



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

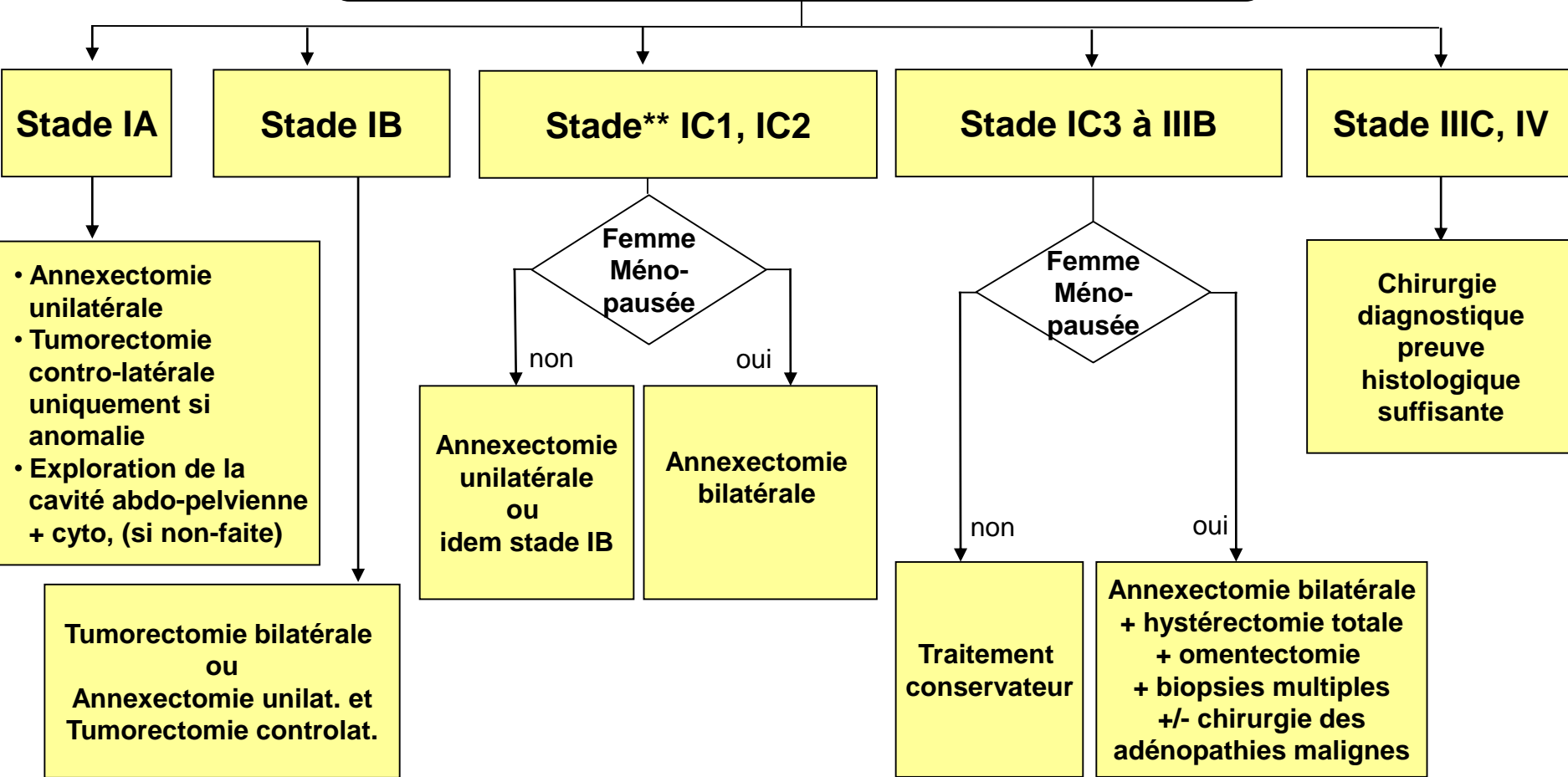
Exploration chirurgicale de diagnostic

- **Cytologie du liquide péritonéal**
- **Exploration complète de la cavité péritonéale++**
- 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



