



Tumeurs germinales

Classification WHO – Tumeurs de l’Ovaire

Tumeurs séreuses	Autres carcinomes	Miscellaneous
Tumeurs mucineuses	Tumeurs mésenchymateuses	Tumeurs mésothéliales
Tumeurs endométrioïdes	Tumeurs Mixtes	Lésions tumeur-like
Tumeurs à cellules claires		
Tumeurs séro-mucineuses		
Tumeur de Brenner		
Tumeurs des cordons sexuels		
Métastases		

Tumeurs germinales

Tumeurs Dysgerminomateuses

Tumeurs non Dysgerminomateuses :

- T du Yolk Salk
- Tératome mature et immature
- Carcinome embryonnaire
- Chorio carcinome non gestationnel
- T germinales mixtes

Tératome monodermique avec contingent tumoral somatique

- Struma ovarii
- T carcinoïde
- T de type neuro ectodermique
- Tératome Kystique monodermique
- Tumeur somatique sur tératome

Tumeurs germinales-cordons sexuels-stromales

- Gonadoblastomes
- Tumeurs mixtes inclassables

Adaptation: WHO Classification of Tumours Editorial Board. Female genital tumours. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2020. (WHO classification of tumours series, 5th ed.; vol. 4). <https://publications.iarc.fr/592>.

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 discutée dans le cadre d’une RCP TMRG dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org



- Morphologie variable en fonction du type histologique
- IHC des TG : CK7-/EMA -/RO-/SALL4+
- **Tumeur vitelline** (intestin primitif et structure glandulaire peuvent être CK7/CK20 +) : AFP+/Glypican3+/OCT3,4-/CD117 +possible
- **Dysgerminome**: CD117+/OCT3,4+/CD30-/PLAP+
- **Carcinome embryonnaire (rarement pur)**: OCT3,4+/ CD30+/CD117-/PLAP+/Glypican+ 8%
- **Choriocarcinome (rarement pur)** : hCG +

*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 discutée dans le cadre d'une RCP TMRG dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org*



Arbre décisionnel

Tumeurs non dysgerminomateuses

*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 discutée dans le cadre d'une RCP TMRG dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org*



Suspicion de tumeur germinale

Bilan

- Examens biologiques : **AFP, HCG, LDH, CA 125**
- Scanner TAP +/- cérébral (si maladie métastatique) et +/- IRM pelvienne
- 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 discutée dans le cadre d'une RCP TMRG dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org*



