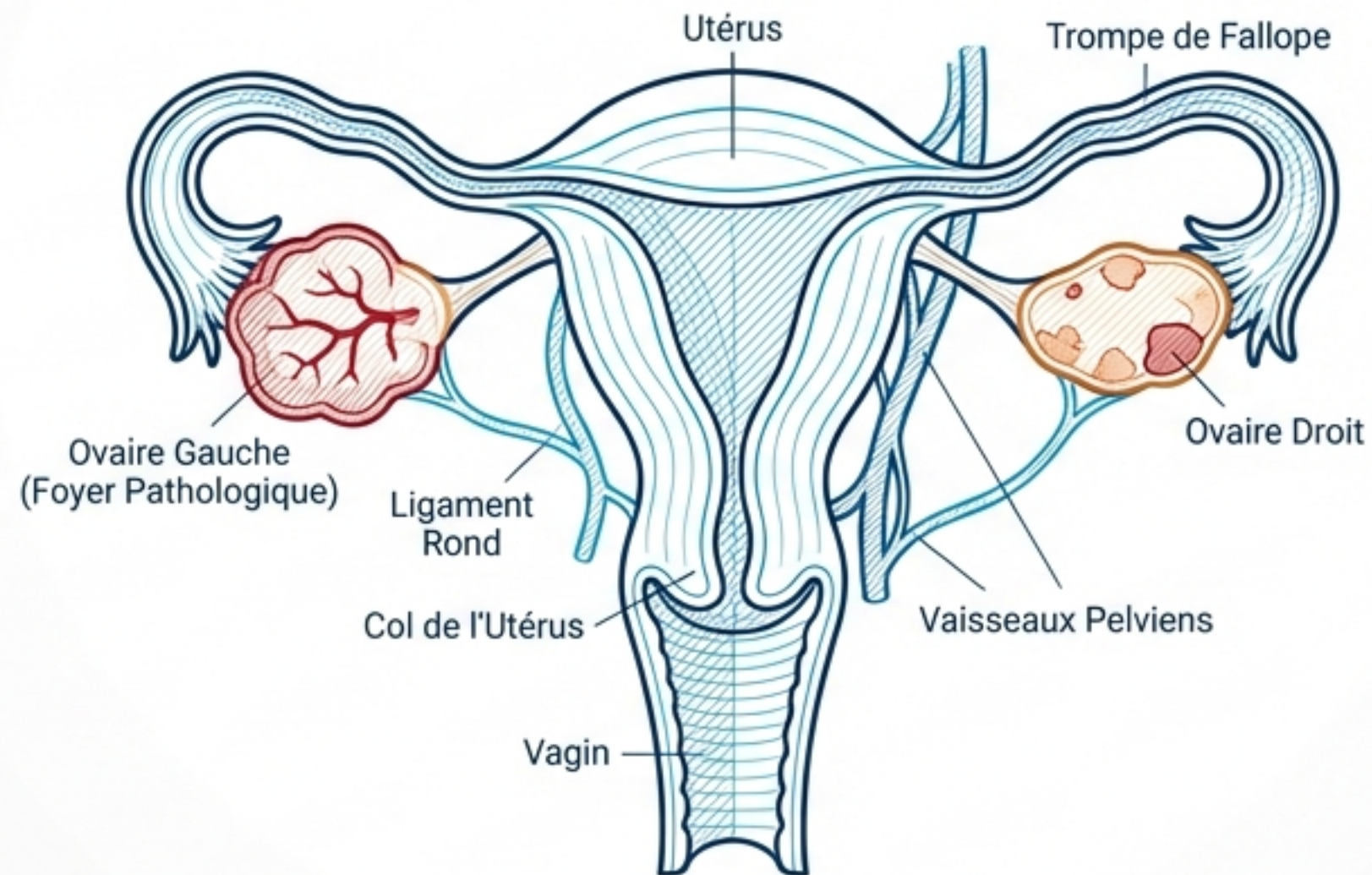


Les Cancers de l'Ovaire : Synthèse Clinique et Stratégie Thérapeutique

D'après les recommandations et données expertes – Focus 2^{ème} Cycle



Référentiel Clinique - Onco-Gynécologie

Épidémiologie & Paradoxe Clinique

4 500
cas/an

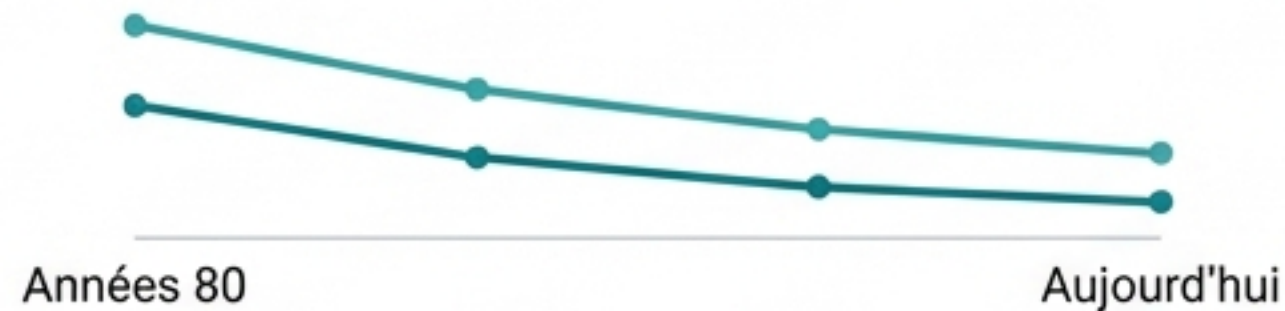
Maladie peu fréquente : 1 femme sur 70.

65 ans

Âge moyen au diagnostic

Survient principalement après la ménopause.

Mortalité & Incidence



Baisse continue liée aux progrès thérapeutiques et à la contraception orale.

Le Paradoxe Clinique

75%

des cas sont diagnostiqués au stade III (Stade avancé).

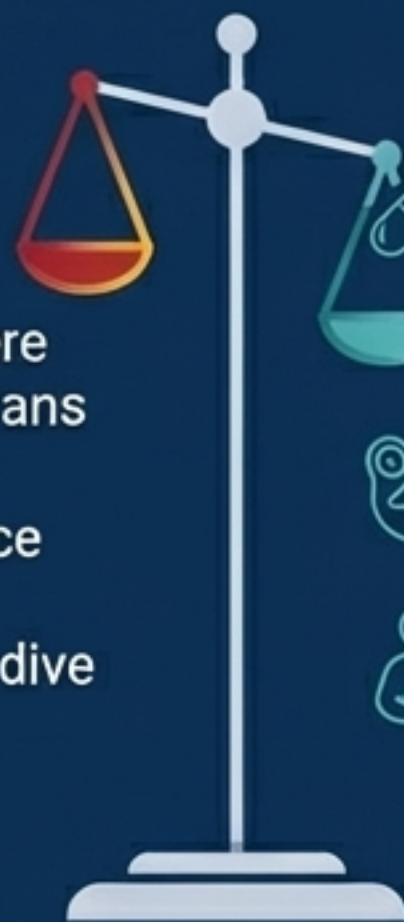
Réflexe Clinique : Une maladie rare mais de pronostic sévère, dicté par une découverte systématiquement tardive.

Facteurs de Risque & Oncogénétique

Balance des Facteurs Environnementaux

Facteurs Favorisants (↑ Risque)

- Âge (>60 ans)
- Nulliparité / 1ère grossesse >30 ans
- Puberté précoce (<12 ans) / Ménopause tardive (>52 ans)
- Endométriose, Infertilité (FIV)



Facteurs Protectors (↓ Risque)

- Contraception orale prolongée (bloque l'ovulation)
- Grossesses multiples
- Allaitement

Focus Génétique (10-15% des cas)



Mutations BRCA1 / BRCA2 (75% des cas génétiques)

Prédisposition aux cancers du sein et de l'ovaire.
Âge précoce d'apparition (50-55 ans).

Syndrome de Lynch (< 5% des cas)

Risque croisé colorectal / endomètre / ovaire.

