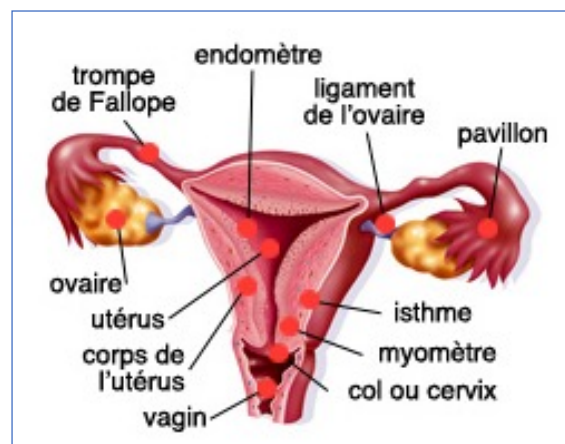
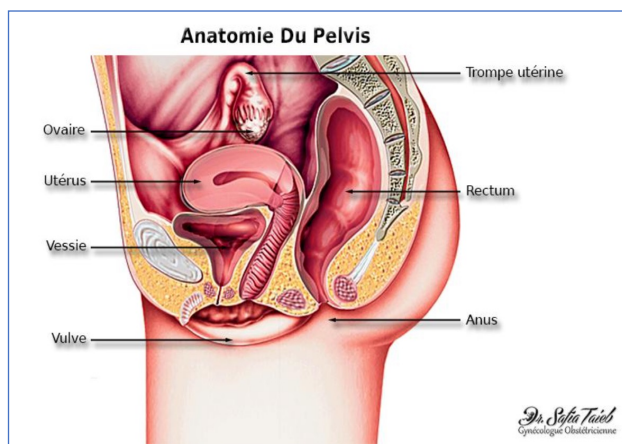


CANCERS GYNECOLOGIQUES

Emma DONATI

1

Les cancers gynécologiques



2

2

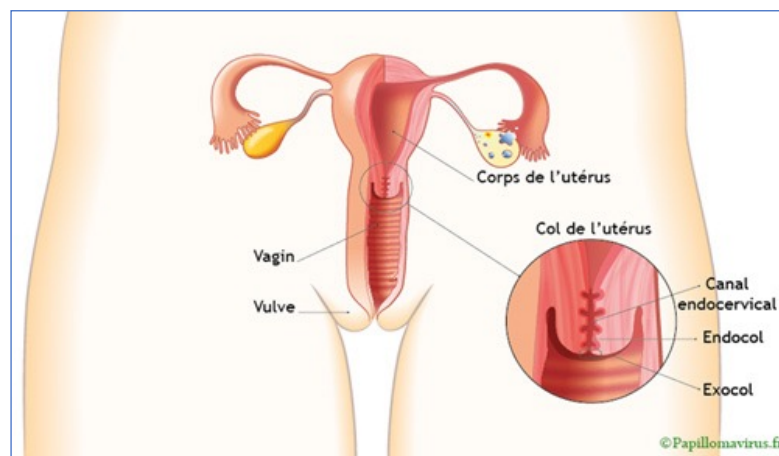
- Cancer du col de l'utérus
- Cancer du corps de l'utérus = cancer de l'endomètre
- Cancer de l'ovaire

Ne seront pas traités : cancer du vagin / de la vulve / des trompes.

3

3

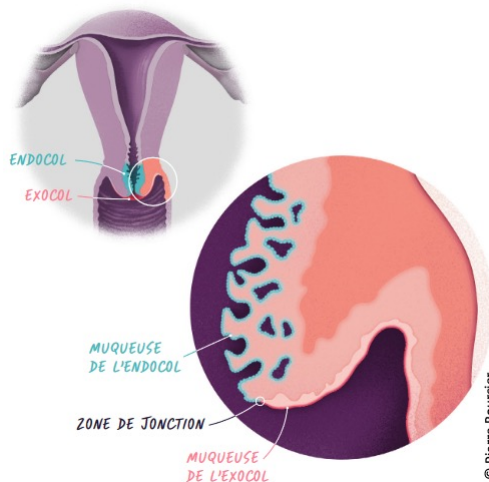
TUMEURS DU COL UTERIN



4

4

Rappels d'anatomie / histologie

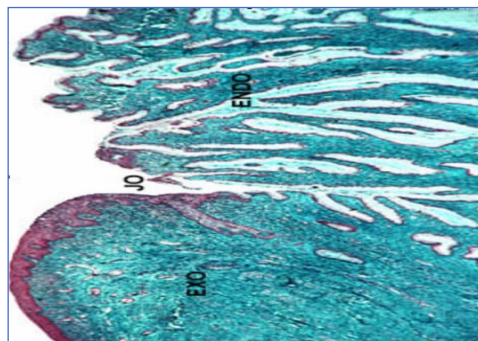
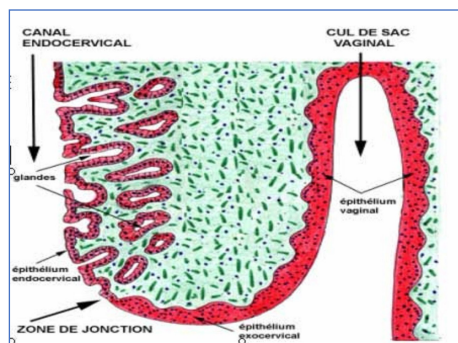
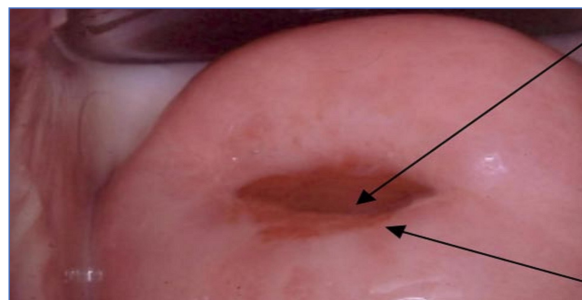
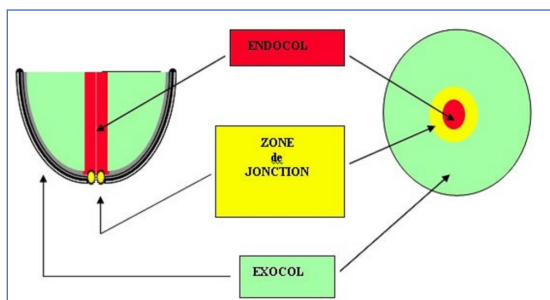


© Pierre Bourcier

- **L'endocol** : épithélium glandulaire, sécrétant la glaire cervicale sous l'influence des œstrogènes
- **L'exocol** : épithélium malpighien en continuité avec l'épithélium vaginal.
- **Zone de jonction** : région d'affrontement des 2 épithéliums → zone d'où naissent les cancers

5

5



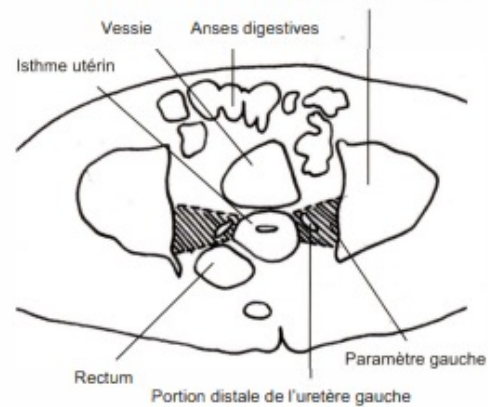
6

6

Rapports anatomiques du col



Coupe scanner du pelvis



Schématisation de la vue scanner

7

7

Anatomopathologie

Carcinome épidermoïde :

- 70% des cancers du col
- se développe à partir de l'épithélium malpighien de l'exocol, au niveau de la zone de jonction avec l'endocol.