Histopathologie, Immunologie, Biologie moléculaire

Morphologie variable en fonction du type histologique

IHC des TG : CK7-/EMA -/RO-/SALL4+

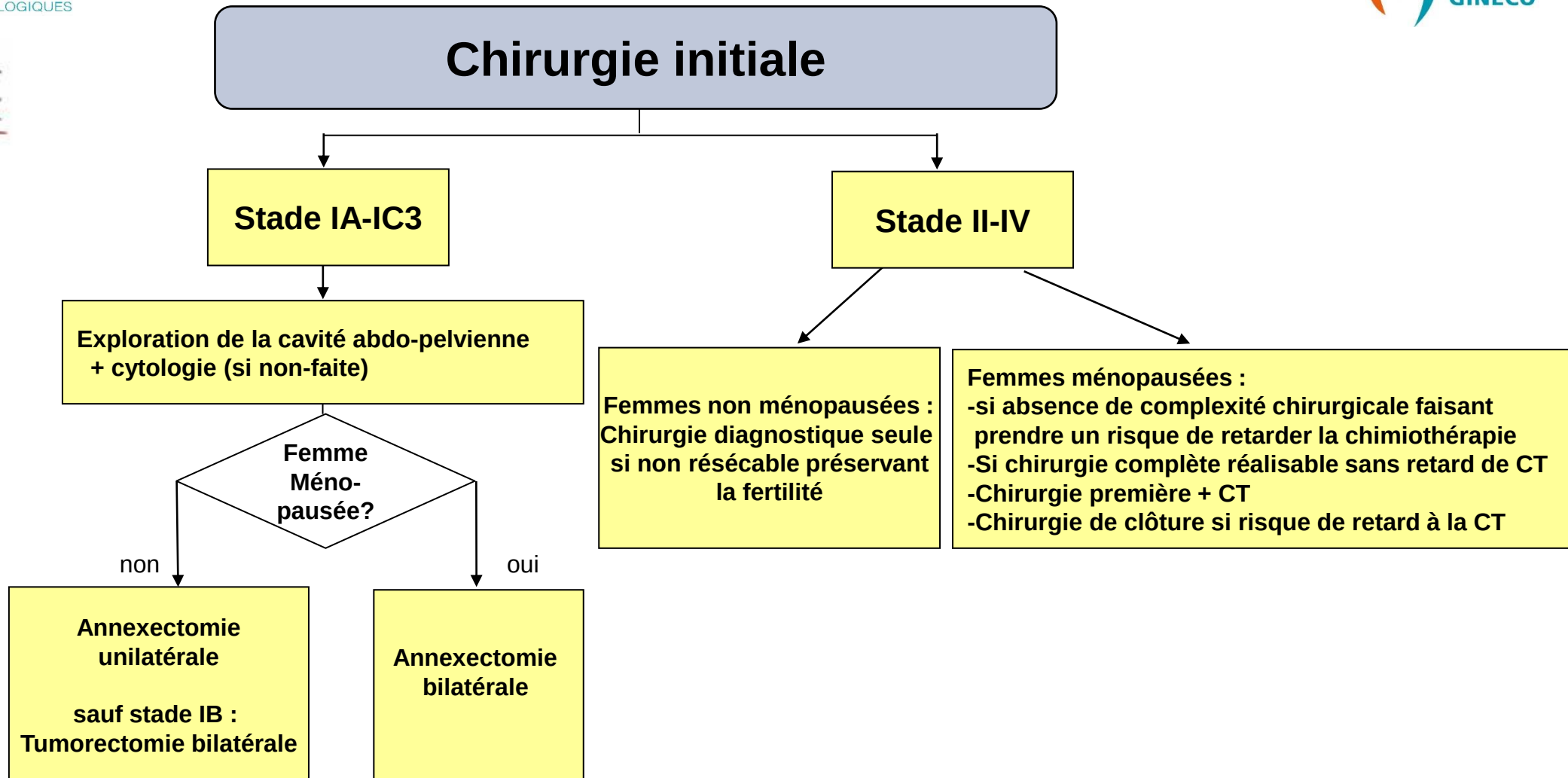
Tumeur vitelline : AFP+/Glypican3+/OCT3,4-/CD117 +possible/ SOX2-/NANOG-

Dysgerminome: CD117+/OCT3,4+/CD30-/PLAP+/SOX2-/ NANOG+

Carcinome embryonnaire (rarement pur): OCT3,4+/ CD30+/CD117-/SOX2+/NANOG
+/PLAP+/Glypican+ 8%

Choriocarcinome (rarement pur) : hCG +

*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 discutée dans le cadre d'une RCP TMRG dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org*