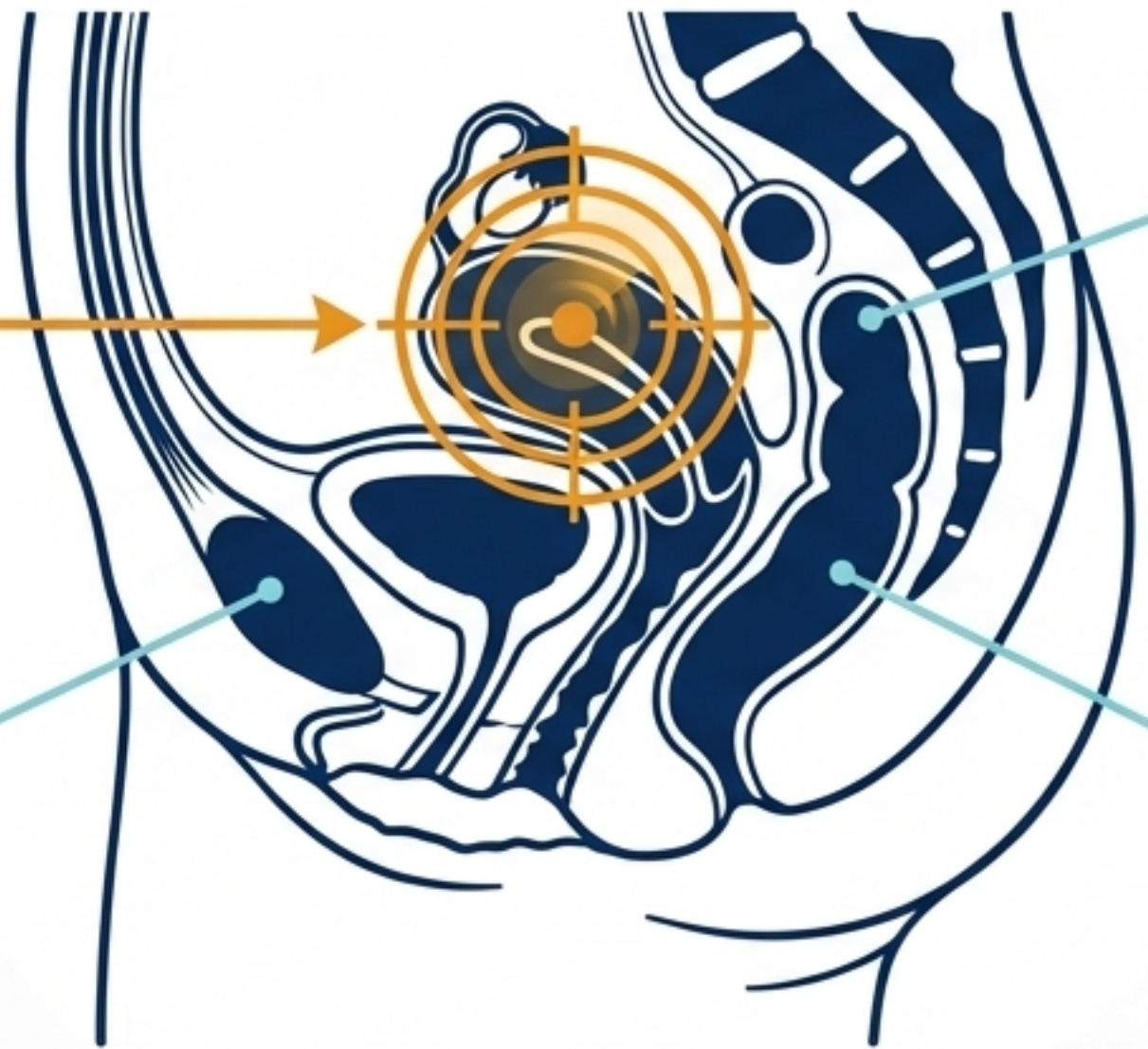
Réflexe Clinique : Antécédent familial = Avis onco-génétique systématique. La recherche de mutation BRCA est aujourd'hui un standard de soin.

Présentation Clinique : Le "Tueur Silencieux"

Attention : Le frottis cervical n'est d'aucune utilité pour le diagnostic.

Signes d'Alerte (persistants > 2-3 semaines)

Profondeur pelvienne
(3.5 x 2 cm) = Inaccessible à
l'examen clinique simple.



Systemiques

- Fatigue persistante
- Perte/gain de poids
- Phlébite inexplicée, troubles urinaires

Gastro-intestinaux

- Ballonnements inhabituels
- Troubles du transit
- Perte d'appétit, ascite

Gynécologiques

- Saignements post-ménopausiques
- Douleurs pelviennes

Réflexe Clinique : Des signes digestifs ou pelviens vagues persistants chez une femme ménopausée exigent une imagerie ovarienne.

Bilan Diagnostique : Imagerie & Biologie

Flux d'Imagerie

1ère intention (Orientation)

Échographie pelvienne (endo-vaginale et abdominale) +/- **Doppler**.

Cherche : Kyste vs Tumeur tissulaire, ascite.



