



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

Gynécologie
& Obstétrique
Fertilité

Gynécologie Obstétrique & Fertilité 37 (2009) 942–950

Quatorzièmes Journées nationales de la FFER (Clermont-Ferrand, 18–20 novembre 2009)

Tumeur borderline de l'ovaire : comment préserver la fertilité ?

Ovarian low malignant potential tumor: How to preserve fertility?

M. Koskas^{a,*}, P. Madlenat^b, C. Yazbeck^a

^a Service de gynécologie-obstétrique, maternité Aline-de-Crépy, hôpital Bichat–Claude-Bernard, AP–HP,

46, rue Henri-Huchard, 75018 Paris, France

^b 5, avenue Emile-Deschanel, 75007 Paris, France

Reçu le 31 août 2009 ; accepté le 1 septembre 2009

Disponible sur Internet le 12 octobre 2009

Résumé

Les tumeurs frontières ou borderline de l'ovaire (TFO) représentent 10 à 20 % des tumeurs épithéliales ovariennes. Elles diffèrent des tumeurs invasives de l'ovaire, d'une part, en raison d'un âge de survenue plus précoce, et de l'autre, par leur meilleur pronostic. Les recommandations pour le traitement des TFO sont similaires à celles du cancer de l'ovaire et font appel habituellement à l'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale. Toutefois, chez les patientes jeunes présentant un stade précoce de la maladie, une chirurgie conservatrice peut être envisagée dans le but de préserver la fertilité. Dans les stades plus avancés, le traitement conservateur est moins consensuel. La préservation de la fertilité semble être associée à une augmentation du taux de récurrence sans toutefois affecter la survie globale. Les modalités chirurgicales du traitement conservateur (staging complet, kystectomie ou annexectomie, annexectomie ou ovariectomie) restent discutées puisque aucune ne semble annuler le risque de récurrence. Quelques cas de récurrence sous la forme d'un cancer invasif imposent une surveillance régulière et prolongée des patientes traitées de façon conservatrice. Si le principe de l'annexectomie de clôture semble pertinent, le moment de sa réalisation reste débattu. Dans le cas où la préservation ovarienne est impossible, la cryopréservation d'ovocyte ou d'ovaire et la stimulation d'urgence (tumeur en place) sont des alternatives envisageables mais leur pertinence reste à démontrer.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Tumeur borderline ; Traitement conservateur ; Fertilité

Abstract

Ovarian low malignant potential tumor account for 10 to 20 percent of ovarian epithelial tumors. They differ from typical ovarian cancers in that they do not grow into the ovarian stroma. Likewise, if they spread outside the ovary, for example, into the abdominal cavity, they do not usually grow into the lining of the abdomen. These cancers tend to affect women at a younger age than the typical ovarian cancers and are less life-threatening than most ovarian cancers. Guidelines for surgical treatment of borderline ovarian tumors are similar to those for ovarian cancer and include hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy. However, patients with borderline ovarian tumors tend to be younger than women with invasive ovarian cancer. For many of these patients, fertility is an important issue. Previous studies have suggested the safety of conservative surgery with unilateral salpingo-oophorectomy or cystectomy for patients with stage I borderline ovarian tumors. Despite infrequent data, this observation has been expanded to include women with advanced-stage disease. Recurrence is noted more often after this type of treatment, but does not seem to have a negative effect on survival. Management of conservative treatment (complete staging, cystectomy or oophorectomy, oophorectomy or adnexectomy) are still under debate since none avoids the malignant transformation risk. Thus, close follow-up is mandatory and the optimal moment for final oophorectomy remains unclear. When ovarian preservation is impossible, oocyte/ovarian cryopreservation or emergency ovarian induction before the surgical procedure to obtain embryos are promising but still under evaluated options.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Borderline ovarian tumor; Conservative treatment; Fertility

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : martin.koskas@wanadoo.fr (M. Koskas).

1. Introduction

Les tumeurs frontières ou borderline de l'ovaire (TFO), également appelées tumeurs ovariennes à la limite de la malignité, représentent 10 à 20 % des tumeurs épithéliales ovariennes et leur incidence est évaluée à 4,8/100 000 par an [1]. Elles diffèrent des tumeurs invasives de l'ovaire, d'une part, en raison d'un âge de survenue plus précoce en général de dix ans, la moitié de ces tumeurs étant en effet diagnostiquée chez des patientes de moins de 40 ans et d'autre part, du fait de leur relativement bon pronostic avec 90 % de survie pour les formes débutantes [2,3]. Contrairement aux cancers de l'ovaire, elles sont plus souvent découvertes à un stade précoce. Ainsi, 70 % des TFO séreuses et 90 % des TFO mucineuses sont diagnostiquées au stade I [2].

Les recommandations pour le traitement des TFO sont similaires à celles du cancer de l'ovaire et font appel à la cytologie péritonéale, aux biopsies péritonéales multiples, à l'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale et à l'omentectomie, ainsi qu'à l'appendicectomie chez les patientes présentant une tumeur mucineuse [4–7]. Toutefois, depuis 1995, les lymphadénectomies pelvienne et lombo-aortique ne sont plus recommandées dans le traitement des TFO [5,7,8].

