



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

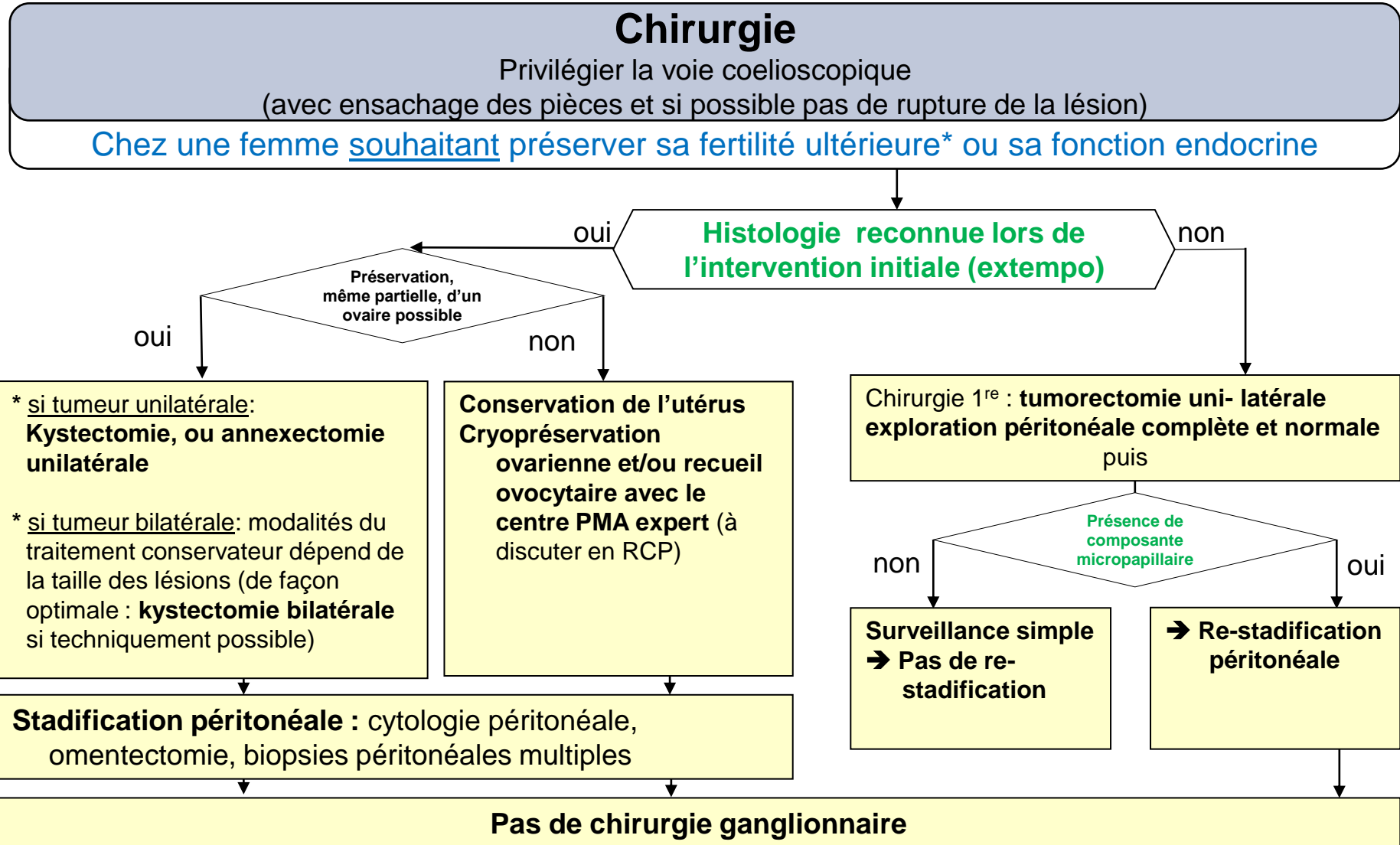
Toute tumeur maligne rare de l'ovaire fait l'objet d'une déclaration systématique dans le Réseau national des tumeurs malignes rares de l'ovaire de l'INCa. Il est recommandé que la prise en charge soit discutée dans le cadre d'une RCP TMRG dont la liste est accessible sur le site internet dédié www.ovaire-rare.org



