



Suspicion d'une tumeur frontière de l'ovaire - Borderline

Bilan

- Bilan diagnostique : examen clinique
- Echographie pelvienne endovaginale et sus-pubienne et échographie abdominale
- IRM +/- scanner abdomino-pelvien
- Examens biologiques: CA 19.9 et CA 125

Exploration chirurgicale de diagnostic

- Cytologie péritonéale première
- Relecture des lames histologiques obligatoire pour les tumeurs borderlines mucineuses et pour les BOL avec implants ou composante micro-papillaire
- 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

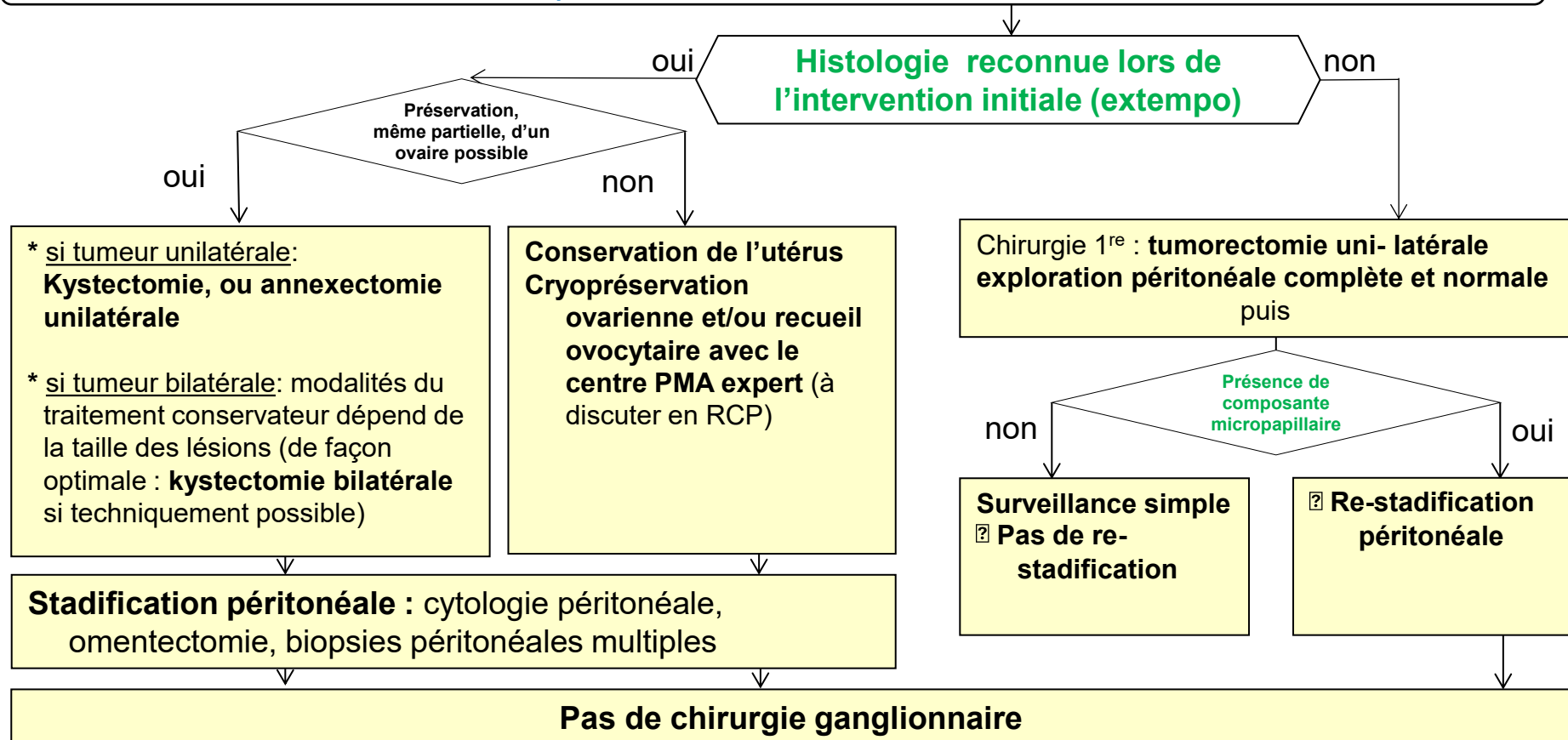


Tumeur de stade I macroscopique

Chirurgie

Privilégier la voie coelioscopique
(avec ensachage des pièces et si possible pas de rupture de la lésion)

Chez une femme souhaitant préserver sa fertilité ultérieure* ou sa fonction endocrine