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

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



Traitement complémentaire

Dysgerminomes

Stade IA
Stade IB
+ Chirurgie
complète

Stades IC à III

Stade IV

Surveillance

Résidu

non

oui

2-3 BEP*

4 BEP*

Tumeurs germinales non dysgerminomes

Tératome
immature
IA grade 1
IB grade 1

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

Surveillance

Résidu tumoral
ou marqueurs élevés
post opératoire

non

oui

2 à 3 BEP* à discuter
en RCP dédiée

4 BEP*

Stade IV

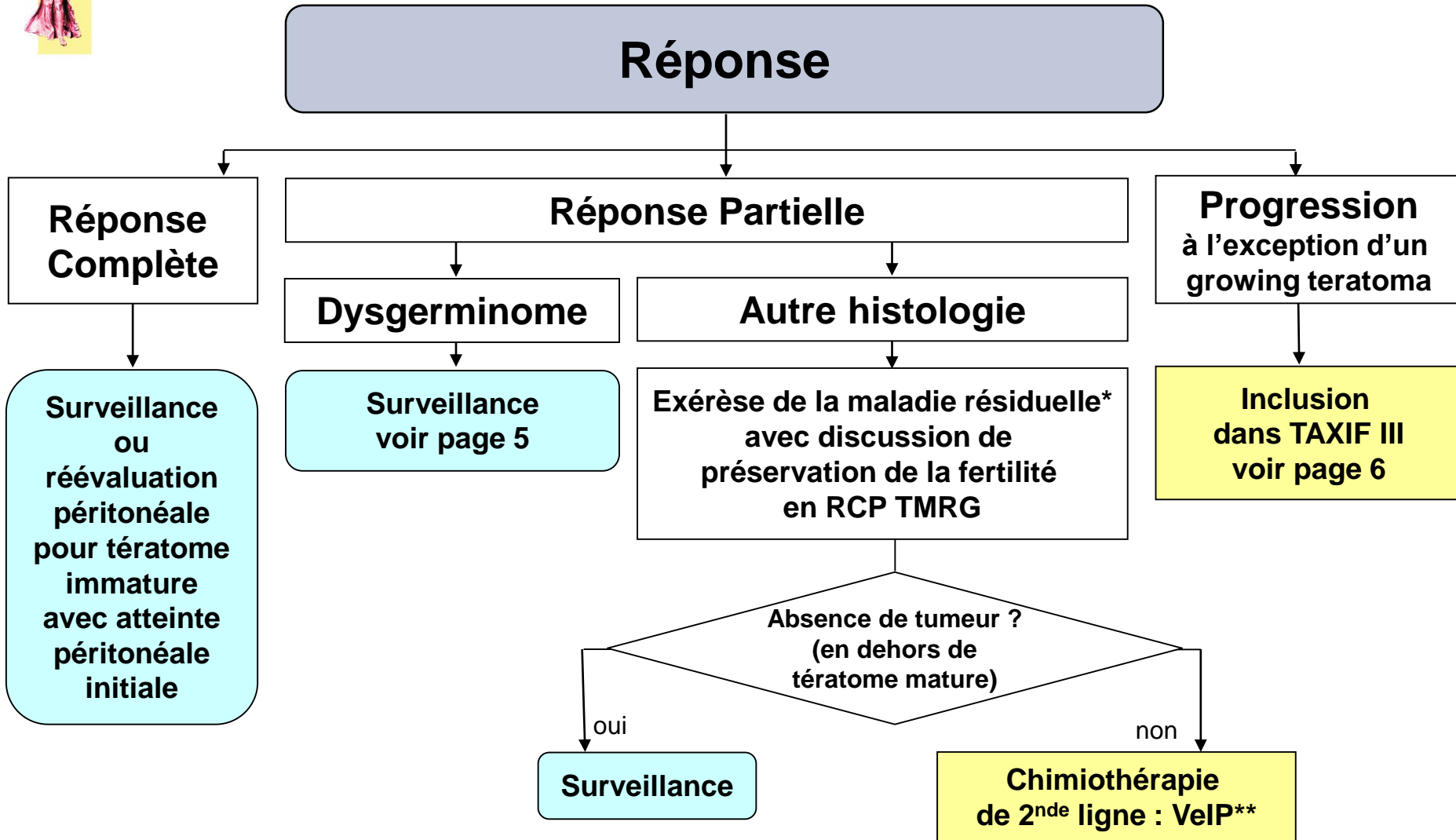
4 BEP*

BEP : cisPlatine 20 mg/m²/j J1 à J5
+ Etoposide 100 mg/m² /j J1 à J5
+ Bléomycine 30 mg J1, J8, J15 quelque soit la numération à J8 et J15)