2ème intention (Stadification)

IRM pelvienne (caractérisation tissulaire fine) +
Scanner thoraco-abdomino-pelvien.

Évalue l'extension aux organes de voisinage et métastases.

Bilan Biologique



- Marqueur tumoral de référence : **CA 125**
- Autres marqueurs (selon contexte) : ACE, CA 19.9, α -foëto-protéine, β HCG (femme jeune)

Attention : Le CA 125 est non spécifique (élevé dans l'endométriose, fibromes, autres cancers).
Inutile pour le dépistage de masse.

- En cas d'ascite : Ponction pour analyse cytologique

Réflexe Clinique : Le diagnostic de certitude n'est jamais radiologique ni biologique ;
il est exclusivement anatomopathologique (chirurgical).

Matrice Histopathologique (Tumeurs Épithéliales = 90%)

Type Histologique	Fréquence	Profil Patient	Association Génétique
Carcinomes Séreux de Haut Grade	50-70%	Femme 40-80 ans, Tumeurs bilatérales (1/3), Stades III/IV	Mutation BRCA 1/2
Carcinomes Endométrioides	10-25%	Femme 50-70 ans	Endométriose (pour les bas grades), Syndrome de Lynch
Carcinomes Mucineux & Cellules Claires	~5% chacun	Pathologies distinctes	Non spécifique
Tumeurs Frontières (Borderline)	10-20%	Femme jeune (20-40 ans) - Malignité atténuée	-
Tumeurs Rares	< 5%	Souvent femme jeune (ex: germinales). Requièrent RCP via le réseau TMRG (Ovaire-Rare).	-

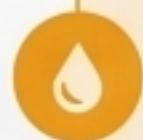
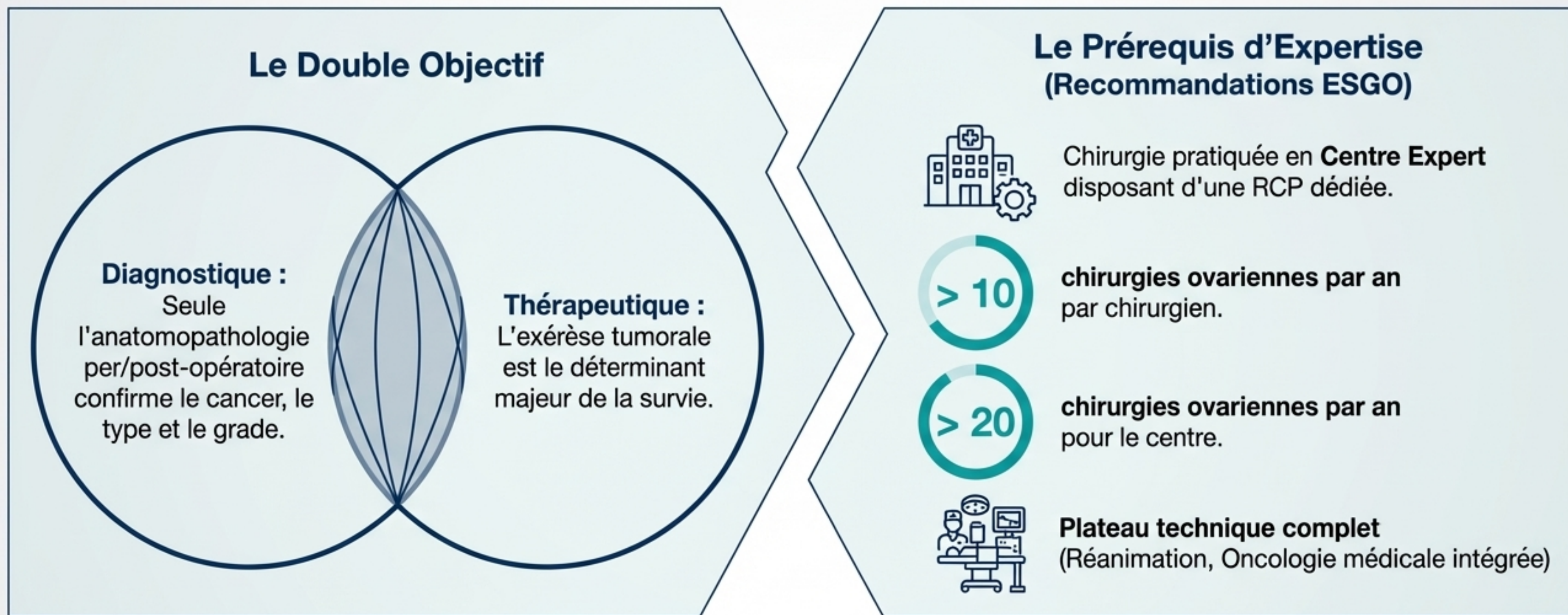
Réflexe Clinique : Le carcinome séreux de haut grade dicte le standard thérapeutique général.
Les tumeurs rares imposent une prise en charge hyper-spécialisée (TMRG).