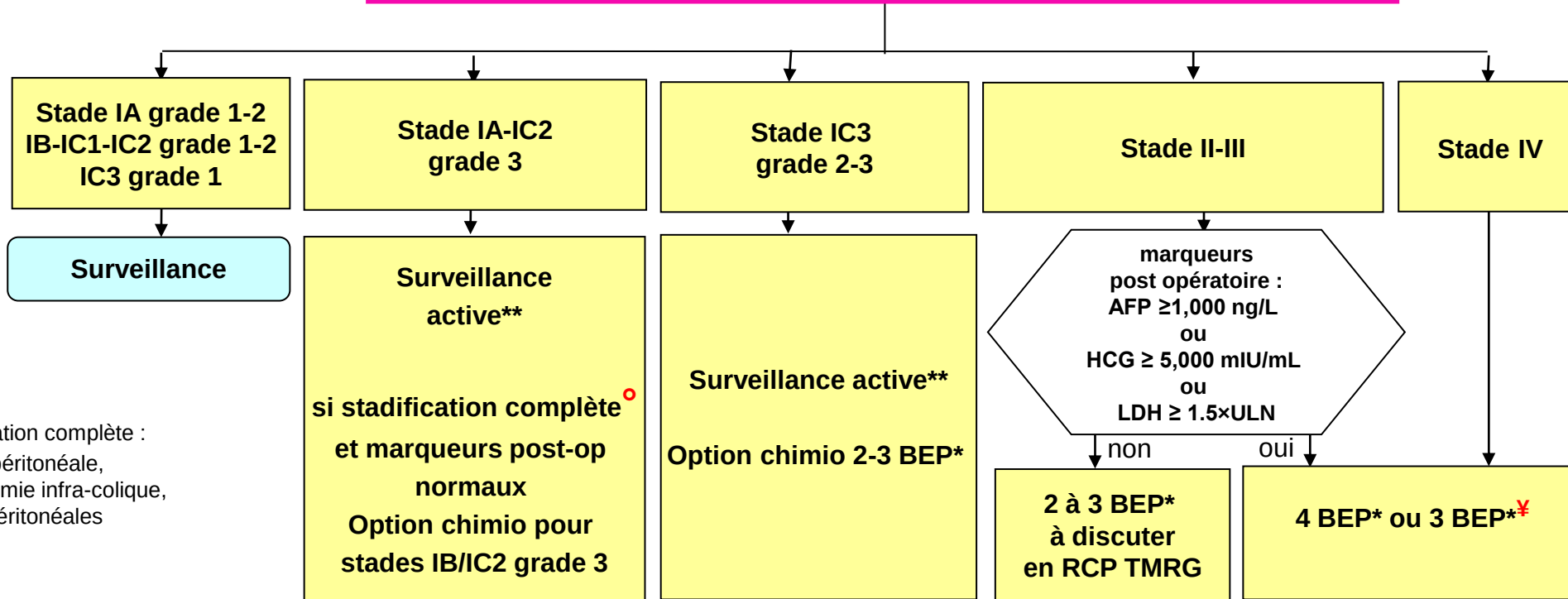


*Toute tumeur maligne rare de l'ovaire fait l'objet d'une déclaration systématique dans le Réseau national des tumeurs malignes rares de l'ovaire de l'INCa.
Il est recommandé que la prise en charge soit discutée dans le cadre d'une RCP TMRG dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org*



Traitement complémentaire

Tératome immature avec ou sans tératome mature***



○ Stadification complète :
cytologie péritonéale,
omentectomie infra-colique,
biopsies péritonéales

* **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.
Discuter la réalisation de bléomycine chez les femmes > 40 ans.