* si tumeur unilatérale:
Kystectomie, ou annexectomie unilatérale

* si tumeur bilatérale: modalités du traitement conservateur dépend de la taille des lésions (de façon optimale : **kystectomie bilatérale** si techniquement possible)

Conservation de l'utérus
Cryopréservation ovarienne et/ou recueil ovocytaire avec le centre PMA expert (à discuter en RCP)

Chirurgie 1^{re} : tumorectomie uni-latérale exploration péritonéale complète et normale puis

Présence de composante micropapillaire

non → **Surveillance simple ? Pas de re-stadification**

oui → **? Re-stadification péritonéale**

Stadification péritonéale : cytologie péritonéale, omentectomie, biopsies péritonéales multiples

Pas de chirurgie ganglionnaire

Pas d'indication à un traitement adjuvant sauf si nombreux implants invasifs après re-stadification

* avis de consultation de fertilité

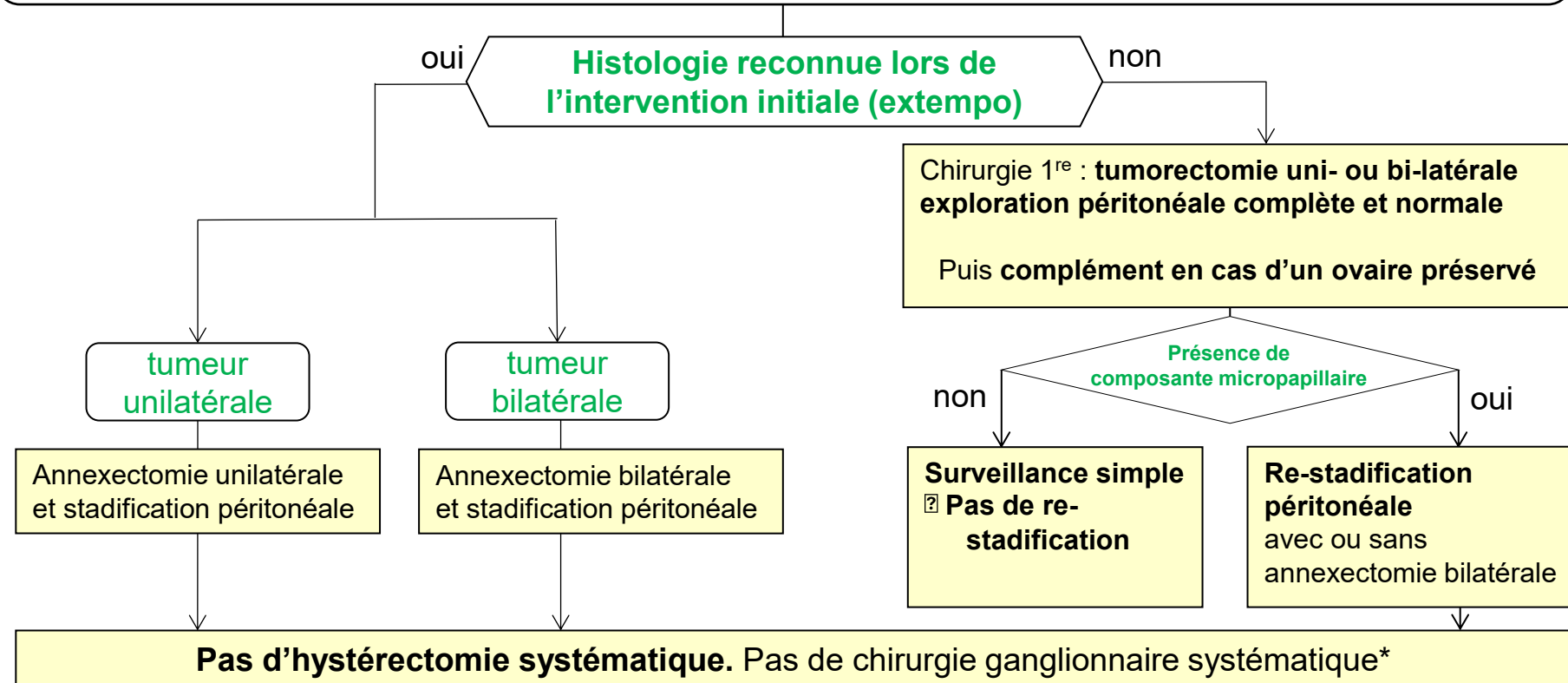


Tumeur de stade I macroscopique

Chirurgie(s)

Privilégier toujours la voie coelioscopique
(à l'initiale, avec ensachage des pièces et si possible pas de rupture de la lésion)