Classification FIGO (Extension Spatiale)



Réflexe Clinique : Le stade FIGO et le grade histologique (I = bas, II = intermédiaire, III = haut grade) sont les deux piliers pronostiques fondamentaux.

La Pierre Angulaire : Stratégie Chirurgicale



Réflexe Clinique :

Ne jamais opérer un cancer de l'ovaire hors d'un centre expert.
La survie dépend de l'exhaustivité du geste chirurgical initial.

Séquençage Chirurgical et Objectif R0

Temps 1 : Coelioscopie (Mini-invasive)

Objectif : Exploration, bilan d'extension péritonéal, biopsies diagnostiques. (Suffisant pour traiter certains Stades I).

Temps 2 : Laparotomie Médiane Xypho-Pubienne

Objectif : Abord large pour un bilan d'extension chirurgical complet (curages ganglionnaires, inspection globale).

Préservation de la fertilité :
Discutée au cas par cas pour les patientes jeunes (stade précoce, conservation utérus + 1 ovaire sain).

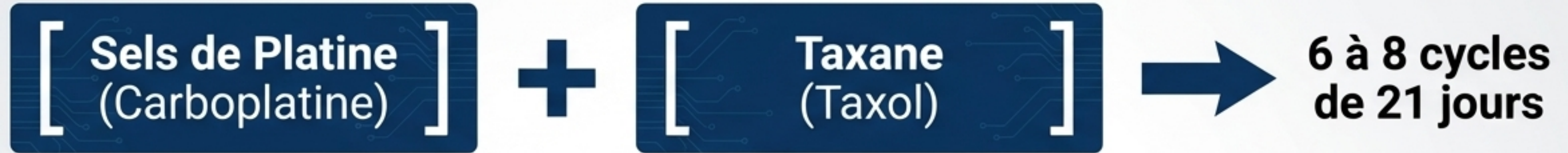


Le Dogme : La Résection Complète (R0)

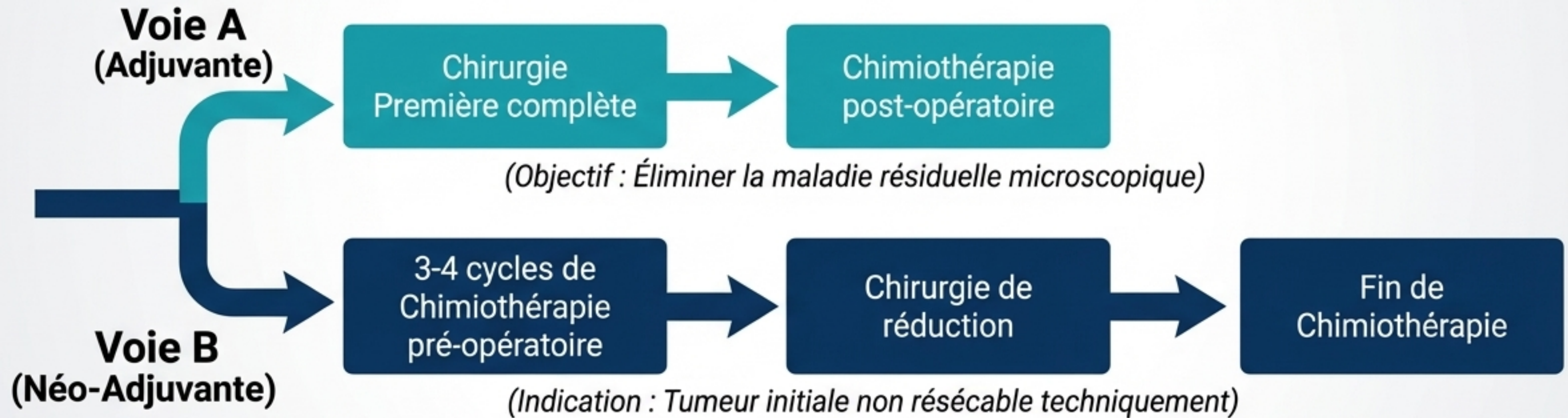
Enlever l'intégralité de la maladie macroscopique pour minimiser le risque de récurrence.