* surveillance de l'EFR. Si altération de l'EFR, arrêt de la bléomycine

** **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).



*Sauf gliomatose pure, discussion en RCP TMRG

**VeLP : vinblastine + 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



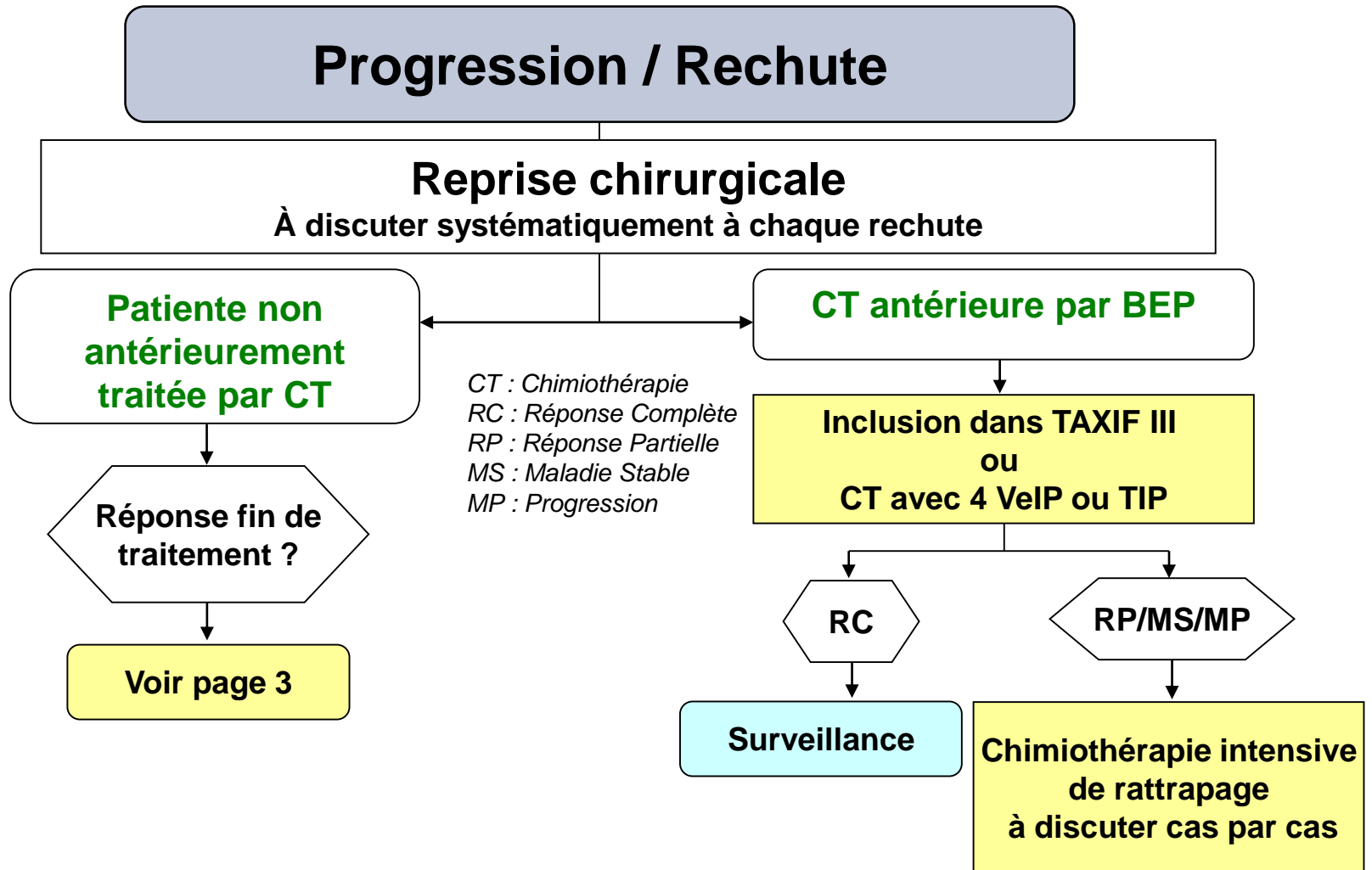
Surveillance fin de traitement

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, si anormales	Fin de chimiothérapie et 12è mois		
Scanner TAP (si stade > I)	/ 3-6 mois	/ an	/ an
Echographie pelvienne 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

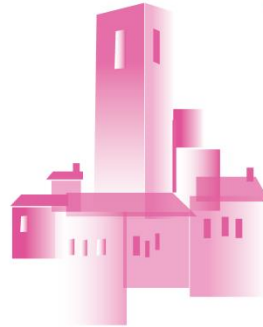
Toute tumeur maligne rare de l'ovaire fait l'objet d'une déclaration systématique dans le Réseau national des tumeurs malignes rares de l'ovaire de l'INCa. Il est recommandé que la prise en charge soit effectuée dans le cadre d'une RCP spécialisée dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org



***surveillance de l'EFR. Si altération de l'EFR, arrêt de la bléomycine**

**** 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



Cancers du sein
Cancers de l'ovaire
Soins de support

T germinale

Groupe de travail:

Frédéric Selle, Marcos Ballester, Mojgan Devouassoux,
Nicolas Chopin, Thibault de la Motte Rouge, Florence Joly,
Valerie Laurence, Sébastien Gouy, Nathalie Chabbert-
Buffet, Lise Selleret



