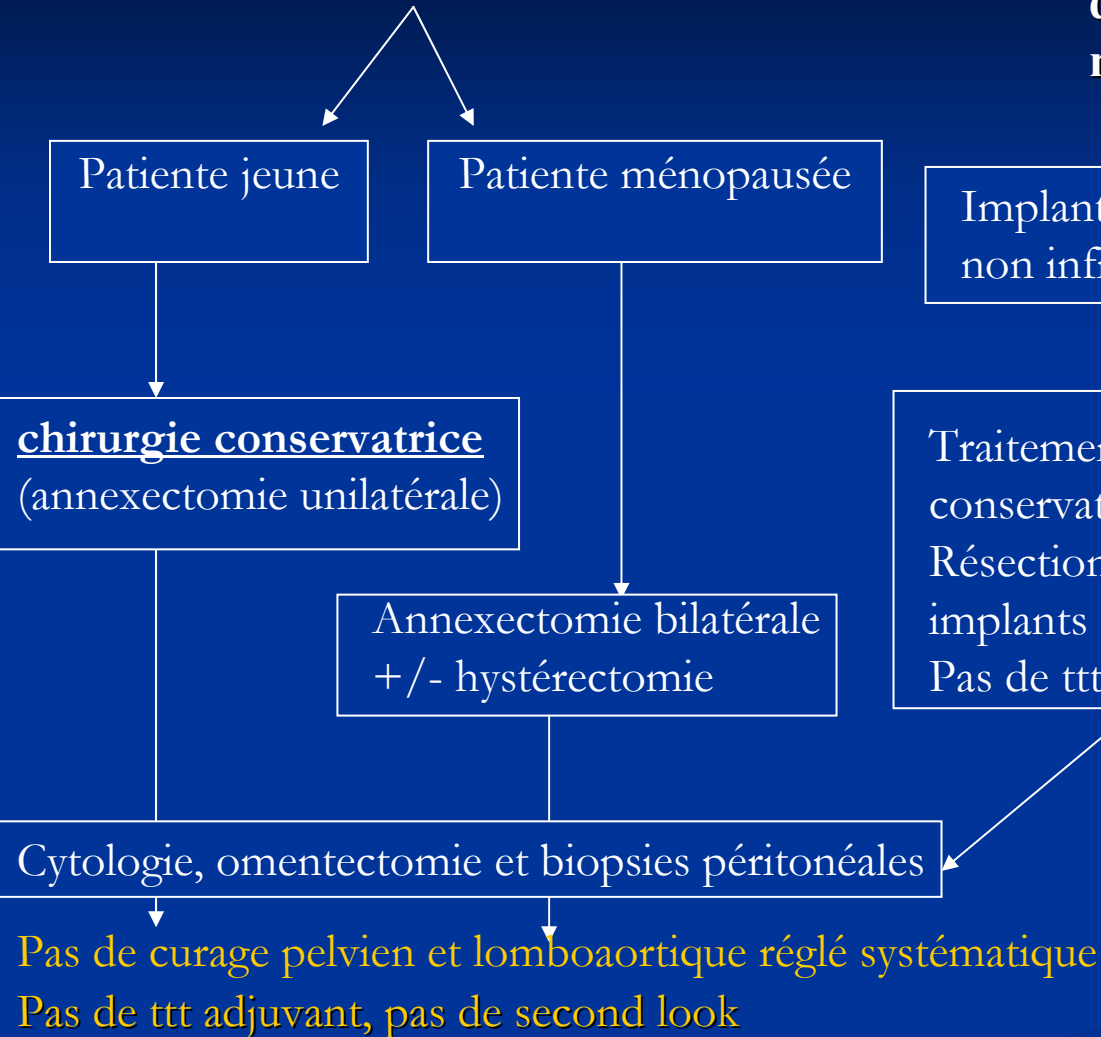
# résultats

Récidive après ttt conservateur [2]:

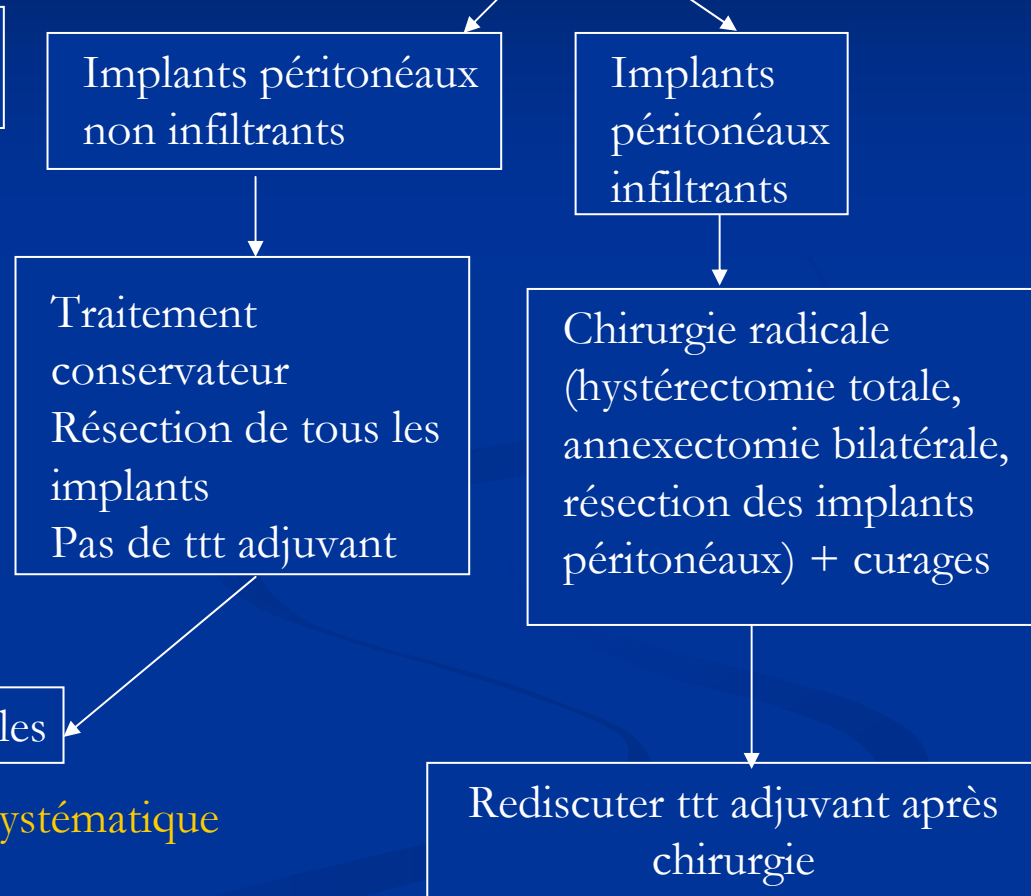
Taux de récurrence tumorale	MORICE CNGOF, 2005	PONCELET Ann Surg Oncol, 2006	SUSH- BURGMANN Gynecol Oncol, 2006
Kystectomie	35%	30%	27%
annexectomie	15%	11%	7%

