

Recommandations françaises pour la prise en charge d'un

CANCER DE L'OVAIRE PENDANT LA GROSSESSE .

Paris CNGOF 2009

CNGOF

SFCP

SFOG



Méthodologie I

- Différente de la méthodologie des autres recommandations du CNGOF
- Cancer du col associé à la grossesse = situation rare
 - 1 à 3 % de tumeur ovariennes découvertes pendant la grossesse donc 2-3% de tumeur maligne ou borderline 1/10 000 à 1/50.000 grossesses
- Impossible de valider des attitudes reposant sur des données de la littérature « de niveau A » car peu de séries importantes.

Méthodologie II

- Groupe expert créé en fin 2007 et divisé en 3 groupes (col, sein et ovaire). 1 responsable par sous-groupe. Rédaction et validation de référentiels au sein des 3 groupes ensuite discutés en intergroupe
- Validation d'attitude avec « accord d'experts ». En l'absence de tel accord pas de validation d'attitude
- Proposé et validé par 2 sociétés savantes (SFOG et SFCP) et le CNGOF
- Publié dans la littérature nationale et internationale
- Obtention par l'INCa d'un financement autour de cette thématique registre :
- <http://www.cancer-et-grossesse.fr/>

- Un avis thérapeutique d'une RCP spécialisée à compétence oncologique mais aussi parfois pédiatrique (Grade A)
- décision partagée avec la patiente, faisant intervenir au minimum un chirurgien à compétence oncologique, un obstétricien, un oncologue médical un anatomopathologiste et un pédiatre;

Diagnostic

- classer la masse dans l'une des cinq catégories suivantes : uniloculaire liquide, uniloculaire solide, multiloculaire liquide, multiloculaire solide ou solide (Grade A).
- Un Doppler couleur doit être associé pour toute masse ovarienne permettant une cartographie vasculaire de la masse ovarienne. (grade B).

Echographie

Diagnostic

- **L'IRM pelvienne** 2ème ou 3èmeT.
- Examen de seconde intention si insuffisance de l'échographie ou pour effectuer le bilan d'un cancer de l'ovaire (Grade B).
- Le scanner pelvien n'est pas indiqué pendant la grossesse
- Le CA 125 augmente au cours du premier trimestre et diminue ensuite, il est donc peu utile en diagnostic mais conservera son intérêt pour le suivi (grade B).

Objectif de prise en charge

- l'élaboration d'un diagnostic: ou il faut obtenir une preuve histologique
- la stadification histopathologique
- d'établir le standard hors grossesse pour la même situation ; d'évaluer une par une les altérations de ce standard subies ou librement acceptées du fait de la grossesse

Masse suspecte

Décider de l'intervention : **plutôt n'opérer que le nécessaire**

Après le premier trimestre donc après 15 SA

par une équipe chirurgien/anesthésiste entraînée à ce type de chirurgie pergravidique oncologique.

Coelioscopie ou laparotomie selon la suspicion , l'expérience et la possibilité

Tocolyse si nécessaire

Dans tous les cas cytologie péritonéale et exploration abdomino-pelvienne et biopsie de tout élément suspect

Examen extemporanée si possible

Objectif **pas de rupture de kyste**

Cancers épithéliaux stades précoces

- chirurgien et anapath entraînés à la prise en charge des tumeurs ovariennes malignes.
- annexectomie unilatérale sans rupture pour les tumeurs IA et bilatérale si IB, avec dans tous les cas, cytologie péritonéale et exploration abdominopelvienne complète (grade B).

Prise en charge

- Les indications de chimiothérapie adjuvante selon le stade d'extension et le type histologique sont les mêmes que celles recommandées en dehors de la grossesse. Elle sera basée sur les sels de platine (grade A)

Elle sera proposée plutôt après l'accouchement selon le terme .

- La voie d'accouchement est libre.
- Il faut dans le post-partum re-opérer la patiente pour compléter le traitement chirurgical selon les décisions de la RCP et les choix de la patiente.

Prise en charge

- Pour les tumeurs de stades plus avancés (II à IV) il semble préférable d'interrompre la grossesse si le terme est précoce avant 24 SA pour proposer le traitement chirurgical habituel du cancer de l'ovaire suivi de chimiothérapie.

Prise en charge

- Après 24 SA, après avis de la RCP, l'objectif est alors souvent d'obtenir une histologie. Une biopsie peut être effectuée par voie transpariétale sous échographie, par laparoscopie ou par microlaparotomie.
- L'objectif est de ne pas retarder le traitement maternel mais de limiter la prématurité ou la toxicité foetale.

Prise en charge

- Une chimiothérapie première peut être instaurée pour attendre la maturité fœtale
- Un délai de 4 semaines entre dernière cure et césarienne est recommandé pour éviter une période d'aplasie (grade B).
- Un terme de naissance entre 32 et 36 SA est raisonnable.
- Le traitement chirurgical complet sera effectué par un chirurgien oncologue pendant la césarienne si possible ou après l'accouchement.

