



### Suspicion de tumeur germinale

#### Bilan

- Anamnèse
- Examen clinique
- Examens biologiques : AFP, HCG, LDH, CA 125
- Scanner TAP +/- cérébral (si maladie métastatique)
- PET scan en option

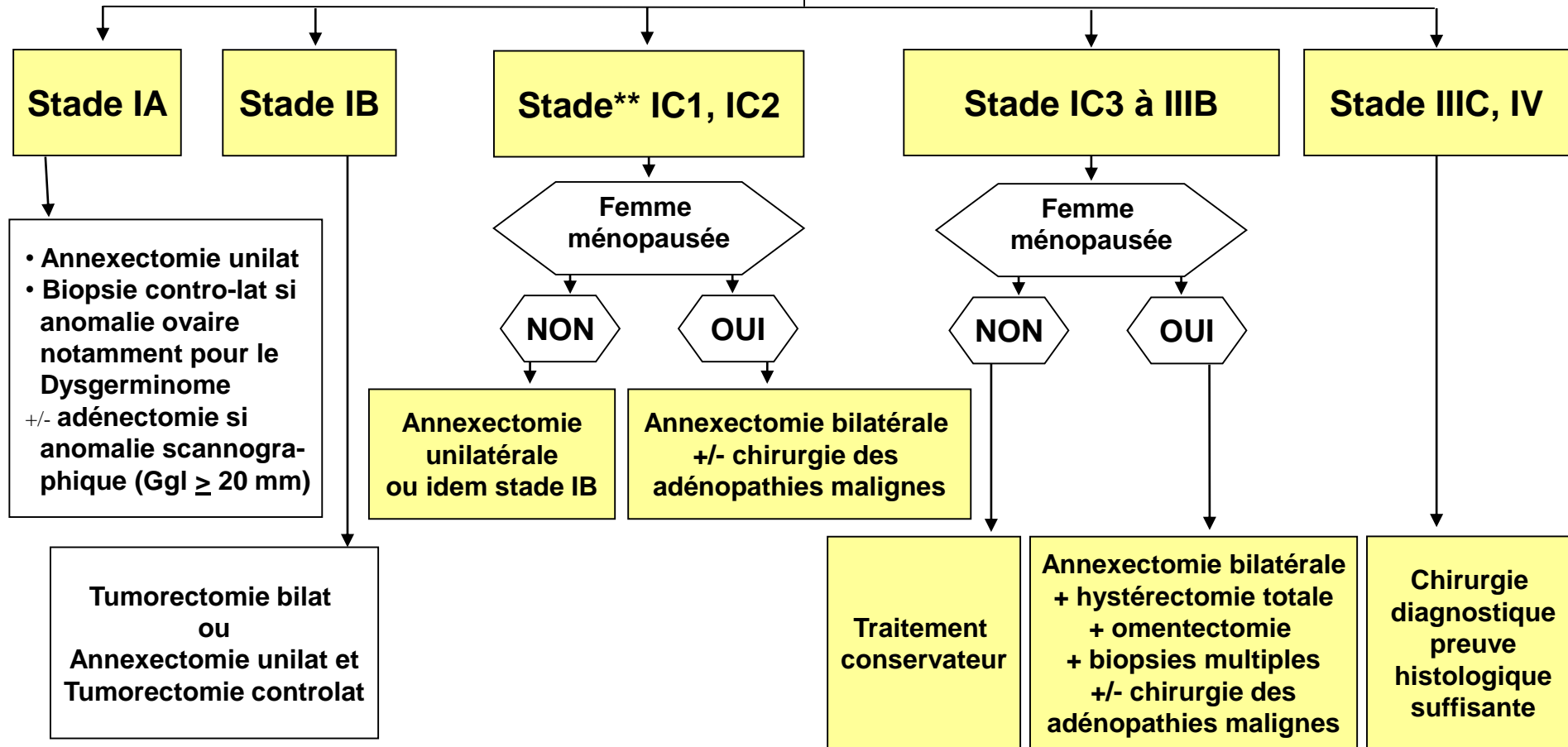
#### Exploration chirurgicale de diagnostic

- Cytologie du liquide péritonéal
- Prévoir examen extemporané si possible
- Relecture des lames histologiques
- 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](http://www.ovaire-rare.org)*



### Chirurgie initiale\*



\* Pour les dysgerminomes penser à éliminer un syndrome XY pour lequel en cas d'aménorrhée primaire une annexectomie bilatérale est recommandée

\*\* Stades FIGO 2014

Ggl: ganglion; Bilat: bilatérale; Unilat: unilatérale; Controlat: controlatérale



### Traitement complémentaire

#### Dysgerminomes

Stade IA  
Stade IB  
+ Chirurgie  
complète

Surveillance

Stades IC à III

Résidu

NON

OUI

3 BEP

4 BEP\*

Stade IV

4 BEP\*

#### Tumeurs germinales non dysgerminomes

Tératome  
immature  
IA grade 1  
IB grade 1

Surveillance

Autres histologies \*\*/\*\*  
(Tératome immature IA ou IB grade >1 et/ou >IB,  
T vitelline, T germinales mixtes,  
carcinome embryonnaire, choriocarcinome)