** voir la page sur la surveillance active

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

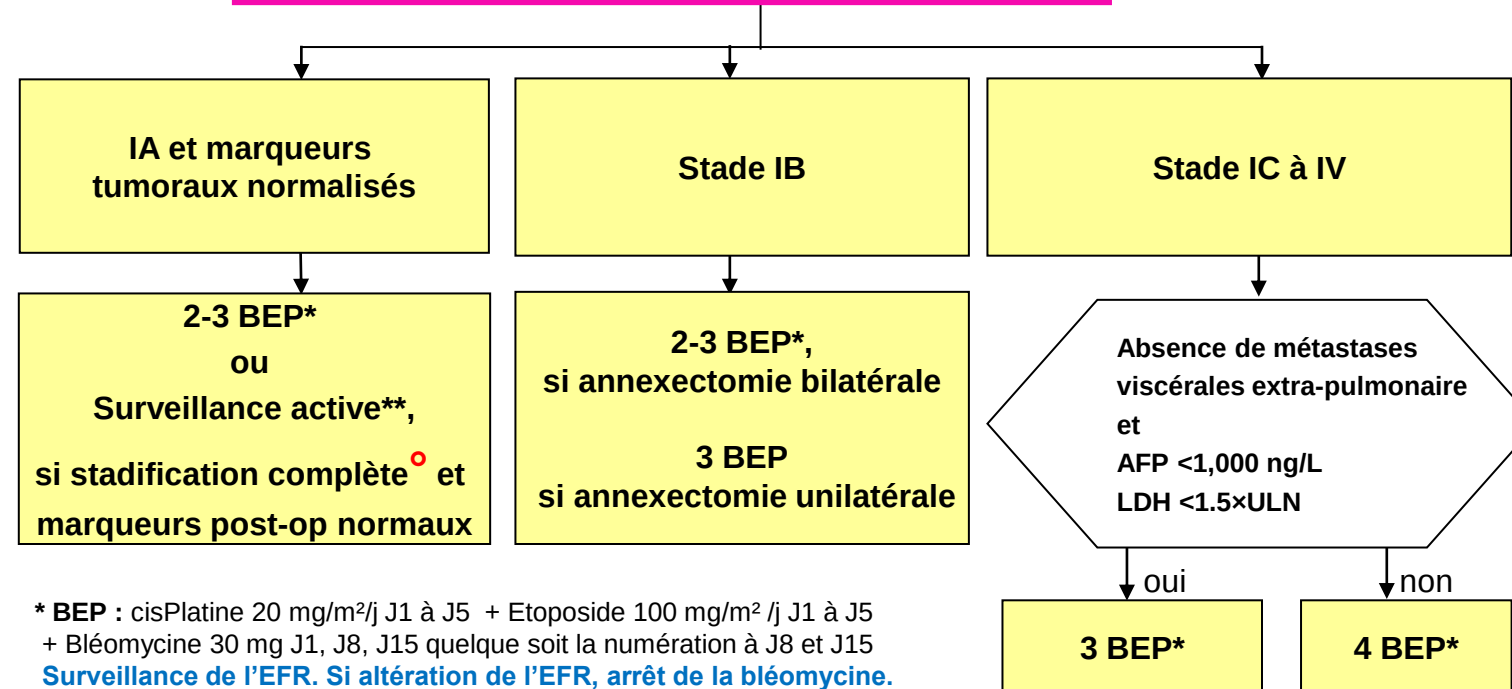
¥ discuter 3 BEP si
Absence de métastases viscérales extra-pulmonaires
et AFP <1,000 ng/L; HCG <5,000 mIU/mL; LDH <1.5×ULN

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 discutée dans le cadre d'une RCP TMRG dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org