8

8

Epidémiologie

- **4^{ème} cancer féminin** dans le monde
- Plus fréquent et plus grave dans les pays à faible ressource
- Incidence en franche diminution grâce au **dépistage**.
- Reste un **cancer grave**, 1 100 décès en France en 2017.

- Âge médian au diagnostic de **51 ans**.
- Survie nette à 5 ans qui tend à se dégrader : actuellement estimée à 62%.

9

9

Facteurs de risque

- **L'infection à HPV +++**,
 - Retrouvée dans la quasi-totalité des cancers du col, principale cause.
 - HPV 16 et 18 surtout.
 - Transmis par contact sexuel, 17% des femmes avant 30 ans.
 - Normalement : clairance virale / régression spontanée.

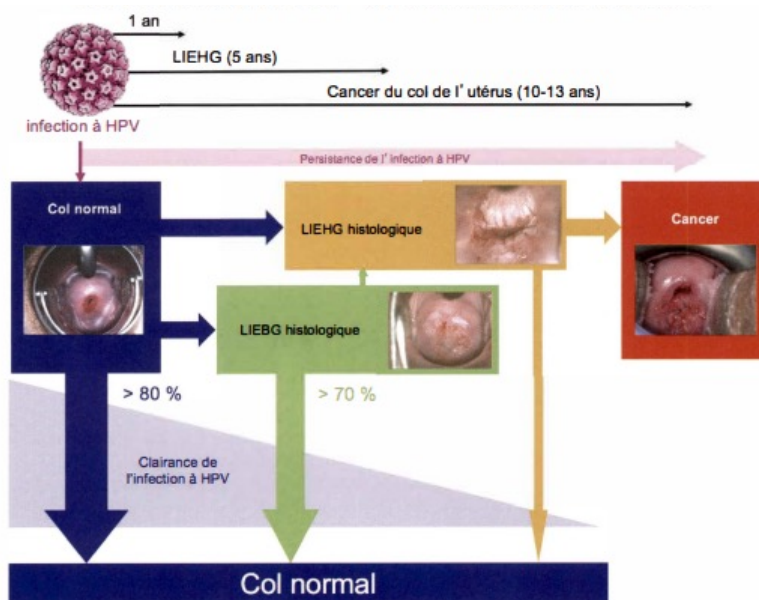
- **Caractéristiques associées à un risque accru d'infection HPV :**
 - Précocité des 1ers rapports sexuels
 - Partenaires sexuels multiples
 - Antécédent de MST

- **Co-facteurs de risque :**
 - Tabagisme actif
 - Co-infection à Chlamydiae ou HSV
 - VIH
 - Utilisation prolongée de contraceptifs oraux.

10

10

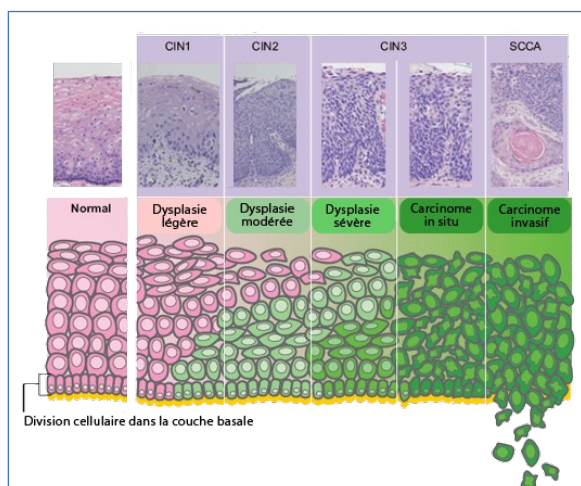
Histoire naturelle



11

11

Continuum anatomopathologique



Néoplasies intra épithéliales cervicales (CIN) ou lésions intra épithéliales (LIE) :

- **CIN1** = dysplasie légère, limitée au tiers inférieur de l'épithélium
- **CIN2** = dysplasie modérée, 2/3 inférieurs
- **CIN3** = dysplasie sévère ou carcinome in situ, extension à la totalité de l'épithélium.

Le risque d'évolution vers un carcinome invasif est plus important pour les CIN 2-3 (10-15%) que pour les CIN1 (1%).

Carcinome invasif = une fois qu'il y a franchissement de la membrane basale. Apparition du risque métastatique.

12

12

Infection à HPV :

- Très fréquente mais le plus souvent **transitoire** sans aucune conséquence clinique.
- Régression spontanée dans plus de 80% des cas : **clairance virale**.
- Seule sa **persistance** expose au risque de développer des lésions intra-épithéliales, voire un cancer.
- **Les LIE gardent aussi un potentiel de régression spontanée**, d'autant plus marqué que la LIE est de faible sévérité.
- Par ex : une LIEBG va régresser spontanément dans plus de 70% des cas sur une période de 2 ans, avec un risque de cancer du col à 10ans << 1%.

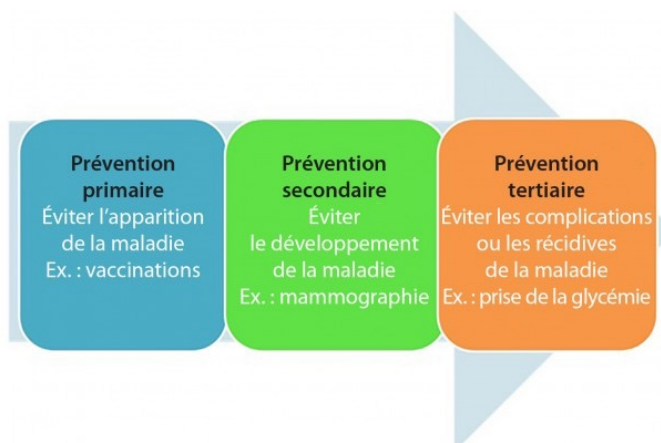
13

13

La prévention

2 méthodes :

- 1) La vaccination
- 2) Le dépistage



14

14

1) La vaccination

Recommandée pour toutes les filles de 11 à 14 ans, et en rattrapage entre 15 et 19 ans.

- Permet de prévenir l'infection persistante à HPV.
- Avant les 1ers rapports sexuels pour un maximum d'efficacité.
- Couverture vaccinale faible : 17% à l'âge de 16 ans en 2014.
- Protection uniquement partielle : ne dispense pas du dépistage par prélèvement cervico-utérin.

15

15

Recommandation sur l'élargissement de la vaccination contre les papillomavirus aux garçons

RECOMMANDATION VACCINALE - Mis en ligne le 16 déc. 2019

Au terme de son évaluation, la HAS est favorable à l'élargissement de la vaccination contre les papillomavirus chez les garçons dans le calendrier vaccinal français et recommande :

- 1.** L'élargissement de la vaccination anti-HPV par GARDASIL 9® (gHPV) pour tous les garçons de 11 à 14 ans révolus selon un schéma à 2 doses (M0, M6).
- 2.** Un rattrapage possible pour tous les adolescents et jeunes adultes de 15 à 19 ans révolus selon un schéma à 3 doses (M0, M2, M6).
- 3.** Le maintien d'une recommandation vaccinale spécifique par GARDASIL 9® (gHPV) pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes jusqu'à 26 ans révolus selon un schéma à 3 doses (M0, M2, M6).