Réflexe Clinique : L'obtention d'un reliquat tumoral nul (R0) justifie des chirurgies parfois très délabrantes (résections digestives associées).

L'Arsenal Médical : Chimiothérapie de 1^{ère} Ligne



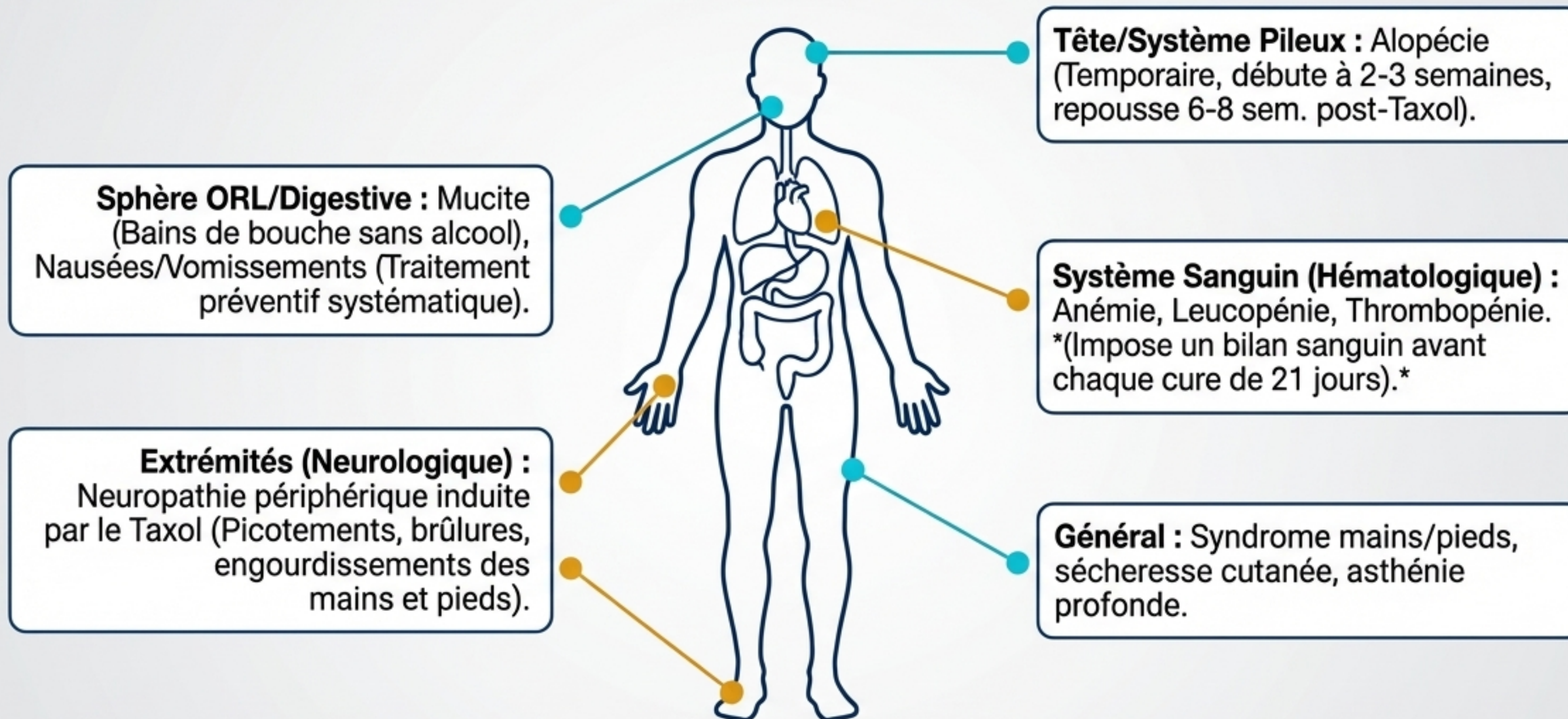
Prérequis technique : Pose d'une Chambre Implantable (PAC) sous anesthésie locale



Réflexe Clinique :

