

Tumeurs de l'ovaire

Dr : kaoula

Rappel anatomique, histologique et fonctionnel :

*Anatomie :

- Les ovaires au nombre de 2
- Situés de chaque côté du corps de l'utérus
- Leur forme est en amande
- Ils mesurent chacun : 4x2x0.8 cm et pèsent chacun 6-8 g

*Histologie :

- Le stroma (la corticale) :

- *Est fait d'un fin réseau de cellules mésenchymateuses
- *Ces dernières prennent contact avec les ovocytes desquelles, elles ne sont séparées que par 2 ou 3 assises de cellules granuleuses

- La médullaire :

- *Est constituée par une trame conjonctive lâche
- *Elle contient les vaisseaux, nerfs, les résidus embryonnaires

L'ovaire est revêtu par une membrane épaisse dite albuginée tapissée elle-même par un épithélium germinale et cœlomique (rôle de protection)

*Fonction :

- L'ovaire est sous le contrôle de l'axe hypothalamo-hypophysaire.
- Il est stimulé par les hormones pituitaires (FSH, LH) qui jouent un rôle dans la maturation des follicules et commandent par conséquent les sécrétions des œstrogènes et de la progestérone.

Généralités :

- Parmi les néoplasmes viscéraux, les tumeurs de l'ovaire se distinguent par leur grande complexité et leur variété
- La tumeur ovarienne quelle que soit sa nature, est exposée à des complications diverses :
 - * Hémorragies
 - * Nécroses
 - * Réaction inflammatoire
 - * Essaimage péritonéale

Les classifications des tumeurs ovariennes sont nombreuses, mais aucune n'est satisfaisante, et c'est **la classification histogénétique de l'OMS** que nous adoptons

Classification

❖ **Tumeurs épithéliales** : sont de loin les plus fréquentes

✚ **Tumeurs séreuses** :

1- Tumeurs bénigne ou <cystadénome séreux>

- ✓ Fréquence : 20% des tumeurs bénignes
 - ✓ Age : 30 – 40 ans
 - ✓ Clinique : signes d'une masse pelvienne : Douleur / Pesanteur / Compression / Tuméfaction ...
- **Macroscopie** :
 - ✓ Formation kystique arrondie de taille variable
 - ✓ Uni/pluri loculaires (plusieurs cavités)
 - ✓ A paroi lisse : cystadénome simple
 - ✓ Ou avec des végétations : cystadénome papillaire
 - ✓ Kyste est remplie par un liquide : séreux, filant, peu coloré.
 - **Histologie** : la paroi kystique est :
 - ✓ Fibreuse
 - ✓ Fine
 - ✓ Bordée par des cellules cubiques ou aplaties, ciliées, régulières
 - ✓ Ces cellules sont SANS atypies cytonucléaires
 - **Evolution / pronostic / traitement** :
 - ✓ La croissance est lente avec des signes de compression des organes voisins
 - ✓ La tumeur s'accompagne fréquemment d'ascite (compression) par défaut de drainage lymphatique
 - ✓ Le traitement est chirurgical

2- Tumeur séreuse < borderline>/ Tumeur frontière ou semi maligne :

- **Macroscopie** :
 - ✓ Identique au cystadénome, MAIS avec une toile de végétations **épaisses** et trapues
- **Histologie** :
 - ✓ L'épithélium est pseudo stratifié
 - ✓ Atypies cyto-nucléaires **modérées**

3- Cystadénocarcinome séreux : la plus fréquente des tumeurs ovariennes 40%

- ✓ Elles sont bilatérales dans 50% des cas
- ✓ Age : entre 40-50 ans

- **Macroscopie :**
 - ✓ Tumeur de taille variable
 - ✓ Tumeur multiloculaire
 - ✓ Mi solide mi kystique, avec de larges zones de nécrose et d'hémorragies
 - ✓ Les végétations papillaires soit : endokystiques : endophytiques / **exokystiques** : **exophytiques (critère majeure de malignité)**
- **Microscopie :**
 - ✓ Les parois kystiques et les végétations sont revêtues d'un épithélium riche en atypies cytonucléaires et mitotiques fréquentes
 - ✓ **Le parenchyme ovarien et l'axe des papilles sont souvent envahis par la tumeur (critère majeure de malignité)**
- **Pronostic :** 6% de survie à 5 ans