16

16

SCHÉMA DE VACCINATION

Le schéma de vaccination diffère selon le vaccin utilisé.

Gardasil® :

- vaccination débutée entre 11 et 13 ans révolus : 2 doses espacées de six mois : M0, M6.
- vaccination débutée entre 14 et 19 ans révolus : 3 doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois : M0, M2, M6.
- vaccination pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) jusqu'à 26 ans révolus : 3 doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois : M0, M2, M6.

Cervarix® :

- vaccination débutée entre 11 et 14 ans révolus : 2 doses espacées de six mois : M0, M6.
- vaccination débutée entre 15 et 19 ans révolus : 3 doses administrées selon un schéma 0, 1 et 6 mois : M0, M1, M6.

Gardasil 9® :

- vaccination débutée entre 11 et 14 ans révolus : 2 doses espacées de six à treize mois.
- vaccination débutée entre 15 et 19 ans révolus : 3 doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois : M0, M2, M6.
- vaccination pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) jusqu'à 26 ans révolus : 3 doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois : M0, M2, M6.

Toute nouvelle vaccination doit être initiée avec le vaccin Gardasil 9® pour les jeunes filles, jeunes femmes et jeunes hommes non antérieurement vaccinés.

17

17

2) Le dépistage

- 15 ans d'évolution de la dysplasie légère au carcinome : **large fenêtre** pour le dépistage.
- En 35 ans, le dépistage a permis une **diminution de moitié de l'incidence et de la mortalité.**
- Un dépistage régulier de toute la population cible permettrait de réduire l'incidence de plus de 90%.
- En France, le taux de couverture du dépistage stagne **autour de 58%.**

18

18

- Dépistage **organisé**.
- Par **prélèvement cervico-utérin (PCU)**.
- 2 modalités :
 - *Test de dépistage cytologique* entre 25 et 30 ans.
 - *Test de dépistage virologique* de 30 à 65 ans.

Le premier PCU de dépistage doit être réalisé à **25 ans**. Il permettra la réalisation d'un test cytologique (test de dépistage cytologique). Il sera ensuite **contrôlé un an plus tard** puis réalisé tous les **3 ans** jusqu'à l'âge de **30 ans**. **Après 30 ans**, le PCU servira à la réalisation d'un **test HPV** (test de dépistage virologique) qui sera réalisé tous les **5 ans** jusqu'à l'âge de **65 ans**, âge de l'arrêt du dépistage (HAS 2019).