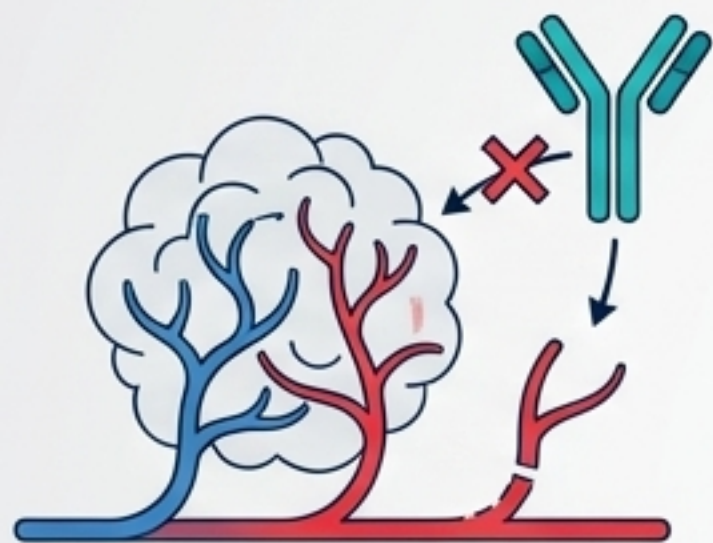
La chimiothérapie attaque les cellules en division cellulaire active, touchant les cellules tumorales mais aussi les tissus sains.

Cartographie des Toxicités Systémiques



Réflexe Clinique : La gestion proactive des effets secondaires (Soins de Support) est vitale pour éviter l'interruption prématurée du protocole curatif.

Thérapies Ciblées & Innovations Moléculaires



Pilier 1 : Anti-Angiogéniques

(Bevacizumab / Avastin)

Mécanisme : Cible le **VEGF**. Bloque la croissance des micro-vaisseaux tumoraux (asphyxie de la tumeur).

Indication : En association avec la chimio (Stades III ou IV).

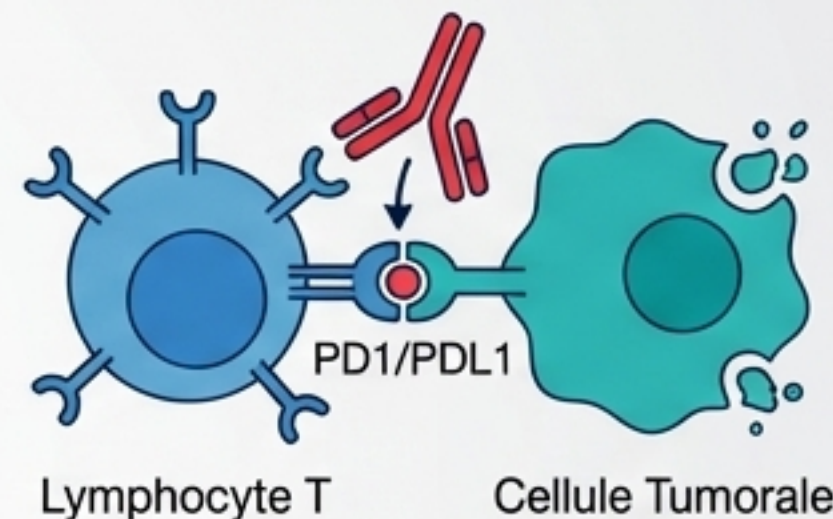
Surveillance : HTA, protéinurie.



Pilier 2 : Inhibiteurs de PARP

Mécanisme : Bloque l'enzyme de réparation de l'ADN (**PARP**). Induit la mort des cellules cancéreuses dont la réparation est déjà compromise (Létalité synthétique).

Indication : Efficacité majeure chez les patientes porteuses d'une mutation **BRCA**.



Pilier 3 : L'Immunothérapie

(En Essais Cliniques)

Mécanisme : Anticorps Anti-PD1 / PDL1. Lève les freins immunitaires pour permettre aux lymphocytes T de détruire la tumeur.

Réflexe Clinique : La biologie moléculaire (recherche BRCA) conditionne désormais l'accès aux thérapies ciblées de maintenance (Anti-PARP).

Suivi Clinique : Le Concept de Rémission

Les Modalités de Surveillance :

Examen clinique régulier.

Dosage régulier du marqueur CA 125

Imagerie (Écho/Scanner) uniquement en cas de point d'appel clinique ou d'ascension du marqueur.

