



Suspicion d'une tumeur frontière de l'ovaire - Borderline

Bilan

- Bilan diagnostique : examen clinique
- Echographie pelvienne endovaginale et sus-pubienne et échographie abdominale
- IRM +/- scanner abdomino-pelvienne (en cas de suspicion de stade II ou III)
- Examens biologiques: CA 19.9 et CA 125

Exploration chirurgicale de diagnostic

- Cytologie péritonéale première
- Prévoir examen extemporané
- Relecture des lames histologiques obligatoire pour les tumeurs borderlines mucineux et pour les implants
- Congélation tumorale

Toute tumeur maligne rare de l'ovaire fait l'objet d'une déclaration systématique dans le Réseau national des tumeurs malignes rares de l'ovaire de l'INCa. Il est recommandé que la prise en charge soit effectuée dans le cadre d'une RCP spécialisée dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org



Tumeur frontière séreuse de l'ovaire

Chez une femme souhaitant préserver sa fertilité ultérieure ou sa fonction endocrinienne
Tumeur de stade I macroscopique*

Reconnue lors de l'intervention (extempo)

Méconnue lors de l'intervention

1. Traitement conservateur:

- a. **si tumeur unilatérale:** Annexectomie unilatérale, voire kystectomie
- b. **si tumeur bilatérale:** modalités du traitement conservateur dépend de la taille des lésions (de façon optimale : kystectomie bilatérale si techniquement possible)

2. Si traitement conservateur d'une partie d'un ovaire impossible (atteinte ovarienne importante imposant une annexectomie bilatérale ou unilatérale sur ovaire unique)

- a. **conservation de l'utérus**
- b. **cryopréservation ovarienne et/ou recueil ovocytaire avec le centre PMA expert (si < 35 ans)**

3. Stadification péritonéale (cytologie péritonéale, omentectomie, biopsies péritonéales multiples)

4. Pas de chirurgie ganglionnaire

5. Traitement coelioscopique complet possible

ensachage des pièces et si possible pas de rupture de la lésion

Si absence de composante micro papillaire et exploration péritonéale complète et normale lors de la première chirurgie
→ **pas de re stadification**

Dans les autres cas :

→ **Re stadification péritonéale**
- Voie coelioscopique à privilégier

Pas d'indication à un traitement adjuvant sauf si l'on trouve de nombreux implants invasifs après restadification

*Fertilité : avis de PMA en cas de tumeur bilatérale ou de tumeur sur ovaire unique



Tumeur frontière séreuse de l'ovaire

Chez une femme ne souhaitant plus préserver sa fertilité ultérieure ni sa fonction endocrine
Tumeur de stade I macroscopique

Reconnue lors de l'intervention (ex-tempo)

Option 1:
Annexectomie bilatérale (ou unilatérale si ovaire unique)

Option 2:
Annexectomie unilatérale en cas de tumeur unilatérale
Stadification péritonéale

Avec Traitement coelioscopique complet possible (avec ensachage des pièces pour éviter rupture de la lésion)
- **Pas d'hystérectomie systématique**
- Pas de chirurgie ganglionnaire

Méconnue lors de l'intervention et préservation au moins d'un ovaire

2 options à discuter avec la patiente

Option 1:
Complément pour annexectomie bilatérale et stadification péritonéale
Voie d'abord coelioscopique à privilégier pour ce complément chirurgical

Option 2:
- Surveillance simple (mais ne peut se discuter qu'en l'absence de composante micropapillaire car dans ce cas la restadification est indiquée)

**Pas d'indication à un traitement adjuvant
sauf si nombreux implants invasifs après restadification**



Tumeur frontière séreuse de l'ovaire

stade II ou III

Chirurgie avec gestes suivants:

- Pour le geste ovarien: voir diapo 2 et 3
- Résection de tous les implants péritonéaux visibles (si techniquement faisable)
- Omentectomie infragastrique ou infracolique en fonction de la localisation des implants
- Adénectomie sélective ou curage si adénomégalie*
- Traitement coelioscopique possible mais à discuter au cas par cas
- Traitement conservateur de l'utérus et de l'ovaire controlatéral macroscopiquement sain possible chez une femme souhaitant préserver sa fertilité ultérieure, ou sa fonction endocrine (en l'absence d'implants majeurs sur l'ovaire préservé)

Implants péritonéaux non-invasifs

- Pas d'indication à un traitement adjuvant
- Traitement conservateur possible
- Second-look peut se discuter (en cas de résidu péritonéal initial)

Implants péritonéaux invasifs

- Chimiothérapie adjuvante à discuter en fonction du nombre d'implants invasifs et/ou de la combinaison avec une composante micropapillaire de la tumeur (identique à celle des tumeurs épithéliales malignes)
- Traitement conservateur de l'ovaire restant à rediscuter
- Second-look peut se discuter (en cas de résidu péritonéal initial)

* se discute en cas d'implants invasifs.
En cas d'atteinte ganglionnaire histologique, la prise en charge thérapeutique se discute au cas par cas



Tumeur frontière mucineuse de l'ovaire

Traitement identique aux tumeurs séreuses avec en plus:

1. Indication voie d'abord **laparotomique** plus large car tumeur volumineuse, en évitant la rupture
2. En cas de traitement conservateur, **privilégier l'annexectomie à la kystectomie** (si annexe controlatérale présente et normale)
3. En cas de **tumeur bilatérale ou d'atteinte péritonéale** : **bilan digestif** (coloscopie et fibro gastrique et écho-endoscopie haute)
4. Indication de **chirurgie de restadification péritonéale** (si non réalisée initialement) en cas de composante de carcinome intra-épithélial associé et/ou de microinvasion stromale associée
5. **Appendicectomie** systématique dans le cadre de la restadification (en cas de tumeur de type intestinal) / à discuter
6. En cas **d'atteinte péritonéale**, discuter le cas avec un **pathologiste référent** car situation rare
7. Si **pseudomyxome péritonéal** associé, discuter **résection péritonéale complète et CHIP dans le même temps opératoire**

Toute tumeur maligne rare de l'ovaire fait l'objet d'une déclaration systématique dans le Réseau national des tumeurs malignes rares de l'ovaire de l'INCa. Il est recommandé que la prise en charge soit effectuée dans le cadre d'une RCP spécialisée dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org



Surveillance après traitement des tumeurs frontières de l'ovaire

Surveillance	Année 1-3	de 4 à 5 ans	Après 5 ans
Examen clinique, biologie (marqueurs)	/ 4 à 6 mois*	/ 6 mois	/ an
Echographie pelvienne et abdominale**	/ 4 à 6 mois*	/ 6 mois	/ an

*: en fonction du stade initial de la maladie (et du type d'implants péritonéaux)

** : en cas de traitement conservateur ou en cas de stade avancé

Toute tumeur maligne rare de l'ovaire fait l'objet d'une déclaration systématique dans le Réseau national des tumeurs malignes rares de l'ovaire de l'INCa. Il est recommandé que la prise en charge soit effectuée dans le cadre d'une RCP spécialisée dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org