19

19

Le PCU de dépistage

Matériel de prélèvement : écouvillon ou brosse type Cytobrush®



Matériel de prélèvement : trident

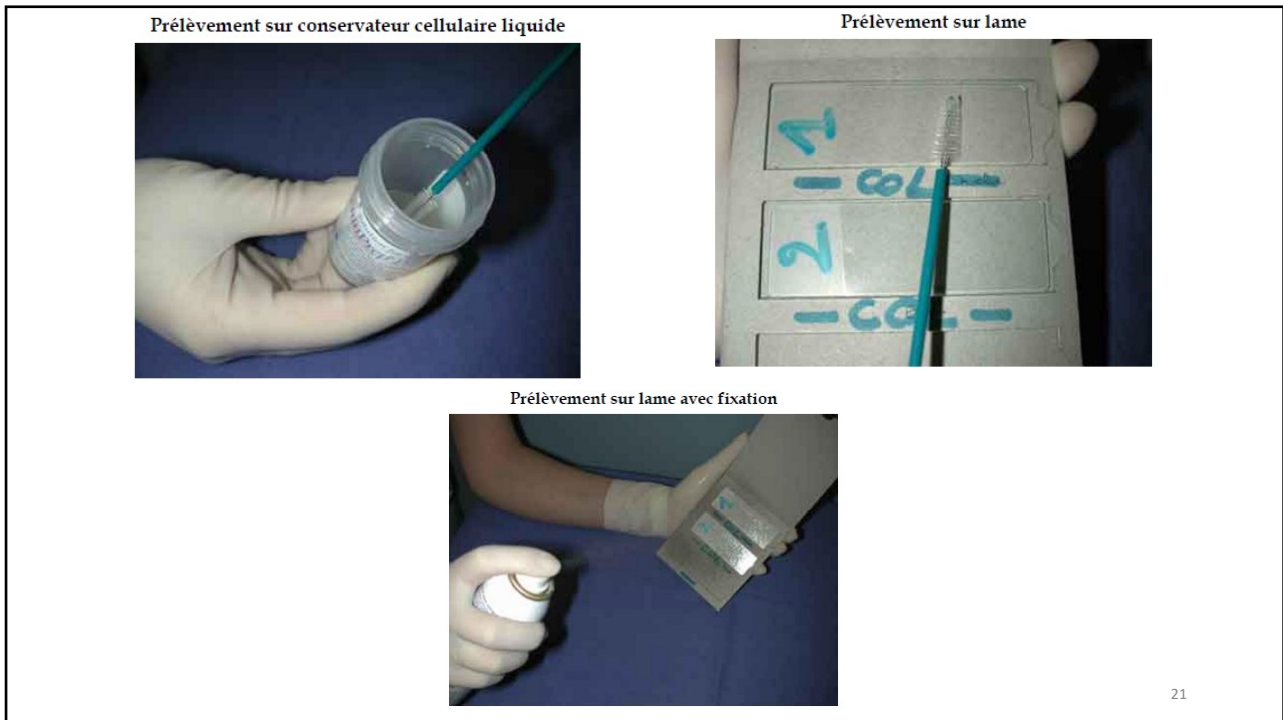


Matériel de prélèvement : spatule d'Ayre

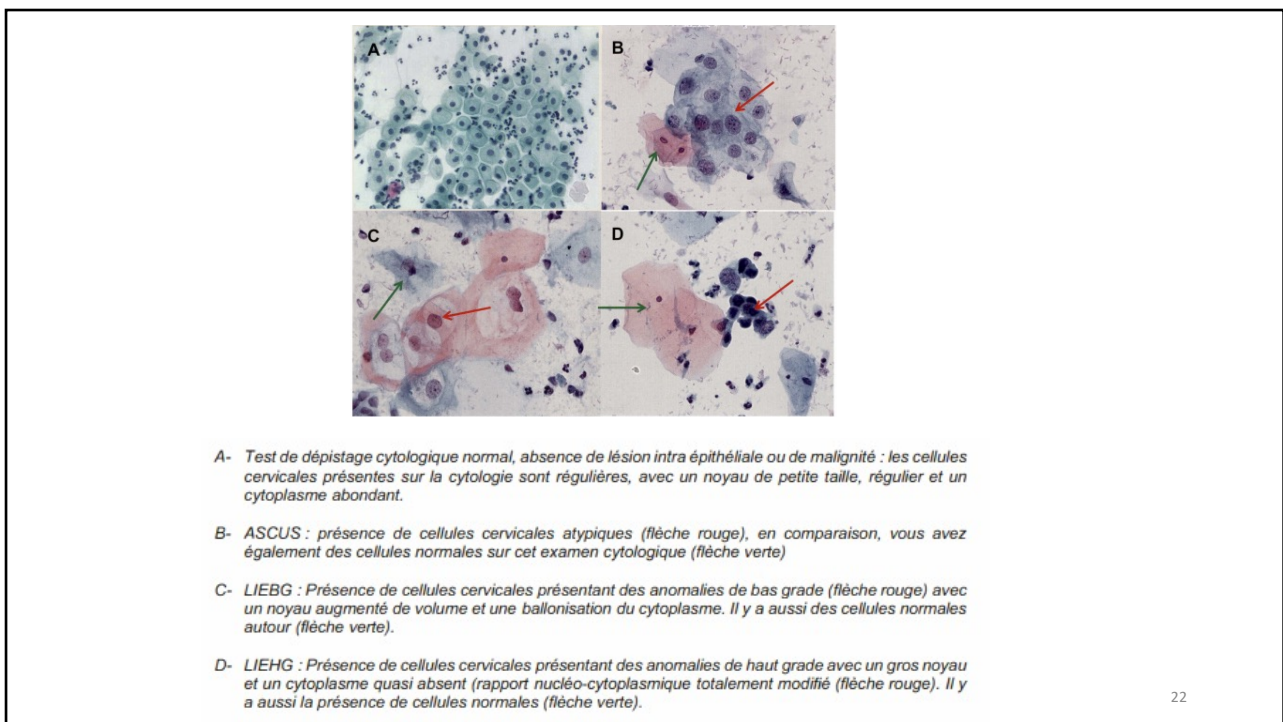


20

20



21

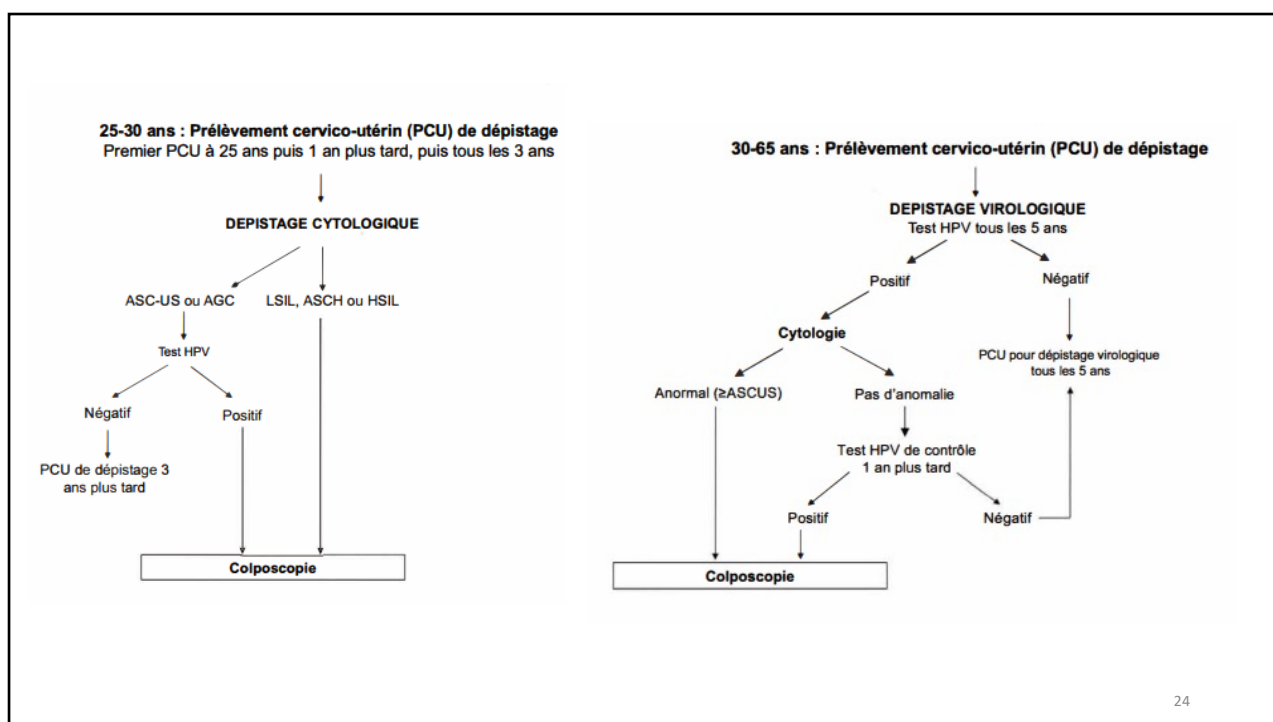


22

Tableau 2. CLASSIFICATION DE BETHESDA DES ANOMALIES CYTOLOGIQUES AU FROTTIS CERVICO-UTÉRIN		
	Description des lésions	Abréviation
Anomalies des cellules malpighiennes	Atypies de signification indéterminée	ASC-US
	Lésion intra-épithéliale de bas grade	LSIL
	Atypies ne permettant pas d'exclure une lésion de haut grade	ASC-H
	Lésion intra-épithéliale de haut grade	HSIL
	Carcinome malpighien	
Anomalies des cellules glandulaires	Atypies des cellules glandulaires	AGC
	Adénocarcinome endocervical <i>in situ</i>	AIS
	Adénocarcinome	

23

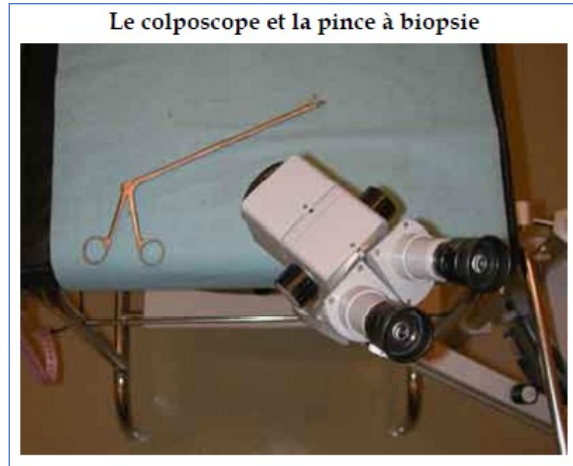
23



24

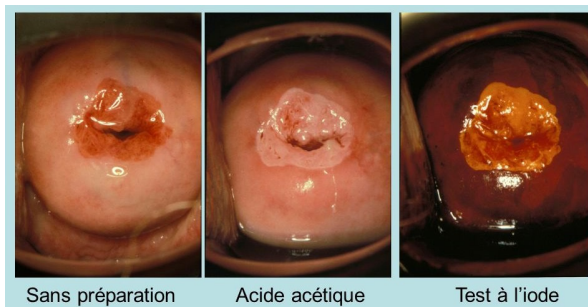
24

Colposcopie



25

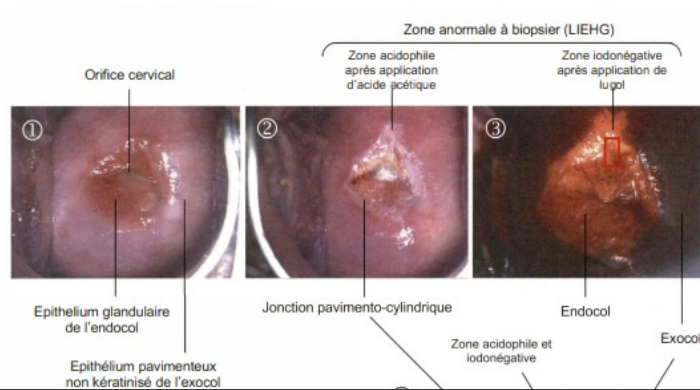
25



Sans préparation

Acide acétique

Test à l'iode

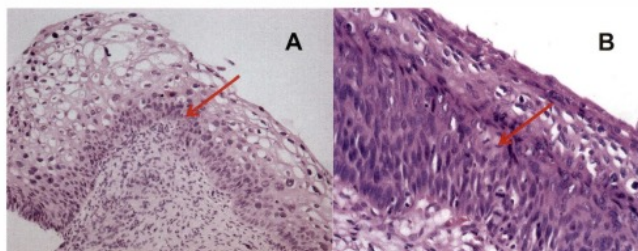


26

26

Les résultats de la biopsie :