5% APRES TRAITEMENT RADICAL

## Devant une tumeur ovarienne unilatérale isolée



## Devant une tumeur de l'ovaire bilatérale ou unilatérale mais avec des implants péritonéaux macroscopiques



Pas de biopsie systématique de l'ovaire controlatéral normal : non performante et risque de compromettre la fertilité des patientes

# fertilité

- Taux de grossesse spontanée après traitement conservateur = 50% [6]
- Induction ovarienne et fécondation in vitro peuvent être utilisées sans augmenter le risque de récurrence [7]
- L'intérêt de compléter la chirurgie après obtention des grossesses désirées reste discuté [6]

## ■ SUIVI RAPPROCHE :

- Examen clinique
- Dosage du CA 125
- Echographie abdomino-pelvienne

- Tous les 3 mois pendant 3ans
- Puis tous les 6 mois pendant 2ans
- Puis 1 fois par an

## ■ Surveillance prolongée (risque de récurrences tardives)

## ■ Coelioscopie [8]

### ■ Avantages:

- Complications post-opératoires <
- durée hospitalisation <
- Taux de récurrence tumorale inchangé par rapport à laparotomie malgré une chirurgie moins extensive

### ■ Inconvénients:

- Staging moins complet qu'en laparotomie ? (notamment pour curage paraaortique) *DESFEUX* [9] 118 patientes

mais :

- non réalisé dans tumeurs borderline [2]
- Coelio = GOLD STANDARD pour curage

*QUERLEU* [10] 1000 patientes

- Succès de grossesse après chirurgie inchangé par rapport à laparotomie

- Pas pour tumeur > 10cm (risque de perforation per-opératoire augmentant le risque de récurrence)

# conclusion

- Tumeurs à la limite de la malignité
- Difficultés diagnostiques
- Bon pronostic quelque soit le stade, pouvant être limité par l'importance et le caractère infiltrant des implants péritonéaux.
- INTERET DU TRAITEMENT CONSERVATEUR chez les femmes en âge de procréer (annexectomie ++)
  - Récidives plus nombreuses qu'après traitement radical mais toujours accessibles à un traitement itératif, et n'engageant pas le pronostic vital

# bibliographie

- [1] MOJGAN DEVOUASSOUX-SHISHEBORAN, *tumeurs séreuses de l'ovaire*, Symposium, Académie Internationale de Pathologie, Juin 2006, bulletin n°43
  - [2] MORICE P, CAMATTE S, PAUTIER P, LHOMME C, HAIE-MEDER C, DUVILLARD P, CASTAIGNE D, recommandations 2005 CNGOF Collège National de Gynécologie Obstétrique Français
  - [3] CASTAIGNE D, MORICE P, *chirurgie des tumeurs épithéliales malignes de l'ovaire*, Techniques chirurgicales gynécologie, Encyclopédie médico-chirurgicale, 2001;41-555
  - [4] PONCELET C, FAUVET R, BOCCARA J, DARAI E, *Recurrence after cystectomy for borderline ovarian tumors: results of a French multicenter study*, Ann Surg Oncol, 2006 Apr;13(4):565-71
  - [5] SUSH-BURGMANN E, *Long-term outcomes following conservative surgery for borderline tumor of the ovary : a large population-based study*, Gynecol Oncol, 2006 Dec;103(3):841-7
  - [6] MORICE P, *Borderline tumours of the ovary and fertility*, Eur J Cancer, 2006 Jan;42(2):149-58
  - [7] FORTIN A et al., *impact of infertility drugs after treatment of borderline ovarian tumors*, Fertil Steril., 2007 Mar;87(3):591-6
  - [8] ODEGAARD E et al., *Surgery of borderline tumors of the ovary*, Acta Obstet Gynecol Scand, 2007;86(5):620-6
  - [9] DESFEUX P et al., *impact of surgical access on staging of early borderline and invasive tumors of the ovary*, Bull Cancer, 2006 Jul;93(7):723-30
  - [10] QUERLEU D, LEBLANC E, *Audit of preoperative and early complications of laparoscopic lymph node dissection in 1000 gynecologic cancer patients*, Am J Obstet Gynecol. 2006 Nov;195(5):1287-92.
- Photos, remerciements: Pr J LEBORGNE, Dr CLASSE, Dr SAGAN