Traitement complémentaire

Tumeur vitelline (Yolk sac tumor)***



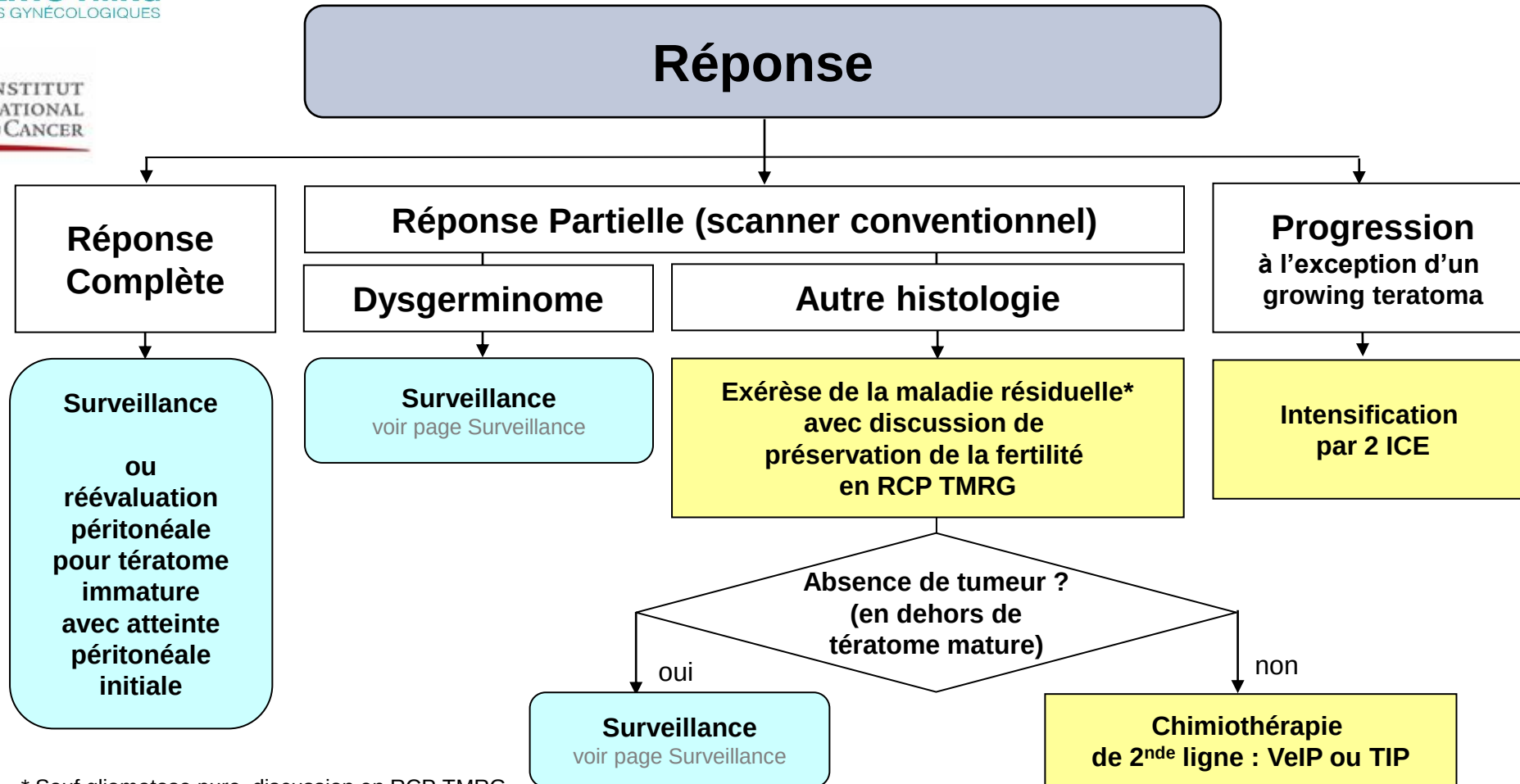
* BEP : cisPlatine 20 mg/m²/j J1 à J5 + Etoposide 100 mg/m² /j J1 à J5 + Bléomycine 30 mg J1, J8, J15 quelque soit la numération à J8 et J15
Surveillance de l'EFR. Si altération de l'EFR, arrêt de la bléomycine.
Discuter la réalisation de bléomycine chez les femmes > 40 ans

○ Stadification complète :
cytologie péritonéale,
omentectomie infra-colique,
biopsies péritonéales

** voir la page sur la surveillance active

*** Calcul de décroissance AFP entre C1 et C2 via cette [interface](#). Si décroissance défavorable, revoir les modalités de la chimiothérapie en RCP TMRG pour discuter un traitement intensifié selon les modalités du GETUG 13 (Fizazi et al. Lancet Oncol 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 discutée dans le cadre d'une RCP TMRG dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org