HISTOLOGIE		
Classification de Richart	Classification de l'OMS	
CIN1	Lésions intra-épithéliales de bas grade (LIEBG)	Anomalies cellulaires localisées au tiers inférieur des couches cellulaires
CIN2	Lésions intra-épithéliales de haut grade (LIEHG)	Anomalies atteignant les 2/3 profonds de l'épithélium
CIN3		Anomalies sur toute la hauteur de l'épithélium (cellules indifférenciées avec anomalies nucléaires et mitoses). Respect de la membrane basale.



Exemples d'analyses histologiques de biopsies cervicales :

- A- LIEBG histologique : les cellules anormales ne dépassent pas le tiers inférieur de l'épithélium cervical (flèche rouge).
 B- LIEHG histologique : les cellules anormales atteignent les deux tiers ou plus de la hauteur de l'épithélium cervical (flèche rouge).

27

27

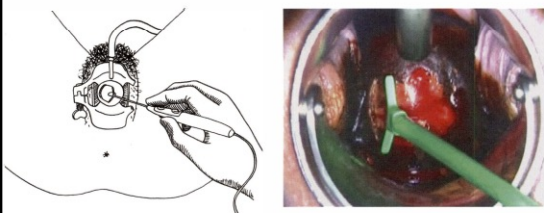
PEC des dysplasies

	Lésions intra épithéliales de bas grade	Lésions intra épithéliales de haut grade
Evolution spontanée	Guérissent spontanément dans 2/3 des cas en 2 ans. Dans 1/3 des cas, la lésion persiste où évolue vers une lésion de plus haut grade.	Persistante / évolution vers un cancer.
Prise en charge	- Surveillance : PCU de contrôle 6 ou 12 mois plus tard. - Traitement si la lésion persiste plus de 24 mois : vaporisation au laser . - Si aggravation vers une LIE de haut grade : conisation.	- Exérèse chirurgicale = conisation . - Avec examen anatomopathologique définitif.

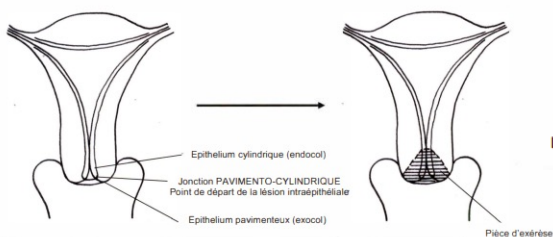
28

28

La conisation



Exemple de conisation à l'anse diathermique. Le geste est réalisé sous colposcopie pour optimiser la résection en termes de volume et de hauteur et de marges de résection.



PRECOCES	- Hémorragies per et post-opératoires
TARDIVES	<ul style="list-style-type: none"> - Complications obstétricales : augmentation du risque d'avortement spontané tardif, du risque de rupture prématurée des membranes, d'accouchement prématuré avec la morbidité et la mortalité néonatale qui en découlent . Ces complications sont directement liées au volume et à la hauteur de la conisation. - Récidive : de l'ordre de 5 à 15 % selon le statut des marges. Ces patientes sont également exposées à un risque accru de cancer du col et doivent donc bénéficier d'une surveillance post-thérapeutique prolongée - Sténoses cervicales cicatricielles rendant difficile la surveillance de la nouvelle ligne de jonction en colposcopie.

La conisation n'expose pas au risque d'infertilité ultérieure.

29

29

Cancer invasif du col

30

30

Circonstances de diagnostic

- Soit sur la pièce de conisation dans le cadre d'un dépistage.

- Soit sur point d'appel clinique :

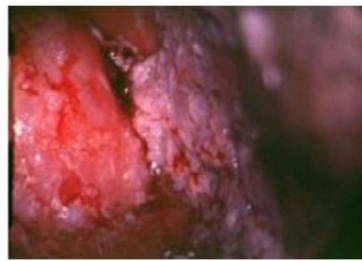
- **Métrorragies ++**, typiquement post coïtales
- Dyspareunies
- Leucorrhée
- Symptômes traduisant une extension locorégionale :
 - douleurs pelviennes, vésicales ou rectales
 - douleurs lombaires
 - lymphoedème.

31

31

Colposcopie

- d'emblée
- **pas de place pour le PCU**
- avec biopsies ciblées



Lésions évocatrices :

- large ulcération à bords irréguliers, saignant au contact
- forme végétante, exubérante
- forme infiltrante avec induration déformant le col.

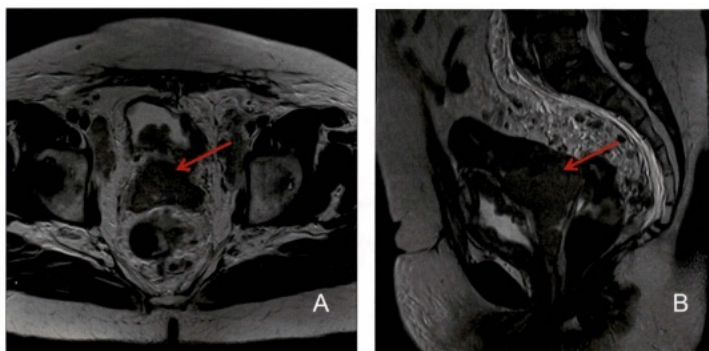
32

32

Bilan d'extension

- L'IRM pelvienne ++ : bilan d'extension locorégional :

- volume tumoral
- extension aux paramètres, à la vessie, au rectum
- recherche des ganglions.



IRM pelvienne en coupe axiale (A) et sagittale (B) d'une patiente présentant un cancer du col utérin (flèche) avec atteinte vésicale (stade IVA)

33

33

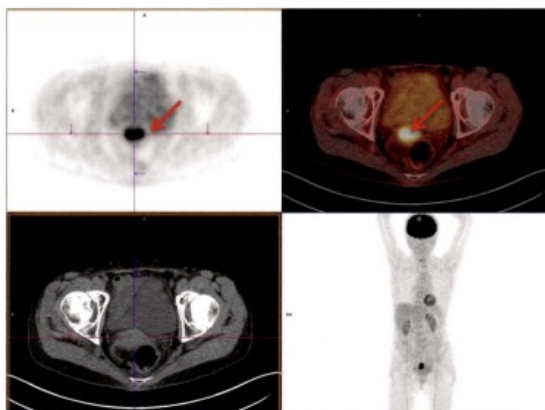
Bilan d'extension

- L'IRM pelvienne ++ : bilan d'extension locorégional :

- volume tumoral
- extension aux paramètres, à la vessie, au rectum
- recherche des ganglions.