✚ **Tumeurs mucineuses** : moins fréquentes que les séreuses

1- Tumeur bénigne ou <cystadénome mucineux >

*Fréquence : 20% des tumeurs bénignes de l'ovaire

*Age : 30-50 ans

- **Macroscopie :**
 - ✓ Tumeur volumineuse ovoïde
 - ✓ A surface lisse
 - ✓ De consistance ferme
 - ✓ Le contenu est gélatineux mucoïde, clair ou **brunâtre (par l'hémorragie)**
 - ✓ A la coupe : aspect uni/multi/ loculaire
- **Microscopie :**
 - ✓ Kyste tapissé d'un épithélium cylindrique muco sécrétant
 - ✓ SANS atypies cyto nucléaires
 - ✓ Ce kyste peut se rompre dans le péritoine donnant ce qu'on appelle le pseudomyxome péritonéal
- **Pronostic :**
 - ✓ Favorable si exérèse avant rupture
 - ✓ Après une rupture, l'évolution se fait dans 50% des cas vers la malignité

2- Cystadénome mucineux <borderline> :

*Tumeur identique à la tumeur bénigne

*Avec présence de végétations qui sont **épaisses**

*Ces végétations sont bordées par un épithélium pluristratifié portant des atypies cytonucléaires **modérées**

3- Cystadénocarcinome mucineux :

*Moins fréquent que le cystadénocarcinome séreux

*10% des cas de tumeurs malignes ovariennes

*Bilatéral dans 20% des cas

*Age : 35 ans

- **Macroscopie :**
 - ✓ Tumeur volumineuse
 - ✓ De consistance : mi solide, mi kystique
 - ✓ Multi loculaire avec des zones de nécrose et d'hémorragie
 - ✓ Les végétations sont endo et exophytiques
 - ✓ Le contenu est gélatineux mucoïde

- **Microscopie :**

Dans les formes bien différenciées :

- ✓ Les cellules ressemblent à celles du cystadénome mais
- ✓ Les noyaux sont plus gros, hyper chromatiques,
- ✓ Mitoses anormales sont fréquentes

Dans les formes peu ou moyennement différenciées :

- ✓ Noyaux irréguliers, fortement nucléolés, très mitotiques
- ✓ Sécrétion mucoïde diminue nettement

NB : les tumeurs épithéliales ovariennes (séreuses/ mucoïdes) peuvent coexister qu'elles soient bénignes ou malignes, réalisant un aspect séromucoïde

+ Tumeur endométrioïde :

1- Tumeur bénigne ou <endométriome> :

- Il s'agit plus d'une ectopie des tissus endométriaux que de tumeurs primitives
- Elle est diagnostiquée chez la femme en activité génitale
- **Macroscopie :** il s'agit d'une formation :
 - ✓ Nodulaire
 - ✓ Kystique
 - ✓ Bleutée
 - ✓ De taille variable
- **Microscopie :**
 - ✓ La lésion est faite de tubes glandulaires entourés de chorion cytogène

2- Adénocarcinome endométrioïde :

- Intérêt : 21% des tumeurs malignes ovariennes
- Bilatéral dans 25%
- Age : 30-50 ans
- **Macroscopie :**
 - ✓ Tumeur de taille modérée
 - ✓ Consistance mi solide mi kystique
 - ✓ Avec nécrose et hémorragie
 - ✓ Et végétations **exophytiques**
- **Microscopie :** L'aspect varie selon le degré de différenciation.
 - ✓ Dans les formes bien différenciées : aspect identique à celui de l'adénocarcinome de l'endomètre bien différencié.

- ✓ Dans les formes moins différenciées, les structures glandulaires sont plus rares
- **Pronostic** : en fonction de la différenciation. 50% de survie à 5 ans.

