

Comparaison des facteurs épidémiologiques des tumeurs frontières séreuses et mucineuses de l'ovaire : implications thérapeutiques

Comparison of epidemiological factors between serous and mucinous borderline ovarian tumors: therapeutic implications

Raffaèle Fauvet¹, Élodie Demblocque¹, Philippe Morice², Denis Querleu³, Jean Gondry¹, Émile Daraï⁴

¹ CHU d'Amiens, centre de gynécologie obstétrique, 124, rue Camille-Desmoulins, 80054 Amiens, France

<fauvet.raffaele@chu-amiens.fr>

² Institut Gustave-Roussy, service de chirurgie, 114, rue Édouard-Vaillant, 94805 Villejuif, France

³ Institut Claudius-Regaud, service de chirurgie, 20-24, rue du Pont-Saint-Pierre, 31052 Toulouse, France

⁴ AP-HP, hôpital Tenon, service de gynécologie obstétrique, 4, rue de la Chine, 75970 Paris cedex 20, France

Article reçu le 25 août 2011,

accepté le 3 novembre 2011

Tirés à part : R. Fauvet

Pour citer cet article : Fauvet R, Demblocque É, Morice P, Querleu D, Gondry J, Daraï É. Comparaison des facteurs épidémiologiques des tumeurs frontières séreuses et mucineuses de l'ovaire : implications thérapeutiques. *Bull Cancer* 2012 ; 99 : 551-6.

doi : 10.1684/bdc.2012.1570.

Résumé. Les buts de cette étude rétrospective multicentrique française étaient de comparer les facteurs épidémiologiques des tumeurs frontières de l'ovaire séreuses (TFO-S) par rapport aux tumeurs frontières mucineuses (TFO-M) en tenant compte également des critères histologiques péjoratifs. L'étude a porté sur 224 TFO-S et 164 TFO-M diagnostiquées entre 1990 et 2009. L'âge moyen des patientes présentant une TFO-S et une TFO-M ne différaient pas ($46,9 \pm 16,7$ ans et $44,6 \pm 17,6$ ans). Les patientes présentant une TFO-S avaient plus fréquemment des antécédents d'infertilité (17,2 % versus 3,9 %, $p < 0,0001$). Les TFO-S étaient plus souvent asymptomatiques (52,3 % versus 33,5 %, $p < 0,001$), bilatérales (26,4 % versus 4,3 %, $p = 0,0001$), petites (9,1 cm versus 14,5 cm, $p = 0,0001$) et diagnostiquées à un stade plus avancé (81,2 % de stade I versus 95,1 %, $p < 0,0001$) par rapport aux TFO-M. La composante micropapillaire retrouvée dans 10,3 % des TFO-S était observée chez des patientes plus jeunes ($38 \pm 15,4$ ans versus $47,9 \pm 16,6$ ans, $p = 0,007$) et était plus souvent associée à la présence d'implants péritonéaux (26,1 % versus 6,5 %, $p = 0,02$). Le carcinome intra-épithélial retrouvé dans 6,7 % des TFO-M était plus souvent associé à une micro-invasion (36,4 % versus 4,6 %, $p = 0,003$). L'existence des caractéristiques épidémiologiques différentes entre les TFO-S et les TFO-M souligne que l'analyse de séries de TFO ne peut être envisagée sans prendre en compte ce paramètre. ▲

Abstract. The goals of this multicenter French retrospective study were to compare epidemiological factors within borderline ovarian tumors (BOT) according to their serous (SBOT) or mucinous (MBOT) type and according to the presence of pejorative histological criteria. We analysed 224 SBOT and 164 MBOT diagnosed between 1990 and 2009. The patients mean age was not different according to serous or mucinous type (46.9 ± 16.7 years and 44.6 ± 17.6 years). Women with SBOT, had more frequently history of infertility (17.2% versus 3.9%, $P < 0.0001$) than women with MBOT. SBOT were more often asymptomatic (52.3% versus 33.5%, $P < 0.001$), bilateral (26.4% versus 4.3%, $P = 0.0001$), smaller (9.1 cm versus 14.5 cm, $P = 0.0001$) and diagnosed at advanced stage (81.2% of stage I versus 95.1%, $P < 0.0001$) than MBOT. The micropapillary pattern found in 10.3% of SBOT was observed at younger age (38 ± 15.4 years versus 47.9 ± 16.6 years, $P = 0.007$) and was more often associated with peritoneal implants (26.1% versus 6.5%, $P = 0.02$). The intraepithelial carcinoma found in 6.7% of MBOT, was more often associated with micro-invasion (36.4% versus 4.6%, $P = 0.003$). The existence of epidemiologic differences between SBOT and MBOT underlines that the BOT series analysis can not be considered without taking into account this parameter. ▲

Mots clés : épidémiologie, tumeur frontière de l'ovaire, tumeur borderline, micropapillaire, carcinome intra-épithélial, infertilité

Key words: epidemiology, borderline ovarian tumor, micropapillary pattern, intraepithelial carcinoma, infertility

Introduction

Le concept des tumeurs frontières de l'ovaire (TFO) a été développé pour la première fois par Taylor en 1929 [1]. C'est au début des années 1970 que la FIGO [2] et l'OMS [3] reconnaissaient l'entité de tumeurs à faible potentiel de malignité ou tumeurs frontières de l'ovaire.