Chez une femme ne souhaitant plus préserver sa fertilité ultérieure, ni sa fonction endocrine
Options à discuter avec la patiente dans le cas d'une tumeur unilatérale pour préservation l'autre ovaire



Pas d'indication à un traitement adjuvant sauf si nombreux implants invasifs après restadification

* En l'absence d'adénomégalie(s)



Tumeur de stade II ou III

Chirurgie avec gestes suivants:

- Pour le geste ovarien: voir pages 2 et 3
- Résection de tous les implants péritonéaux visibles (si techniquement faisable)
- Omentectomie infragastrique ou infracolique en fonction de la localisation des implants
- Adénectomie sélective ou curage si adénomégalie*
- Relecture systématique des implants

Traitement coelioscopique possible mais à discuter au cas par cas

Traitement conservateur de l'utérus et de l'ovaire controlatéral macroscopiquement sain possible chez une femme souhaitant préserver sa fertilité ultérieure, ou sa fonction endocrine (en l'absence d'implants majeurs sur l'ovaire préservé)

Implants péritonéaux non-invasifs

- Pas d'indication à un traitement adjuvant
- Traitement conservateur possible
- **Second-look peut se discuter**
(en cas de résidu péritonéal initial)

Implants péritonéaux invasifs

- **Chimiothérapie adjuvante à discuter impérativement en RCP de recours** en fonction du nombre d'implants invasifs et/ou de la combinaison avec une composante micropapillaire de la tumeur (chimio identique à celle des tumeurs épithéliales malignes)
- **Traitement conservateur de l'ovaire restant et de l'utérus à rediscuter** (CC0 ou présence d'implants)
- **Second-look peut se discuter** (en cas de résidu péritonéal initial)

* En cas d'atteinte ganglionnaire histologique, la prise en charge thérapeutique se discute au cas par cas

*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*



Préservation de la fertilité (PF) en cas de tumeur borderline

Prise en charge initiale

Chirurgie la plus conservatrice possible
Pas de possibilité de techniques de PF avant chirurgie de stadification

Après stadification

TBO de stade I

Possibilité de **discuter stimulation vitrification ovocytaire y compris sur lésions anormales résiduelles** sur ovaire soumis à la stimulation / ponction

> Stade I

Si **résection complète des implants visibles et analyse anapath confirmant absence d'implants invasifs**
? Possibilité de discuter au cas par cas, dans le cadre du réseau TMRG une stimulation vitrification ovocytaire

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



Recommandations ESGO/ESHRE 2024 :

TBO stade I récidivante

❓ Possibilité de **discuter stimulation vitrification ovocytaire** avant chirurgie potentiellement radicale en l'absence de maladie péritonéale (V, C)

TBO avancée récidivante

➔ Possibilité de **discuter stimulation vitrification ovocytaire** si résection complète des implants visibles et analyse anapath confirmant absence d'implants invasifs et imagerie (TDM ou IRM) ne retrouvant pas d'implant (V, C)