* Sauf gliomatose pure, discussion en RCP TMRG

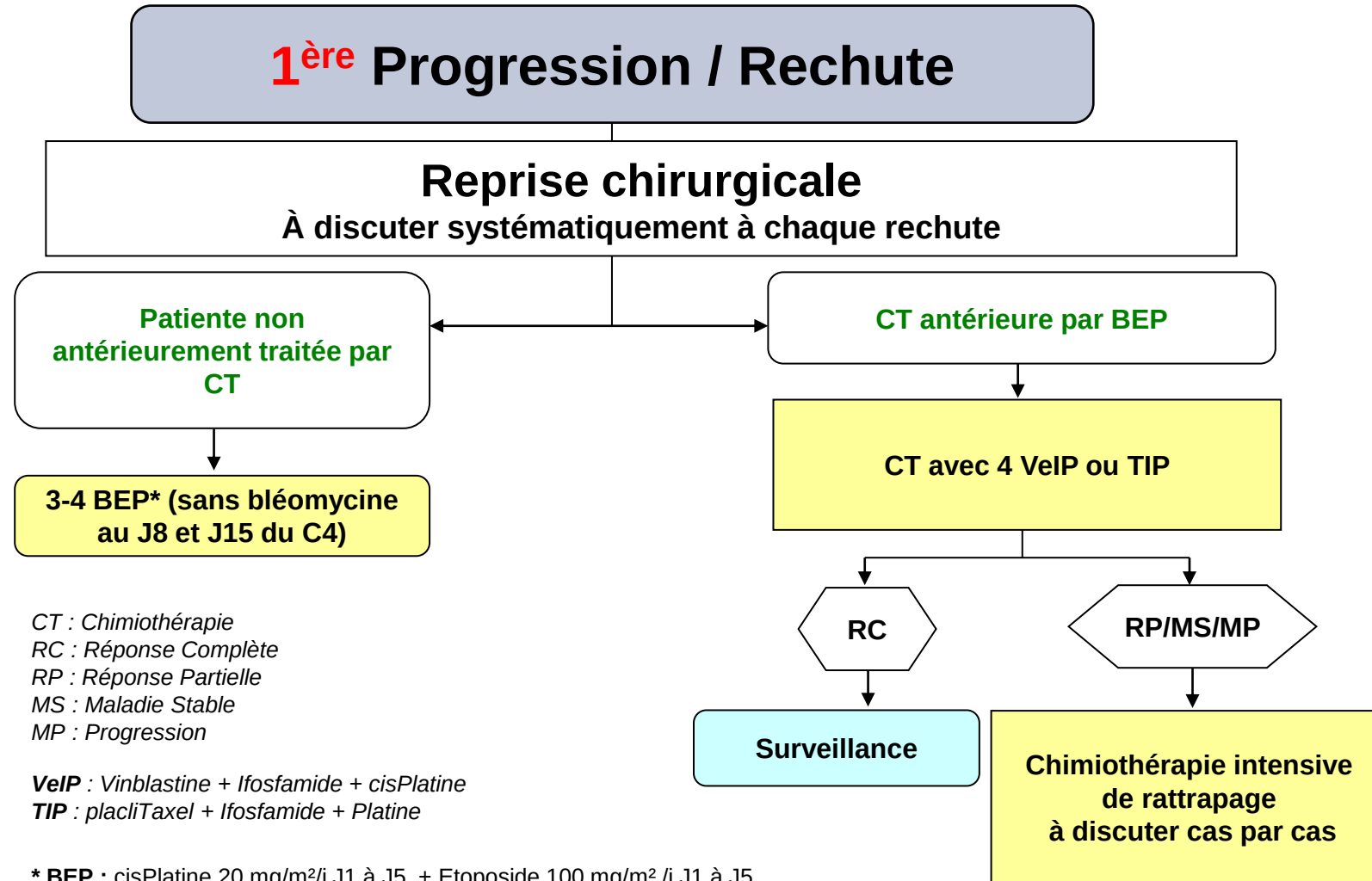
VeIP : Vinblastine + Ifosfamide + cisPlatine

TIP : placiTaxel + Ifosfamide + Platine

ICE : Etoposide 300 mg/m²/j 5 jours (en répartissant la perf:150 mg/m² toutes les 12 heures pendant 5 jours), ifosfamide 2,4 g/m²/j 5 jours, Carboplatine AUC 4/jour 5 jours