Résidu tumoral  
ou marqueurs élevés  
post opératoire

NON

OUI

2 à 3 BEP à discuter  
en RCP dédiée

4 BEP\*

Stade IV

4 BEP\*

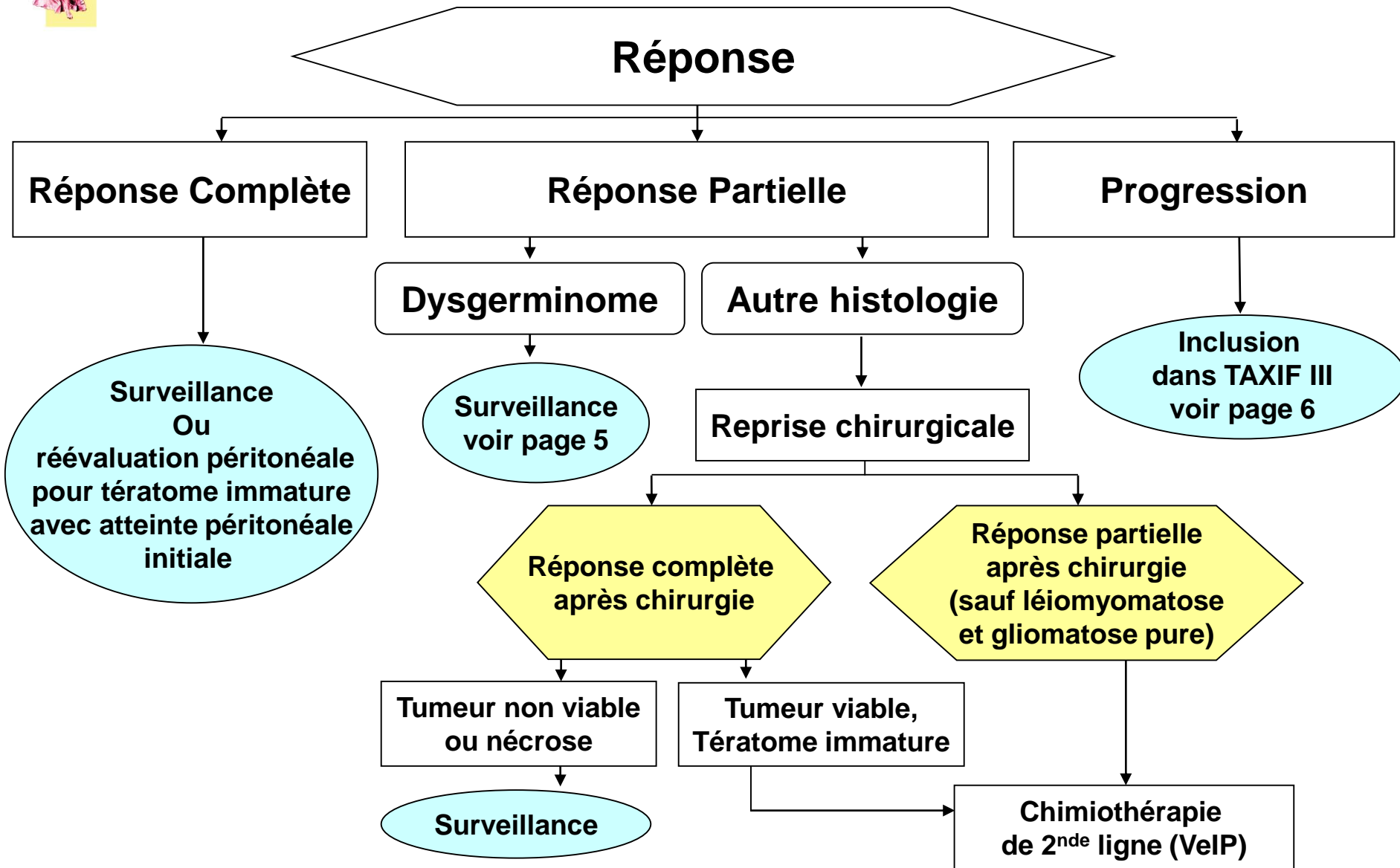
BEP = cisPlatine 20 mg/m<sup>2</sup>/j J1 à J5  
+ Etoposide 100 mg/m<sup>2</sup> /j J1 à J5  
+ Bléomycine 30 mg J1, J8, J15 quelque soit la numération à J8 et J15)

\* EFR après 3 BEP. Si modification, pas de bléomycine pour le 4<sup>ème</sup> BEP

\*\* Tératome immature : Surveillance clinique et radiologique très rapprochée pendant la chimiothérapie en raison du risque de « growing teratoma ».

\*\*\* Tumeur vitelline : calcul de décroissance AFP entre C1 et C2 via cette [interface](#). Si décroissance défavorable, revoir les modalités de la chimiothérapie en RCP dédiée pour discuter un traitement intensifié selon les modalités du GETUG 13 (Fizazi et al. Lancet Oncol 2014).