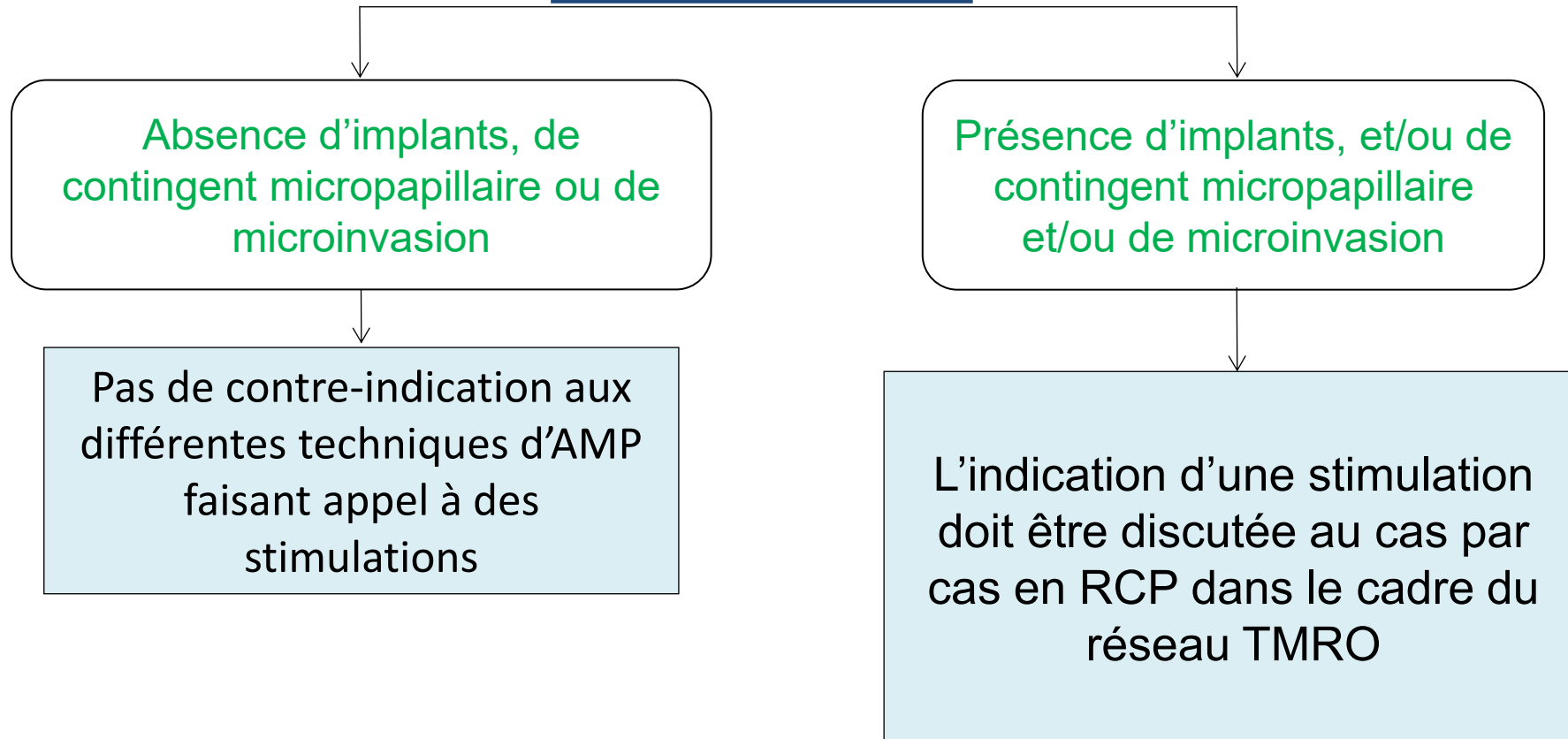


* Une stimulation pourra notamment être discutée avant chirurgie potentiellement radicale en l'absence de maladie péritonéale, ou résection complète des implants visibles et analyse anapath confirmant absence d'implants invasifs et imagerie (TDM ou IRM) ne retrouvant pas d'implant.

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 et préservation de la fertilité et
d'une réserve ovarienne diminuée après une tumeur
borderline séreuse



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 borderline séreuse

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

Ménopause après tumeur borderline séreuse

Absence d'implants

Pas de contre-indication à
un THM ou THS

Présence d'implants

L'indication de mise en place d'un
THS ou d'un THM doit être discutée
au cas par cas en RCP dans le
cadre du réseau TMRO

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*



Tumeur frontière mucineuse de l'ovaire

Traitement identique aux tumeurs séreuses avec en plus:

1. Indication voie d'abord **laparotomique** plus large car tumeur volumineuse, en évitant la rupture
2. En cas de traitement conservateur, **privilégier l'annexectomie à la kystectomie** (si annexe controlatérale présente et normale)
3. En cas de **tumeur bilatérale ou d'atteinte péritonéale** : **bilan digestif** (coloscopie et fibro gastrique et écho-endoscopie haute)
4. Indication de **chirurgie de restadification péritonéale** (si non réalisée initialement) en cas de composante de carcinome intra-épithélial associé et/ou de microinvasion stromale associée
5. **Appendicectomie** systématique dans le cadre de la restadification (en cas de tumeur de type intestinal) à discuter
6. En cas **d'atteinte péritonéale**, discuter le cas avec un **pathologiste référent** car situation rare
7. Si **pseudomyxome péritonéal** associé, discuter **résection péritonéale complète et CHIP dans le même temps opératoire**

*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 borderline mucineuse

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

Ménopause après tumeur borderline mucineuse

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*

Surveillance après traitement

Surveillance	Année 1-3	de 4 à 5 ans	Après 5 ans***
Examen clinique, biologie (marqueurs)	/ 4 à 6 mois*	/ 6 mois	/ an
Echographie pelvienne et abdominale**	/ 4 à 6 mois*	/ 6 mois	/ an

* en fonction du stade initial de la maladie (et du type d’implants péritonéaux)

** en cas de traitement conservateur ou en cas de stade avancé

*** surveillance des implants à prolonger au-delà de 10 ans (IRM à discuter en option)

*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*