Chez les patientes jeunes présentant un stade précoce de la maladie, une chirurgie conservatrice peut être envisagée dans le but de préserver la fertilité. Cette pratique serait associée à une augmentation du taux de récurrence allant jusqu'à 30 % mais ne semble pas affecter la survie globale [9–13].

Dans le cas où la préservation ovarienne est impossible, la cryopréservation d'ovocyte ou d'ovaire et la création d'embryons en urgence (tumeur en place) sont des alternatives prometteuses mais pour lesquelles l'expérience à ce jour reste encore limitée.

2. Facteurs pronostiques de récurrence

Compte tenu de l'évolution des pratiques chirurgicales vers une attitude possiblement conservatrice dans le traitement des TFO, l'identification de facteurs de risque fiables et reproductibles favorisant la récurrence ou la transformation carcinomateuse est un enjeu de tout premier plan.

À la différence des authentiques cancers de l'ovaire, le grading des TFO n'est pas utilisé en pratique courante. En 1979, Russell avait proposé un score histologique pour prédire l'évolution des TFO [14]. Toutefois, à l'usage, ce dernier apparaît trop subjectif et peu spécifique [15]. Il y a 20 ans, Sumithran et al. ont proposé la subdivision des TFO mucineuses de stade I en quatre grades selon l'intensité des anomalies cytonucléaires et l'activité mitotique. Dans son expérience, les trois cas de dégénérescence compliqués de décès étaient survenus chez des patientes dont la TFO était classée de grade 4 [15]. Ce résultat s'explique probablement par la méconnaissance d'authentiques territoires carcinomateux au sein de la lésion. Dans la mesure où les TFO mucineuses sont généralement de grande taille et que l'exhaustivité de l'exploration anatomopathologique est impossible, pour Sumithran et al., le grading de ces tumeurs semble approprié.

Toutefois ce dernier n'est pas employé au quotidien et les travaux manquent pour en apprécier la réelle pertinence.

Kaern et al. ont montré en analyse multivariée que la ploïdie de l'ADN, le stade, le type histologique et l'âge étaient les seuls paramètres ayant une valeur pronostique [16]. Dans cette étude, l'aneuploïdie était associée à un risque 19 fois plus important de décès par rapport aux tumeurs diploïdes.

L'histologie micropapillaire a été rapportée par certains auteurs [17] comme un facteur de mauvais pronostic sans que d'autres n'aient confirmé ce résultat. Ainsi, Prat et De Nicolis ont conclu que ce type histologique ne constituait pas à lui seul un facteur de mauvais pronostic mais que les tumeurs micropapillaires se comportaient de façon plus agressive si elles s'associaient à des implants péritonéaux invasifs [18]. En présence d'implants non invasifs, Eichhorn et al. qui rapportaient des pronostics équivalents qu'il existe ou non une architecture micropapillaire [19]. Compte tenu de la fréquence élevée de composante micropapillaire en cas d'implants péritonéaux invasifs, un staging particulièrement attentif et exhaustif est nécessaire lorsque ce sous-type histologique est retrouvé [20].

L'existence d'une micro-invasion a été proposée comme facteur pronostique indépendant mais une méta-analyse colligeant 245 études et 4129 TFO séreuses a montré que ce sont plutôt le stade tumoral et, pour les stades avancés, la nature des implants qui constituent les meilleurs facteurs pronostiques de récurrence [21].

Morice et al. ont étudié 80 cas de TFO séreuse de stade II ou III et ont conclu que le seul facteur pronostique pour prédire l'évolution vers une lésion invasive était le type d'implant péritonéal [22]. Le risque de développer une maladie invasive à cinq ans était de 31 % en cas d'implant invasif et de 2 % en cas d'implant non invasif ($p = 0,002$).

3. Légitimité du traitement conservateur

Les études comparant le traitement conservateur des TFO à une prise en charge radicale sont par nature biaisées. En raison de leur nature rétrospective et du fait de l'usage plus fréquent de la voie coelioscopique lorsqu'une prise en charge conservatrice est décidée, la comparaison de ces deux groupes est aléatoire. Toutefois, seules ces études permettent de juger du bien-fondé du traitement conservateur du point de vue carcinologique car la randomisation dans de telles circonstances ne peut être employée d'un seul point de vue éthique.

3.1. Dans les stades précoces (stades I)

Dans les études comparatives, le taux de récurrence est majoré après traitement conservateur puisqu'il varie entre 5 et 19 % alors qu'il est compris entre 0 et 8 % après traitement radical (Tableau 1). Cependant, dans ces études, le site des récurrences diffère entre les deux groupes. Dans le groupe traitement conservateur, les récurrences sont le plus souvent isolées et se situent au niveau du (ou des) ovaires conservé(s). Ainsi, ces récurrences sont accessibles à un traitement chirurgical itératif simple permettant éventuellement la poursuite de la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3949913>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3949913>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)