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire



VeIP = vinblastine + Ifosfamide + cisPlatine

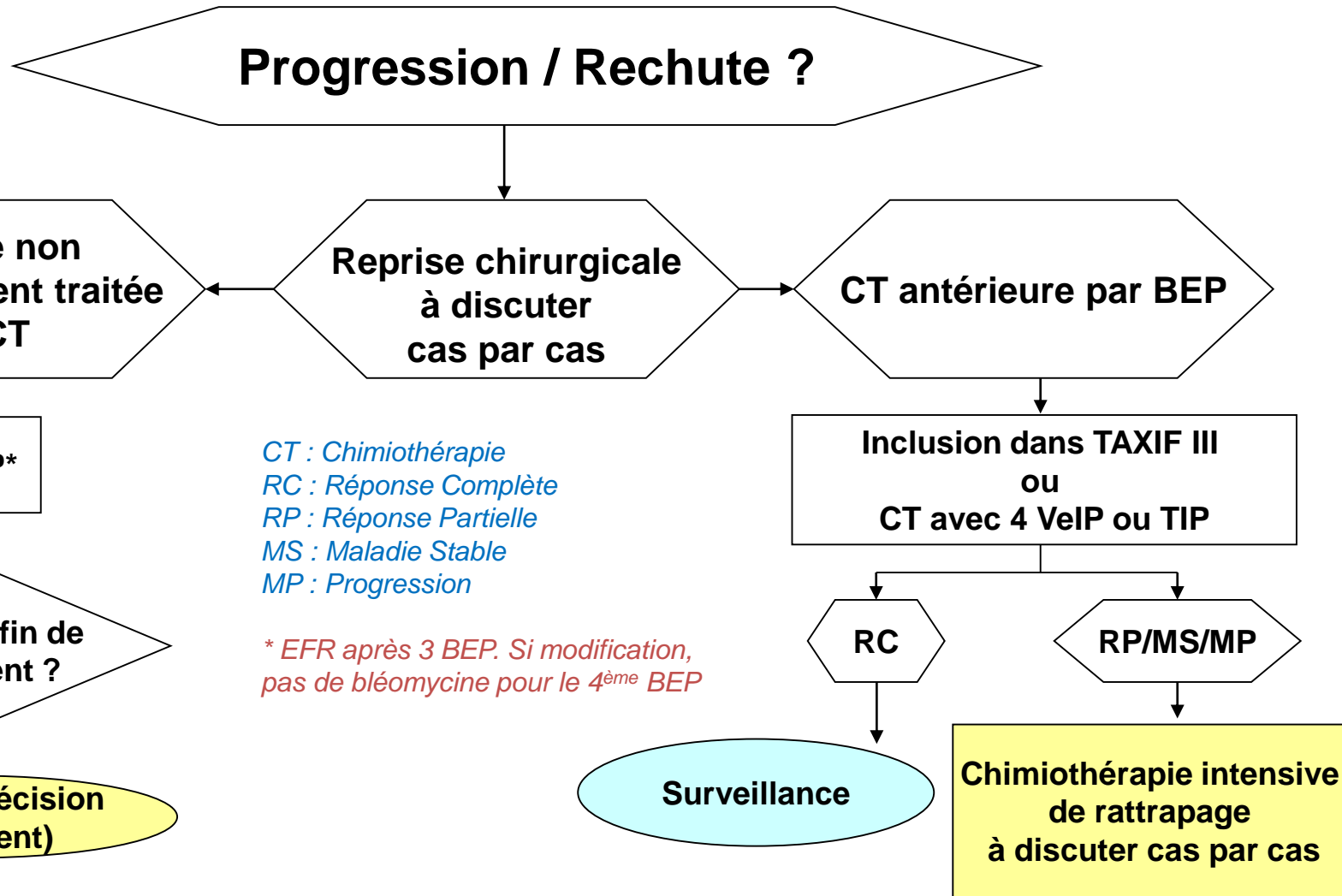


### Surveillance fin de traitement

Surveillance	Année 1- 2	de 3 à 5 ans	> 5 ans
Examen clinique	/ 3- 6 mois	/ 6 mois	/ an
Biologie*	/ mois (3 premiers mois) puis / 3 mois		
EFR complètes et clairance créatinine	Fin de chimiothérapie et 12è mois		
Scanner abdomino-pelvien (si stade > I)	/ 3-6 mois	/ an	/ an
Echographie <u>pelvienne par voie vaginale</u> en cas de traitement conservateur	/ 3-6 mois	/ 6 mois	1 écho / an
PET-scan** pour dysgerminome pur	/ 3-6 mois		

\* AFP, HCG, LDH, CA 125 selon sécrétion initiale

\*\* Un au départ puis jusqu'à l'extinction des résidus



TIP = paclitaxel+Ifosfamide+cisPlatine

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](http://www.ovaire-rare.org)