Recommandations RPC Saint Paul de Vence

Fertilité et tumeurs rares

- **Recommandation 1** : en cas de traitement à gonadotoxicité potentielle, une consultation d'oncofertilité doit être discutée en RCP oncologique
- **Recommandation 2**. Le bilan initial avant ou lors de la consultation d'oncofertilité comprend :Echographie avec compte des follicules antraux, dosage d'AMH, sérologies VIH, VHB, VHC, TPHA-VDRL
- **Recommandation 15** : les possibilités de chirurgie conservatrice ovarienne pour éviter une ménopause précoce sont avant tout dépendantes de l'indication oncologique
- **Recommandation 4** : après traitement d'un tératome immature, du fait du risque de récurrence, une préservation de la fertilité (avec éventuelle stimulation) doit se discuter en RCP dans le cadre du réseau TMRO (www.ovaire-rare.org) incluant un spécialiste de la fertilité



Recommandations RPC Saint Paul de Vence

Fertilité et tumeurs rares

contraception et chimiothérapie

- **Recommandation 28** : concernant l'utilisation de contraception pendant les traitements anti cancéreux : un DIU au cuivre à visée contraceptive peut être laissé en place en cours de traitement
- **Recommandation 29** : concernant l'utilisation de contraception hormonale pendant les traitements anti cancéreux : il est recommandé de ne pas utiliser d'estroprogestatifs pendant la durée du traitement pour ne pas aggraver le risque thromboembolique (particulièrement pendant la chimiothérapie)
- **Recommandation 30** : concernant l'utilisation de contraception hormonale pendant les traitements anti cancéreux : il n'y a pas de contre-indication à une contraception progestative :
 - Orale microprogestative
 - Orale macroprogestative (hors AMM en contraception) par acetate de chlormadinone ou acetate de cyproterone
 - Par implant contraceptif
 - Par DIU au levonorgestrel
- **Recommandation 31** : concernant l'utilisation de contraception hormonale pendant les traitements anti cancéreux : en cas de contre-indication ou d'intolérance aux autres contraceptions, un agoniste de la GnRH peut être utilisé (hors AMM en contraception)



Tumeur germinale maligne de l'ovaire

Recommandations RPC Saint Paul de Vence Fertilité et tumeurs rares

- **Recommandation 4** : après traitement d'un tératome immature, du fait du risque de récurrence, une préservation de la fertilité (avec éventuelle stimulation) doit se discuter en RCP dans le cadre du réseau TMRO (www.ovaire-rare.org) incluant un spécialiste de la fertilité



Tumeur germinale maligne de l'ovaire

Recommandations RPC Saint Paul de Vence Fertilité et tumeurs rares

- **Recommandation 16** : après traitement radical, un THS peut être proposé sans contre-indication aux femmes antérieurement traitées pour une tumeur germinale
- **Recommandation 25** : l'instauration d'un THS doit, le cas échéant, être envisagée après la fin des traitements adjuvants



Tumeur germinale maligne de l'ovaire

- Quel type de traitement THS lui proposez vous ?

Recommandations RPC Saint Paul de Vence Fertilité et tumeurs rares

- **Recommandation 24** : la nature du traitement hormonal substitutif (œstrogènes seuls ou œstro-progestatifs) doit tenir compte du contexte (antécédent d'hystérectomie / risque familial de cancer du sein). En l'absence d'hystérectomie, le traitement doit associer des estrogènes à un progestatif. En cas d'hystérectomie, un traitement par estrogènes seul sera choisi en première intention mais un traitement œstro-progestatif n'est pas contre-indiqué.



Tumeur germinale maligne de l'ovaire & THS

Que pouvez-vous prescrire?

- œstrogènes seuls ?
- phyto-œstrogènes ?
- progestatifs seuls ?
- œstrogènes locaux ?
- œstrogène plus progestatifs ?

Recommandations RPC Saint Paul de Vence Fertilité et tumeurs rares

- **Recommandation 26** : les contre-indications aux phyto-œstrogènes sont les mêmes que celles concernant les œstrogènes prescrits dans le cadre des THS ou THM
- **Recommandation 27** : il n'y a pas de contre-indication concernant l'utilisation d'œstrogènes locaux. En revanche, leur utilisation est déconseillée pour les patientes sous anti aromatasés.



Back up recommandations non citées

- **Recommandation 6** : chez une femme antérieurement traitée pour un tératome immature, et présentant une récurrence sous forme de tératome présumé bénin, la stratégie de préservation de la fertilité (avec éventuelle stimulation) au moment de la récurrence doit être discutée au cas par cas en RCP dans le cadre du réseau TMRO (www.ovaire-rare.org)
- **Recommandation 32** : après traitement conservateur d'une tumeur borderline ou d'une tumeur germinale, les contraceptions hormonales, quelles qu'elles soient, ne sont pas contre-indiquées.