✚ **Tumeur de Brenner :**

- Fréquence : 0,5% des tumeurs ovariennes.
- Age : vers 50 ans
- Tumeur bénigne rare qui évolue exceptionnellement vers la malignité
- **Macroscopie** :
 - ✓ Arrondie
 - ✓ De taille variable : 3-30 cm de diamètre (comme une grossesse à terme)
 - ✓ Consistance ferme
 - ✓ Couleur grise-jaunâtre
 - ✓ Tranche de section montre un aspect fasciculé
 - ✓ 10% des cas kystique, 80% non kystique
- **Microscopie** :
 - ✓ Elle est faite d'îlots épithéliaux le plus souvent de type paramalpighien
 - ✓ Ces îlots dispersés dans un stroma fibreux abondant, fasciculé (présence de faisceaux entre croisés, tourbillonnants, réalisant l'aspect fasciculé)

✚ **Carcinome à cellules claires (mésonephrome) :**

- Tumeur rare
- Faite de cellules claires comportant :
 - ✓ Cytoplasme abondant
 - ✓ Gros noyau faisant saillie dans la lumière donnant un aspect dit (en clou de tapissier)

Critères macroscopiques et microscopiques de malignité des tumeurs épithéliales ovariennes :

- **Macroscopiques** :
 - ✓ Végétations exophytiques
 - ✓ Consistance mi kystique mi solide
 - ✓ Nécrose et hémorragie
 - ✓ Bilatéralité
- **Microscopiques** :
 - ✓ Atypies cytonucléaires et mitoses anormales
 - ✓ Infiltration de l'axe des papilles et du parenchyme ovarien adjacent

❖ **Tumeurs du stroma et des cordons sexuels :**

✚ **Tumeur de la granulosa :**

- Fréquence : 1-7 % des tumeurs ovariennes
- Bilatérales dans 10% des cas
- Age : à tout âge, mais surtout après la ménopause. Il existe la tumeur de la granulosa juvénile
- **Macroscopie** :
 - ✓ Masse ovoïde / arrondie
 - ✓ De taille variable

- ✓ Consistance molle
- ✓ Couleur gris-jaunâtre
- ✓ Comportant des zones de nécrose et d'hémorragie
- **Microscopie** : il s'agit d'une prolifération de cellules granuleuses pouvant prendre plusieurs aspects architecturaux :
 - **Formes bien différenciées** : peuvent être :
 - ✓ Micro folliculaire : avec de nombreuses rosettes de Call-Exner.
 - ✓ Macro folliculaire : plusieurs rosettes limitant une cavité
 - ✓ Trabéculaire : 2 assises
 - **Formes peu différenciées** :
 - ✓ Aspect gyriforme (en carte géographique) ou diffus
- **Evolution/ Pronostic** :
 - ✓ Tumeurs malignes d'évolution lente
 - ✓ Evolution est fonction du degré de différenciation et surtout de l'encapsulation

✚ **Tumeur fibrothécales** :

1- Thécome :

- Représente 1% des tumeurs ovariennes
- Apparaît vers et après la ménopause
- Sécrète les œstrogènes

• **Macroscopie :**

- ✓ Tumeur bien limitée mais non encapsulée de 0,5 – 8 cm de diamètre
- ✓ Couleur brune, grisâtre et orangée

• **Microscopie :**

- ✓ Composée d'éléments fusiformes pales agencés en faisceaux
- ✓ Il peut s'y associer des cellules granuleuses

• **Pronostic :**

- ✓ Tumeur bénigne
- ✓ 2% évoluent vers la malignité
- ✓ Peut être associée après la ménopause à un cancer de l'endomètre

2- fibrothécome (fibrome) :

- Fréquence : 5% des tumeurs ovariennes
- Age : après la ménopause

• **Macroscopie :**

- ✓ Tumeur de taille variable
- ✓ Consistance ferme
- ✓ Tranche de section blanchâtre fasciculée

• **Microscopie** : prolifération de fibroblastes agencés en faisceaux

Androblastome (arrhénoblastome) tumeur à cellule de Sertoli et de Leydig :

- Fréquence : 0,4% des tumeurs ovariennes
- Virilisante
- Bilatérale dans 10% des cas
- Age : 20-40 ans. Rare avant la puberté
- **Macroscopie :**
 - ✓ Tumeur solide
 - ✓ Arrondie
 - ✓ Parfois encapsulée
 - ✓ Toujours bien délimitée
 - ✓ Taille varie entre 1-15 cm de diamètre
- **Microscopie :**
 - ✓ Composée soit de cellules de Leydig / Sertoli
- **Pronostic :**
 - ✓ Varie en fonction de la différenciation
 - ✓ Les tumeurs sont malignes dans 30-40 % des cas