- Le TEP-scanner :

- recherche les ganglions et des métastases à distance.
- A faire dans les formes localement avancées.



TEP TDM d'une patiente présentant un cancer du col limité au col utérin sans atteinte ganglionnaire identifiée : foyer d'hyperfixation cervicale isolé (flèche)

34

Bilan d'extension

- L'IRM pelvienne ++ : bilan d'extension locorégional :

- volume tumoral
- extension aux paramètres, à la vessie, au rectum
- recherche des ganglions.

- Le TEP-scanner :

- recherche les ganglions et des métastases à distance.
- A faire dans les formes localement avancées.

- Le curage ganglionnaire par laparoscopie :

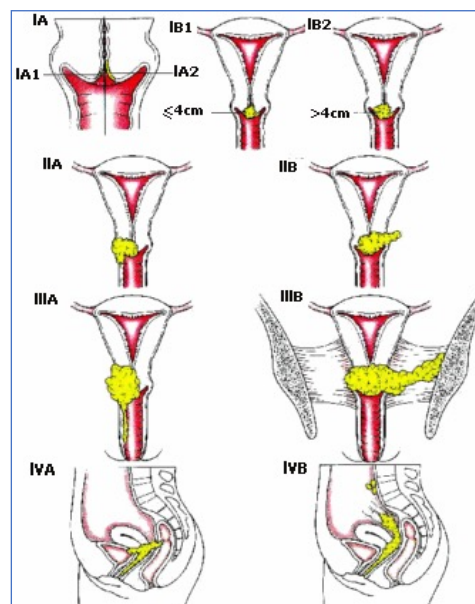
- L'IRM et le TEP voient mal les ADP.
- Si imagerie négative : curage systématique, car la présence ou non de ganglions change la prise en charge.

35

35

Classification de l'extension

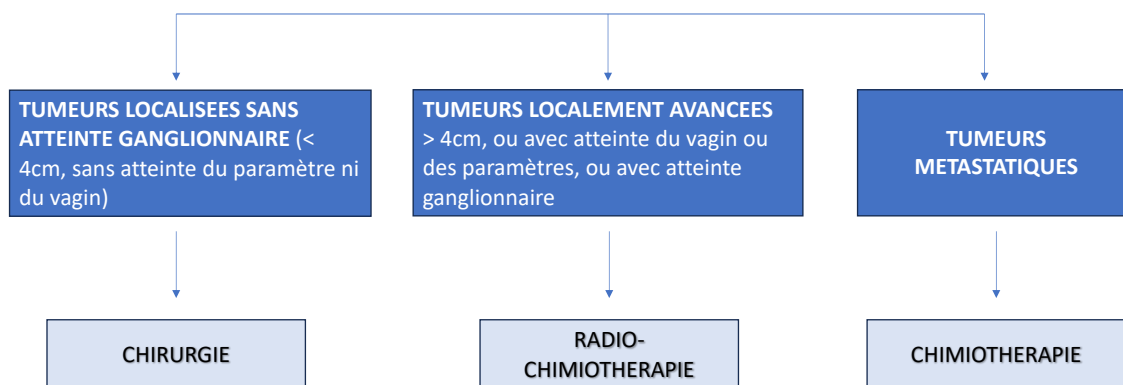
Stade	Extension	Survie relative à 5 ans
Stade I	Tumeur limitée au col	84 à 93%
Stade II	Carcinome étendu aux paramètres ou au vagin mais sans atteinte de la paroi pelvienne ou du 1/3 inférieur du vagin	73 à 75%
Stade III	Carcinome étendu à la paroi pelvienne ou au 1/3 inférieur du vagin ou avec retentissement sur le rein ou présence de métastases ganglionnaires	59 à 68%
Stade IV	Invasion de la vessie / du rectum / et au-delà de la cavité pelvienne Ou métastase à distance	35%



36

36

Traitement

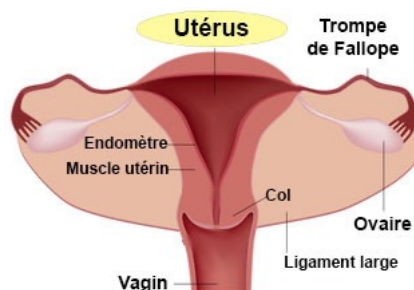


37

37

• Tumeurs localisées :

- 1) **Chirurgie** : colpo-hystérectomie + annexectomie bilatérale + lymphadénectomie pelvienne.
- 2) ou radiothérapie
- 3) ou association des deux.



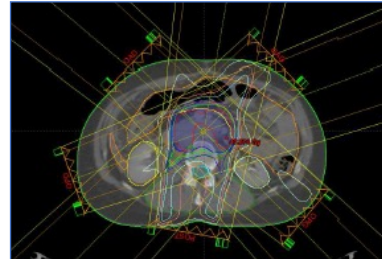
38

38

- **Tumeurs localement avancées :**

- 1) **Radiochimiothérapie concomitante**

= Radiothérapie externe + chimiothérapie par Cisplatine à visée radiosensibilisante



- 2) +/- curiethérapie utérovaginale de surimpression



- 3) +/- traitement chirurgical 6-8 semaines après.

39

39

- **Tumeurs métastatiques :**

Chimiothérapie :

- selon différents protocoles
- souvent à base de sels de platine
- adaptés selon la tolérance, les effets secondaires, et l'efficacité.

40

40

Cancer de l'endomètre (= corps utérin)

41

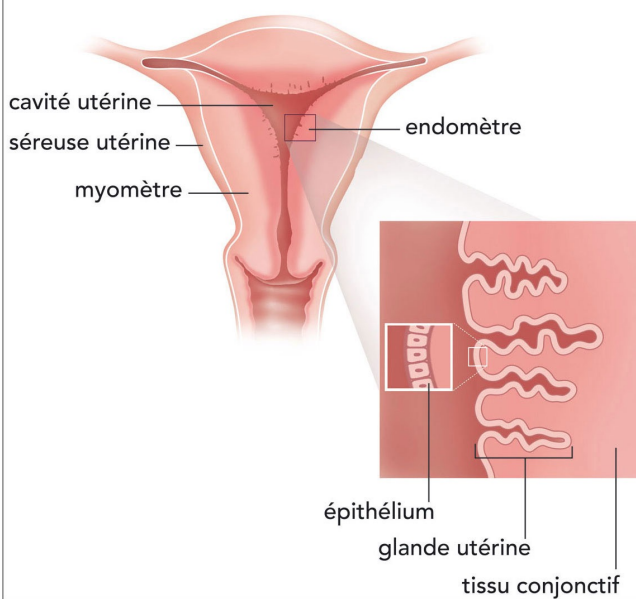
Rappels d'anatomie

Extension en priorité vers le **myomètre**, jusqu'à la séreuse puis la cavité péritonéale.

Le risque de métastase ganglionnaire est dépendant du degré d'extension au myomètre.