Soit au total, etoposide 1500 mg/m², carboplatine AUC 20, ifosfamide 12 g/m²

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 discutée dans le cadre d'une RCP TMRG dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org



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 discutée dans le cadre d'une RCP TMRG dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org



1^{ère} Progression / Rechute

Biopsie pour confirmer la récurrence si absence de marqueurs tumoraux

Patiente non
antérieurement traitée par
CT

3-4 BEP* (sans bléomycine
au J8 et J15 du C4)

CT antérieure par BEP**

Discuter en fonction de la date de la récurrence
(« précoce 3-9mois ») et importance récurrence

Récurrence > 12 mois
CT avec 4 TIP

Récurrence « précoce »
CT intensive par TICE

RC

Surveillance

RP/MS/MP

Chirurgie des masses résiduelles

RP/MS/MP

RC

Surveillance

CT : Chimiothérapie
RC : Réponse Complète
RP : Réponse Partielle
MS : Maladie Stable
MP : Progression

TIP : placiTaxel + Ifosfamide + Platine

TICE : taxol + ifo recueil cellules souches puis 3
Carboplatine étoposide hautes doses

* **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.
Discuter la réalisation de bléomycine chez les femmes > 40 ans

** en attente des résultats de l'essai TIGER : TIP sans intensification vs TICE

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 discutée dans le cadre d'une RCP TMRG dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org



Surveillance Active

Surveillance	1 ^{re} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^è à 10 ^è année
Examen clinique	/ mois	/ 2 mois	/ 3 mois	/ 4 mois	/ 6 mois
Biologie (AFP, HCG, LDH, CA 125 selon sécrétion initiale)	/ 15 jours, les 6 premiers mois) puis / mois	/ 2 mois	/ 3 mois	/ 4 mois	/ 6 mois
Scanner TAP	le 1 ^{er} mois si non fait le 3 ^{ème} mois si bien stadé le 12 ^{ème} mois				
Echographie pelvienne	/ 2 mois	/ 4 mois	/ 6 mois		
Radio pulmonaire	/ 2 mois	/ 4 mois	/ 6 mois	/ 8 mois	/ an
PET-scan pour dysgerminome pur	le 1 ^{er} mois si non fait puis / 3-6 mois 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 discutée dans le cadre d'une RCP TMRG dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org*



Surveillance fin de traitement

Surveillance	1 ^{er} -2 ^{ème} année	3 ^{ème} -5 ^{ème} année	> 5 ^{ème} année
Examen clinique	/ 3- 6 mois	/ 6 mois	/ an
Biologie (AFP, HCG, LDH, CA 125 selon sécrétion initiale)	/ mois, les 3 premiers mois puis / 3 mois	/ 6 mois	/ an
EFR complètes et clairance créatinine, si anormales	Fin de chimiothérapie et 12 ^e mois		
Scanner TAP (si stade > I)	/ 3-6 mois	/ an	/ an
Echographie pelvienne en cas de traitement conservateur	/ 3-6 mois	/ 6 mois	/ an
PET-scan pour dysgerminome pur	le 1 ^{er} mois si non fait puis / 3-6 mois 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 discutée dans le cadre d'une RCP TMRG dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org*



Prise en charge d'une infertilité après tumeur germinale



Pas de contre-indication aux
différentes techniques d'AMP
faisant appel à des stimulations

*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 discutée dans le cadre d'une RCP TMRG dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org*



Contraception après tumeur germinale

Pas de contre-indication aux
contraceptions non hormonales ou
hormonales, quelles qu'elles soient.

Ménopause après tumeur germinale

Pas de contre-indication à un THM
ou THS

THM : traitement hormonal à la ménopause
THS : traitement hormonal substitutif

*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 discutée dans le cadre d'une RCP TMRG dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org*