Les TFO ont un profil épidémiologique différent des carcinomes invasifs de l'ovaire, notamment par leur âge de survenue plus précoce et un meilleur pronostic [4-7]. S'il existe des études épidémiologiques comparant les TFO aux cancers invasifs de l'ovaire, peu d'études [8-10] ont comparé les caractéristiques épidémiologiques des TFO en fonction des sous-types histologiques dont les plus fréquents sont le type séreux (TFO-S) et le type mucineux (TFO-M) [11]. De plus, peu d'études épidémiologiques ont analysé les caractéristiques des TFO en fonction des facteurs histologiques de mauvais pronostic récemment décrits, tels que la micro-invasion, la présence d'implants, l'aspect micropapillaire pour les TFO-S [12] et la présence d'un carcinome intra-épithélial (CIE) pour les TFO-M [13].

De ce fait, les buts de cette étude rétrospective multicentrique française étaient de comparer les facteurs épidémiologiques des TFO-S par rapport aux TFO-M en tenant compte également des critères histologiques péjoratifs.

Patientes et méthode

Il s'agit d'une enquête multicentrique, rétrospective, française portant sur trois cent quatre-vingt-huit patientes ayant été prises en charge pour une TFO de 1990 à 2009 dans 15 centres hospitaliers français et deux centres de lutte et de recherche contre le cancer. Les tumeurs mixtes et les tumeurs d'un autre type histologique que séreux et mucineux ont été exclues. Les types histologiques ont été classés selon les recommandations de l'OMS de 2003 [14]. Les critères diagnostiques utilisés pour le diagnostic des TFO sont : une pluristratification et un bourgeonnement épithélial, des atypies nucléaires, une activité mitotique, des groupes de cellules isolées et une absence d'invasion stromale. Les patientes, présentant une TFO-S avec composante micropapillaire ou une TFO-M avec un CIE, ont été aussi incluses dans l'étude, ainsi que celles présentant une micro-invasion ou des implants. La stadification de la maladie a été réalisée selon les recommandations de la FIGO [15].

Les données sont issues du dossier médical de la patiente et portaient sur l'âge au diagnostic, l'indice de masse corporelle (IMC), les antécédents chirurgicaux, obstétricaux, gynécologiques et d'infertilité. Ainsi que sur les circonstances de diagnostic et les caractéristiques tumorales : taille, bilatéralité et présence de critères histologiques de mauvais pronostic (composante micropapillaire, CIE, micro-invasion et implants).

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). L'analyse statistique a été réalisée en utilisant les tests du Chi² et de Student. Un $p < 0,05$ a été considéré comme significatif.

Résultats

Deux cent vingt-quatre patientes présentaient une TFO-S et 164 une TFO-M. La proportion de TFO-S et de TFO-M ne différait entre les périodes 1990-1999 (58,3 et 41,7 %) et 2000-2009 (57,1 et 42,9 %) (tableau 1).

Caractéristiques des patientes (tableau 1)

L'âge moyen et l'IMC des patientes présentant une TFO-S et une TFO-M ne différaient pas ($46,9 \pm 16,7$ ans et $44,6 \pm 17,6$ ans) et ($26,7 \pm 6,1$ kg/m² et $24,9 \pm 5,2$ kg/m²). La proportion de femmes ménopausées était respectivement pour les TFO-S et TFO-M de 37,7 et 33,5 % (non significatif).

Antécédents obstétricaux et infertilité (tableau 1)

La gestité et la parité des patientes présentant une TFO-S et une TFO-M ne différaient pas ($1,7 \pm 1,7$ et 2 ± 2) et ($1,3 \pm 1,4$ et $1,5 \pm 1,8$). La proportion de patientes nullipares était respectivement pour les TFO-S et TFO-M de 36 et 39 % (non significatif). La proportion de patientes infertiles était plus importante dans le groupe de TFO-S (17,2 % versus 3,9 %) ($p < 0,0001$). Cette différence était également retrouvée en fonction du caractère primaire ($p = 0,006$) ou secondaire ($p = 0,01$) de l'infertilité. L'infertilité était également liée à la bilatéralité des lésions ($p = 0,0012$) et à la petite taille tumorale ($p < 0,0008$).

Aucune relation n'était retrouvée entre l'infertilité et l'IMC ou un antécédent d'appendicectomie ou de chirurgie ovarienne.

Antécédents chirurgicaux (tableau 1)

Les patientes présentant une TFO-S avaient plus fréquemment un antécédent d'appendicectomie (32,3 % versus 21,8 %) ($p = 0,04$). Il n'y avait pas de différence concernant un antécédent de chirurgie ovarienne entre les deux groupes (11,2 % versus 13,7 %).

Antécédents personnels et familiaux de cancer (tableau 1)

Il n'existait pas de différence significative selon le type histologique de la tumeur concernant les antécédents personnels et familiaux de cancer.

Mode de découverte (tableau 1)

Les TFO-M étaient plus souvent symptomatiques que les TFO-S (66,5 % versus 47,7 %) ($p < 0,001$). Les

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3978890>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3978890>

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