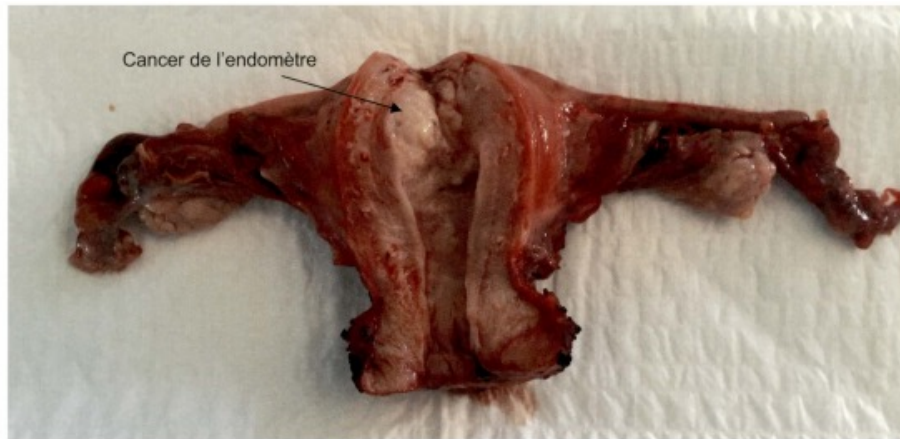


Le corps de l'utérus et l'endomètre



42

42



Autre exemple de pièce d'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale réalisée chez une femme ayant un cancer de l'endomètre de stade IB localisé au niveau du fond utérin (atteinte de plus de 50 % du myomètre sans atteinte séreuse). La tumeur est ici plus volumineuse et plus facilement visible à l'œil nu. L'utérus est également ouvert sur sa face antérieure.

43

43

Epidémiologie

- Cancer gynécologique **le plus fréquent** en France.
- Principalement dans les pays développés.
- Femmes **après la ménopause** : âge moyen au diagnostic 68 ans.
- Survie relative à 5 ans de 75%, 85% dans les formes localisées.
- Dans 80% des cas, il est limité au corps utérin au diagnostic.
- Cancers hormonodépendants.

44

44

Facteurs de risque

- **La surcharge pondérale +++ :**
 - 1^{er} facteur de risque, serait responsable de 40% des cancers de l'endomètre.
 - Également : HTA, DT2
- **L'exposition prolongée aux œstrogènes :**
 - Les œstrogènes favorisent la prolifération des cellules épithéliales de l'endomètre.
 - Puberté précoce, ménopause tardive, nulliparité.
 - Syndrome des ovaires polykystiques.
- **Le tamoxifène (hormonothérapie du cancer du sein).**
- **Les syndromes de prédisposition génétique :**
 - Le syndrome de Lynch
 - Moins de 5% des cancers de l'endomètre.

45

45

Circonstance de diagnostic

Métrorragies péri ou post ménopausiques, en général spontanées, indolores et peu abondantes.

- Symptôme révélateur le plus fréquent (90% des cas)
- Surviennent précocement → diagnostic précoce.

Autres :

- leucorrhées
- douleur abdominale (si forme évoluée)

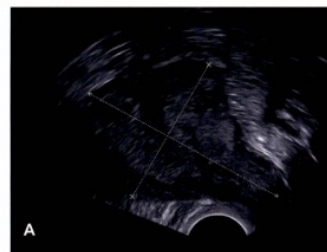
46

46

→ **Examen gynécologique** (le plus souvent normal si stade localisé)

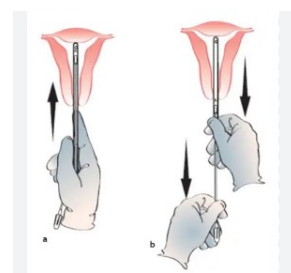
- Avec **échographie pelvienne** par voie endovaginale :

- augmentation de l'épaisseur de l'endomètre
- évalue le degré d'infiltration du myomètre.



- Avec biopsie de l'endomètre en consultation

- pipelle de Cornier
- à l'aveugle
- n'a de valeur diagnostique que si positive (normale ou négative, elle n'élimine pas le diagnostic).

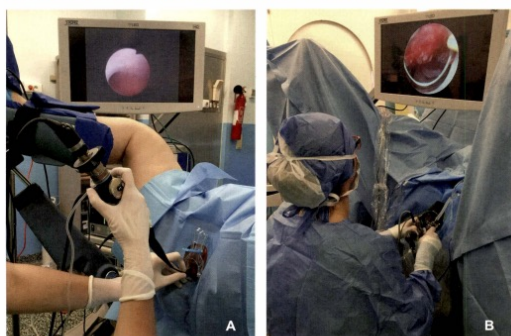


47

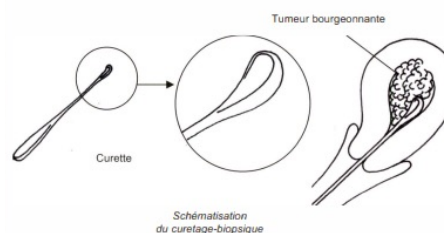
47

Confirmation diagnostique

Hystérocopie diagnostique avec curetage :



Exemple d'une hystérocopie diagnostique à l'aide d'un hystéroscope souple (A) et d'une hystérocopie opératoire permettant la réalisation de biopsies dirigées de l'endomètre (B)



48

48

Histologie

Adénocarcinome développé aux dépens de la muqueuse endométriale.

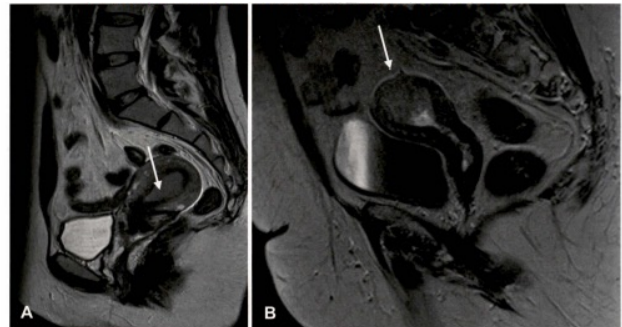
TYPE 1 (le + fréquent)	TYPE 2
CARCINOMES ENDOMETRIOÏDES	- Carcinomes à cellules claires - Carcinomes papillaires séreux - Carcinosarcomes.
Classés en 3 grades histologiques, de sévérité croissante.	

49

49

Bilan d'extension

- **IRM abdominopelvienne :**
 - examen de référence
 - invasion myométriale / locorégionale
- **TEP-TDM :**
 - uniquement pour les formes à haut risque / localement avancées.



Clichés d'IRM pelvienne de patientes présentant un cancer de l'endomètre (flèches)
Cliché A : cancer de l'endomètre avec atteinte myométriale inférieure à 50% (stade IA)
Cliché B : cancer de l'endomètre atteignant la séreuse utérine (stade IIIA)

50

50

Tableau 5. CLASSIFICATION FIGO DES ADÉNOCARCINOMES DE L'ENDOMÈTRE (2009)		
FIGO	Description	Probabilité de survie sans rechute à 5 ans (à titre indicatif)
Stade I : Tumeur limitée au corps utérin		90 %
IA	Extension limitée à l'endomètre ou à moins de 50 % du myomètre	
IB	Extension à \geq 50 % du myomètre	
Stade II : Tumeur envahissant le stroma cervical mais ne s'étendant pas au-delà du col		70 %
Stade III : Extension au-delà du col		30 %
IIIA	Extension à la séreuse ou aux annexes	
IIIB	Extension au vagin ou aux paramètres	
IIIC	Présence de métastases ganglionnaires	
IIIC1	Pelviennes	
IIIC2	Lombo-aortiques	
Stade IV : Extension aux organes de voisinage ou métastases à distance		< 5 %
IVA	Extension à la muqueuse vésicale ou intestinale	
IVB	Présence de métastases à distance	

Le cancer de l'endomètre est le plus souvent diagnostiqué à un stade précoce. Les stades I (tumeurs limitées au corps utérin) représentent 80% des cancers de l'endomètre.