Gynandroblastome :

- Tumeurs très rares
- Composées de cellules granuleuses + Sertoli et de plages blastémateuses, soit des plages sacromateuses.
- **Pronostic :**
 - ✓ Malin, c'est une tumeur hormonosécrétante selon les cas
 - ✓ Elle peut sécréter des androgènes et/ou des œstrogènes

❖ Tumeurs germinales :

- Représentent 15% des tumeurs ovariennes

Séminome (dysgerminome) :

- C'est la réplique du séminome testiculaire
- Constitue 5% des tumeurs ovariennes
- Bilatérale dans 15% des cas
- Survient avant 30 ans
- **Macroscopie :** la prolifération est composée de :
 - ✓ Grande cellules claires
 - ✓ Centrées d'un gros noyau, rappellent les cellules germinales primitives
 - ✓ Elles sont agencées en nappes ou en travées séparées par un stroma fibreux riche en lymphocytes
- **Pronostic :**
 - ✓ Tumeur hautement maligne
 - ✓ Mais radiosensible
 - ✓ 35-95 % de survie à 5 ans, lorsque la tumeur est bien encapsulée

+ Choriocarcinome :

- Rarement primitive au niveau de l'ovaire
- Il s'agit presque toujours, d'une extension (métastase) d'un choriocarcinome utérin (placenta)
- Tumeur hautement maligne
- Composée de cellules trophoblastiques (cytotrophoblaste et syncytiotrophoblaste) qui peuvent être éparées / ou groupées en lobules dans des flaques de sang.
- **SANS AUCUNE structure villositaire**

+ Tératomes : composés de tissus provenant des 3 feuilletts embryonnaires : ecto/méso/endo dermes.

1- **Tératomes bénins matures : exemple : le kyste dermoïde (le tératome mature pluritissulaire)**

- ✓ Tumeurs kystiques le plus souvent
- ✓ **A la coupe** : un contenu sébacé mélangé à des poils, pouvant contenir des dents, un œil, thyroïde, de l'os
- ✓ **Histologiquement** : on retrouve des tissus adultes matures provenant des différents tissus embryonnaires

2- **Tératomes cancérisés :**

- ✓ Tératome mature au sein duquel, un des constituants tissulaires a subi une cancérisation au même titre qu'un tissu normal de l'organisme. Exemple : développement d'un carcinome épidermoïde sur un kyste dermoïde
- ✓ Les tumeurs matures ont un très bon pronostic, **2% malignité** (+ souvent à partir des structures **Malpighiennes**)

3- **Tératomes immatures :**

- ✓ Rare
- ✓ Exceptionnellement bilatéral
- ✓ Apparaît chez la femme jeune et âgée
- ✓ La tumeur (solide ou / kystique) comporte des tissus incomplètement différenciés : à l'état embryonnaire immatures
- ✓ Ces tératomes peuvent être mixtes : composante mature + immature
- ✓ **Pronostic** est celui du tératome immature et ce sont des tumeurs de **mauvais pronostic**

+ Autres tumeurs germinales :

- Carcinome embryonnaire
- Polyembryome
- Tumeurs du sinus endodermique : tumeurs vitellines

❖ **Tumeurs des tissus mous non spécifiques :**

- Peuvent être bénignes ou malignes
- Lymphome malin qui infiltre les O2 ovariens : lymphome de Burkitt chez la fillette
- Egalement on peut trouver un hémangiome ou un angiosarcome...

❖ **Tumeurs secondaires :**

- Constituent 7% des tumeurs ovariennes
- Peuvent prendre plusieurs aspects anatomo-cliniques :
 - ✓ Greffe ovarienne superficielle
 - ✓ Nodule métastatique hilair/ou cortical
 - ✓ **La plus dangereuse : Tumeur diffuse ou Tumeur de Krukenberg**

Tumeur de krukenberg :

- ✓ Souvent **bilatérale dans 80%** des cas.
- ✓ 80% des cas : elle est secondaire à un carcinome digestif dont la localisation gastrique paraît la plus fréquente.
- ✓ Tumeur faite de cellules mucipares : en <bague à chaton> et du stroma ovarien hyperplasique ou sarcomatoïde.