Tumeurs borderline

Tumeur frontière séreuse de l'ovaire

Tumeur de stade I macroscopique



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

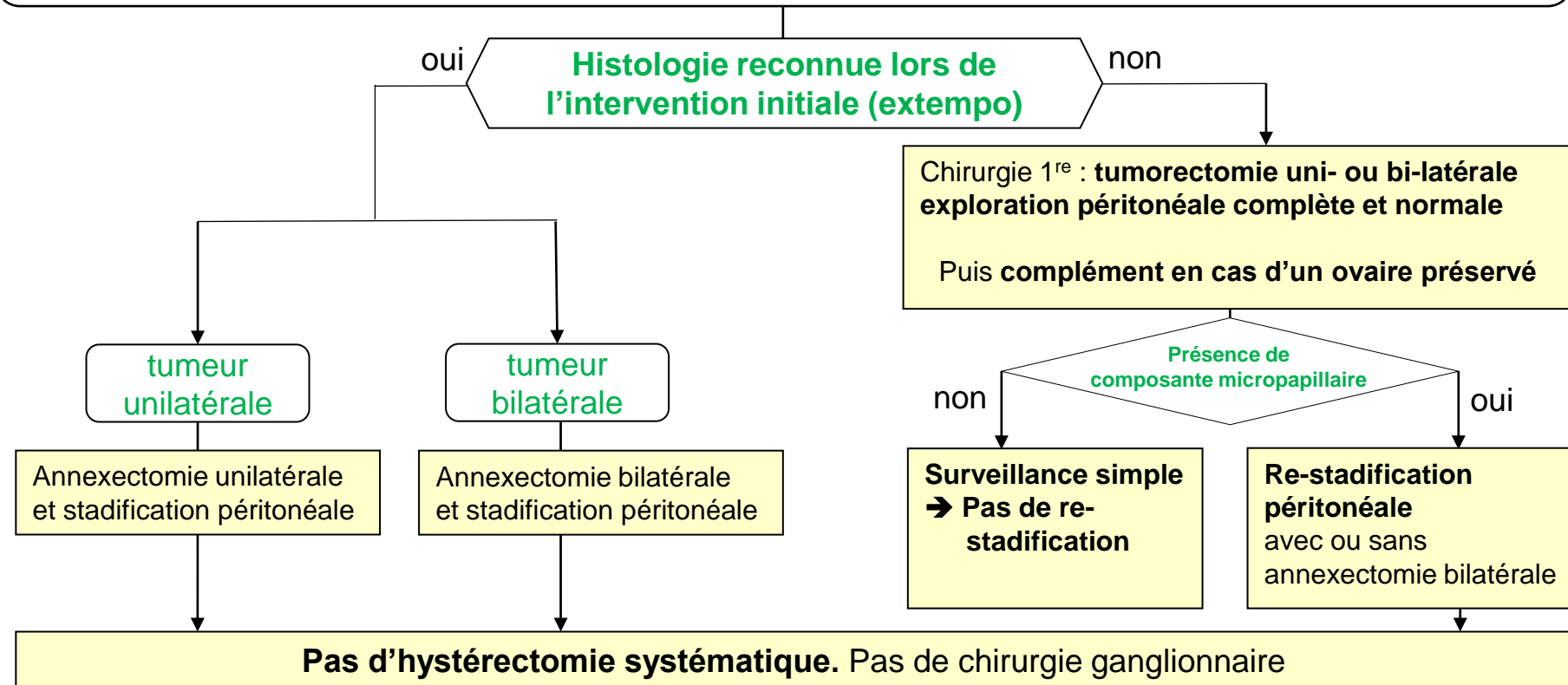
* avis de consultation de fertilité



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 re-stadification



Tumeurs borderline Tumeur frontière séreuse de l'ovaire

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*

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)

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

Implants péritonéaux invasifs

- Chimiothérapie adjuvante à discuter 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)



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

Patiente antérieurement traitée pour une t. borderline et présentant une récurrence

Absence d'implants, de contingent
micropapillaire ou de microinvasion sur
la tumeur initiale