51

51

Traitement

Pierre angulaire = **chirurgie** : colpohystérectomie + annexectomie bilatérale + curage pelvien +/- lomboaortique.

+/- radiothérapie externe

+/- curiethérapie vaginale

+/- chimiothérapie adjuvante.

52

52

Cancer de l'ovaire

53

Rappels anatomiques



- Evolution dans un large espace : pas de symptôme de diagnostic précoce
→ Diagnostic souvent tardif, à un stade évolué.

- Diffusion rapide vers la cavité péritonéale

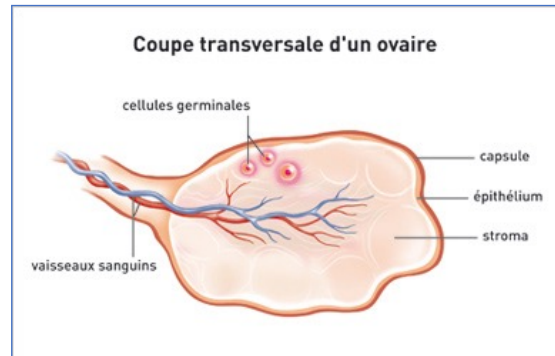
54

54

Rappels histologiques

3 types différents de cellules :

- les **cellules épithéliales** : forment la couche externe
- les **follicules ovariens** : cellules germinales, à partir desquels les ovules sont fabriqués
- les **cellules du stroma** : tissu conjonctif de soutien.



→ 3 types histologiques de cancer de l'ovaire :

- les **tumeurs épithéliales ovariennes +++**, dans 90% des cas
- les **tumeurs des cellules germinales**
- les **tumeurs des cordons sexuels et du stroma gonadique.**

55

55

Epidémiologie

- **tumeur rare**
- 7^{ème} cancer de la femme
- âge moyen au diagnostic : **65 ans**
- diagnostic souvent **tardif**
- **pronostic sombre** : taux de survie à 5 ans de 35%
- 1^{ère} cause de décès par cancer gynécologique dans les pays développés

56

56

Facteurs de risque

Facteurs de risque	Facteurs protecteurs
Histoire familiale de cancers du sein et/ou de l'ovaire (+++)	-
Antécédent personnel de cancer du sein	-
Nulliparité (++)	Multiparité (++)
Infertilité (+/-) et stimulation de l'ovulation et traitement de l'infertilité (+)	Pilule œstroprogestative (++)
Traitement hormonal substitutif (+/-)	Allaitement (+)
Endométriose	Hystérectomie – Ligature de trompe (+/-)

Hérédité chez 10-20% des patientes ++ :

- le syndrome sein-ovaire par mutation BRCA (80% des formes héréditaires)
- plus rarement le syndrome de Lynch (association au cancer de l'endomètre et du colon).
→ Y penser si âge < 50 ans ou ATCD familiaux au 1^{er} degré de cancer de l'ovaire, du sein, de l'endomètre et du colon).
- Consultation d'oncogénétique.

57

57

Circonstances du diagnostic

- Du fait de la **situation profonde des ovaires**, ces tumeurs peuvent atteindre un volume important avant d'entraîner des symptômes, qui sont très variés et non spécifiques.
- $\frac{3}{4}$ des cas sont diagnostiqués à un stade avancé de **carcinose péritonéale**.
- Symptômes :
 - **ascite**, augmentation du périmètre abdominal
 - **douleurs pelviennes**
 - saignements, pertes génitales anormales
 - troubles dus à la compression des organes adjacents
 - nodules palpables de la paroi abdominale ou de l'ombilic.

58

58

Imagerie

- **L'échographie pelvienne :**
 - Examen clé, très sensible
 - Permet de distinguer un kyste bénin d'une lésion suspecte de cancer
- **L'IRM pelvienne :**
 - En complément de l'échographie pour la caractérisation des lésions suspectes de l'ovaire.
- **Le scanner TAP :**
 - En cas de suspicion de malignité, pour le bilan d'extension
 - Recherche une carcinose péritonéale, une atteinte ganglionnaire.

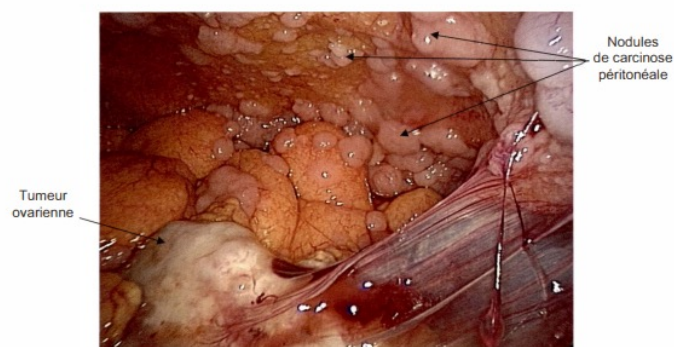
59

59

Diagnostic de certitude

Exploration chirurgicale avec réalisation de biopsies ou annexectomie d'emblée.

→ Confirmation anatomopathologique du cancer.



Vue coelioscopique d'une volumineuse tumeur ovarienne avec carcinose péritonéale

60

60

Traitement

- **La chirurgie ++ :**
 - Traitement principal
 - Objectif : supprimer la totalité de la tumeur.
 - Seul traitement si diagnostic à un stade précoce.

- **La chimiothérapie adjuvante :**
 - Souvent
 - Pour éliminer d'éventuelles cellules cancéreuses restantes et réduire le risque de récurrence.

- **La chimiothérapie néo-adjuvante :**
 - Parfois, pour réduire la taille de la tumeur et faciliter la chirurgie.

- **La chimiothérapie seule :**
 - Lorsque la tumeur est découverte à un stade très avancé.
 - Sels de platine ++
 - Couplée à des thérapies ciblées (PARPi).

61

61

POINTS CLÉS

1. Cancer épithélial de l'ovaire, le plus fréquent, de mauvais pronostic du fait d'un diagnostic souvent tardif.
2. Prédisposition génétique à rechercher chez toutes les femmes âgées de moins de 70 ans présentant un cancer de l'ovaire.
3. Diagnostic clinique difficile. Échographie abdomino-pelvienne : examen initial pour orienter le bilan.
4. Les symptômes sont généraux, abdominaux, souvent digestifs, une ascite, mais rarement gynécologiques. Il faut y penser devant une symptomatologie abdominale, digestive, une ascite, chez une femme ménopausée et proposer rapidement une échographie.
5. L'échographie est le premier examen à pratiquer devant une masse ovarienne.
6. Seule une preuve histologique permet le diagnostic.
7. Les classifications anatomo-cliniques, histologiques et cytologiques sont pronostiques, et donc indispensables dans tous les comptes rendus.
8. Prise en charge pluridisciplinaire spécialisée indispensable comprenant chirurgien, oncologue, radiologue et anatomo-pathologiste.

62

62