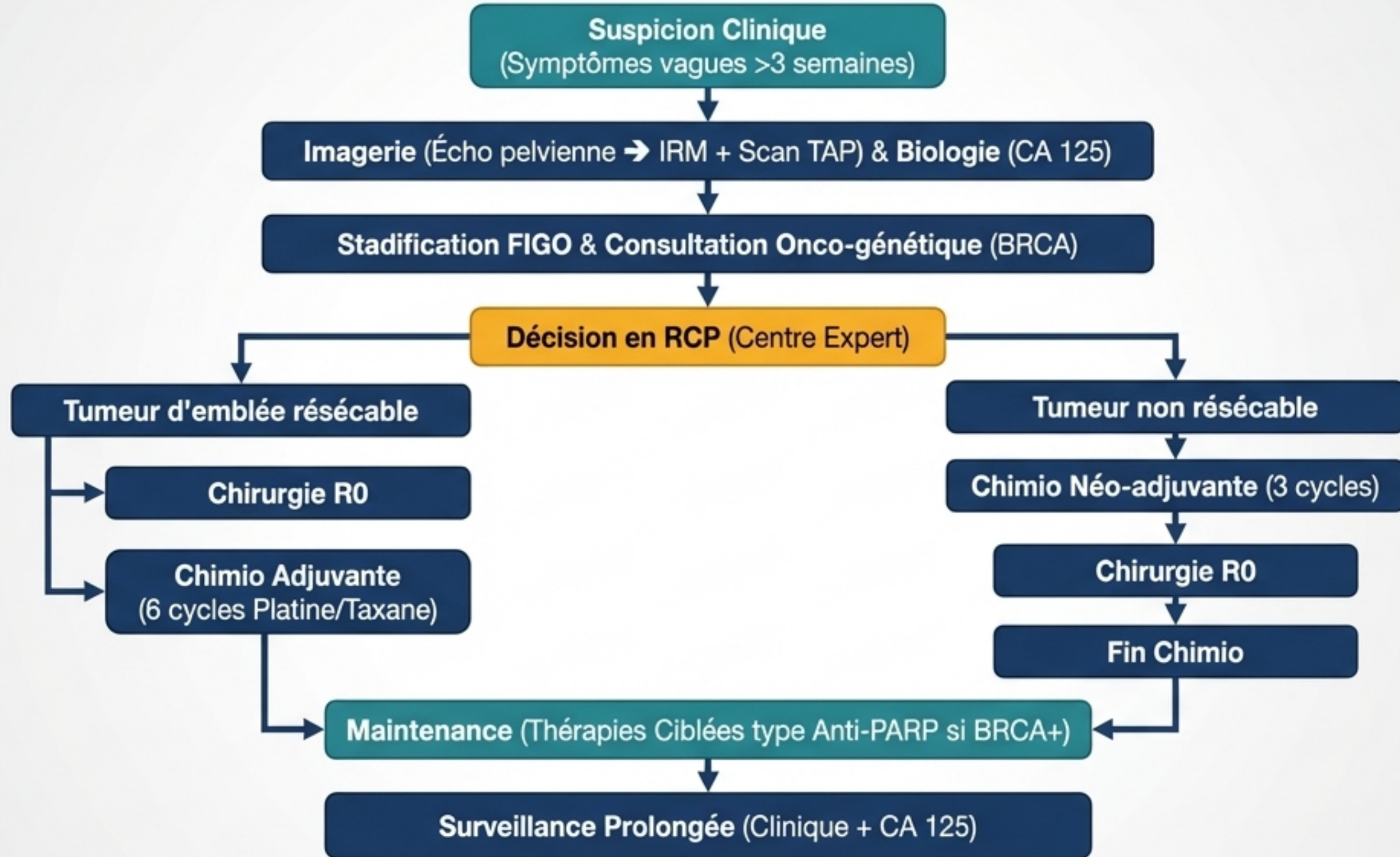
Sémantique Pronostique

- **Rémission Complète** : Disparition de toute trace visible de la maladie (clinique, biologique, radiologique).
- **Le terme "Guérison" est rarement employé** : Le cancer de l'ovaire est grevé d'un taux de récurrence élevé, nécessitant un suivi prolongé. S'apparente de plus en plus à une maladie chronique.



Réflexe Clinique : Toute récurrence impose un nouveau passage en **Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)** pour réévaluer le traitement.

Algorithme de Synthèse Décisionnelle



Réflexe Clinique :

Un parcours patient dicté par la précocité diagnostique, l'expertise chirurgicale, et le profilage génétique.