Stratégie de préservation de la
fertilité (avec éventuelle stimulation) doit être
discutée au cas par cas en RCP dans le
cadre du réseau TMRO

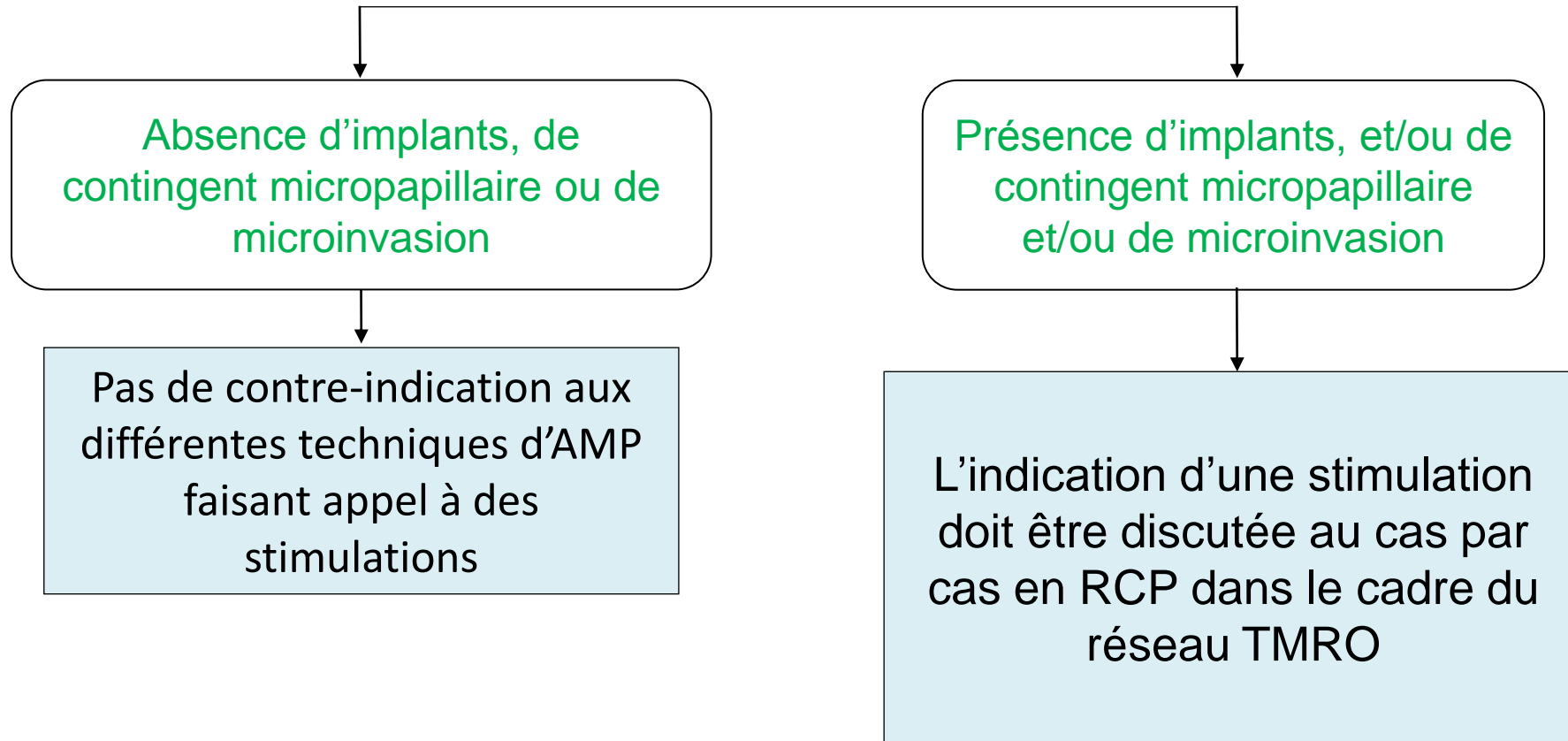
Présence d'implants, et/ou de
contingent micropapillaire et/ou de
microinvasion sur la tumeur initiale

Une préservation de la
fertilité faisant appel à une stimulation est
contre-indiquée

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 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

*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*