Cas 1 G2 P1 33 ans

- Découverte kyste ovaire à l'échographie de 11 SA , kyste 7 cm cloisonné avec un épaissement pariétal
- Contrôle à 16 SA , 8cm , une végétation en regard
- de la zone épaissie

Cas 1

- Laparotomie à 18 SA , annexectomie dt,
- Cytologie péritonéale
- Extemporaneé: tumeur séreuse maligne ovaire : omentectomie et exploration abdo

Cas 1 G2 P1 33 ans

- Grade 2, extension-
- Expectative
- Naissance par voie basse à 37 +2
- Laparotomie à 3 semaines du postpartum
- Femme désirant d'autre grossesse

Traitement

- Curage pelvien et lomboaortique - , cytologie –
- Pas de chimiothérapie stade IA

Tumeur borderline

Si suspectée avant la chirurgie : Examen extemporané sur ovariectomie

Traitement conservateur par annexectomie, cytologie et exploration péritonéales avec biopsies et exérèses d'implants.

Ce diagnostic ne doit en aucun cas faire interrompre la grossesse (Grade A).

Ce traitement devra se faire sans rupture et par une équipe chirurgien/anesthésiste entraînée à ce type de chirurgie pergravidique oncologique.

Tumeur borderline

Laparotomie pour des raisons anatomiques

Avant 24SA sous réserve de respecter l'absence de rupture et la stadification complète : coeliochirurgie .

Un traitement super-conservateur (kystectomie seule) n'est indiqué que si la patiente n'a plus qu'un seul ovaire ou en présence d'une tumeur borderline bilatérale.

Tumeur borderline

Si découverte sur extemporanée en cours de chirurgie pendant la grossesse:

traitement conservateur par annexectomie, cytologie et exploration péritonéales avec biopsies.

Si tumeur de l'ovaire découvert en cours de césarienne: faire une kystectomie sans rompre le kyste ou dans un sac et une cytologie péritonéale et exploration péritonéale au minimum

Tumeur borderline

Si la tumeur borderline est de découverte histologique sur pièce opératoire il semble raisonnable, compte tenu du bon pronostic de ces tumeurs, de laisser se terminer la grossesse.

La stadification chirurgicale sera complétée entre 3 et 6 semaines après l'accouchement.

Si stadification faite pendant la grossesse

mais incomplète ne pas reprendre

pour juste ommectomie

ou appendicectomie ou attendre récidence

Cas 1 : 26 ans G1 P0

- Césarienne 03/09/08 en urgence
- Kyste 5 cm d'aspect bénin
- Kystectomie dt : anapath sans extempo
borderline mucineux de type gastro-
intestinal
- Que faire ?

Cas 1

- 28/11/08 : coelioscopie avec annexectomie dt, omentectomie cyto biopsies péritonéales app: RAS
- 04/09 : tdm de surveillance
- kyste d'aspect fonctionnel
- de l'ovaire gauche

Cas 2 28 ans G2 P1

- Kyste découvert en 1^{er} trimestre borderline à l'écho de 12SA
- Que faire ?

Cas 2

- Coelio + laparo à 16 SA
- Annexectomie dt + cytologie péritonéale: tumeur borderline séreux papillaire
- Exploration abdo ras
- Acc 13 mars 2009 voie basse
- Que faire ? Echographie 20 avril normale
- surveillance

Les tumeurs malignes non épithéliales

- tumeurs germinales 30-35%,
- tumeurs des cordons sexuels 17-20%.
- Les stades I sont les plus fréquents.
- L'exploration chirurgicale, par coelioscopie ou par laparotomie selon le terme et la taille de la tumeur, permet la réalisation d'une annexectomie unilatérale si stade IA ou bilatérale si stade IB **avec** un examen extemporané.

Les tumeurs malignes non épithéliales

- Une stadification péritonéale doit être effectuée.
- L'omentectomie n'est pas nécessaire.
- Les curages pelviens et lombo-aortiques ne sont plus proposés.
- La chirurgie de restadification dans le postpartum se discute selon le type histologique.
- Les marqueurs sont à faire même si peu fiables

La chimiothérapie

- BEP (bléomycine, étoposide, cisplatine). L'utilisation de la bléomycine pendant la grossesse est déconseillée.
- En dehors de la grossesse, le nombre de cycles est limité à trois en situation adjuvante pure

Les tumeurs malignes non épithéliales

- Pour une tumeur de stade plus avancé : traitement par chimiothérapie après RCP spécialisée +++ (site tumeurs rares de Lyon)
- Le terme de l'accouchement sera discuté selon la nécessité d'une chimiothérapie rapide.
- Les modalités de la chimiothérapie seront adaptées au type histologique, au stade et au terme.

Merci particulièrement au Groupe de travail

Catherine Lhommé

Philippe Morice

Michel Canis

Jean Lévêque

Francois Golfier

Fabrice Lecuru

Patrice Mathevet