

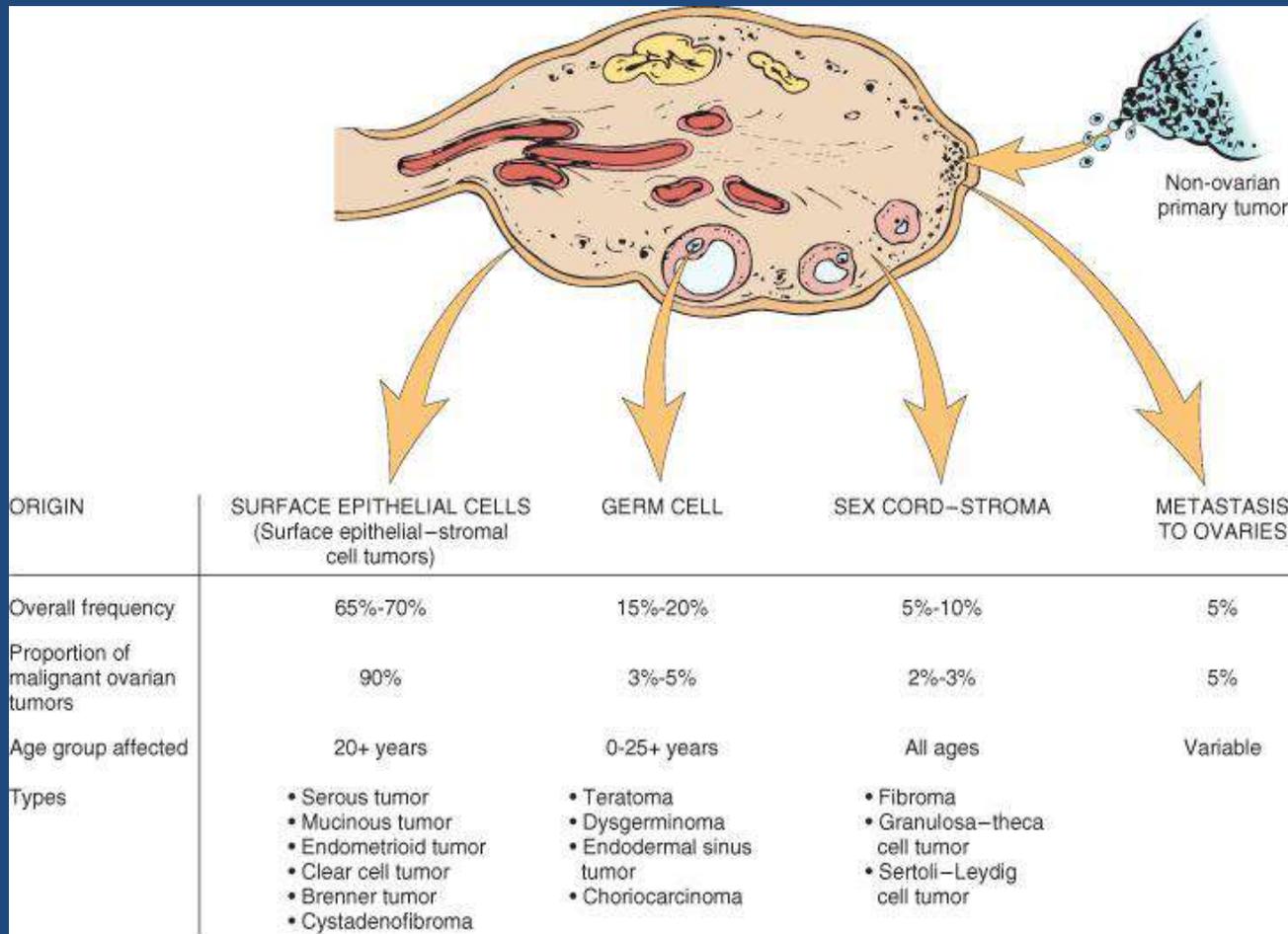
Tumeurs de l'ovaire

Pr.N.ECHCHAOUI-HADJI

5 ème année de médecine
Faculté d'Annaba
2019-2020

nadia.hadji70@gmail.com

Tumeurs de l'ovaire



Intérêt de la question :

- Gravité : mortalité élevée à cause du retard diagnostic.
- Diagnostique : difficulté de diagnostic précoce par absence de signes évocateurs.
- Anapath : élément majeur du diagnostic, pronostic des tumeurs ovariennes.
- Thérapeutique : apport de la coelioscopie.
- Pronostic : de nouveaux facteurs pronostics sont à l'étude
exemple : l'anticorps ki67 et her2.
- Dépistage : découverte de gènes impliqués dans la carcinogenèse (perspective dans le dépistage et la prévention des cancers ovariens).

I - Introduction :

- En règle générale les tumeurs de l'ovaire sont des TB
- 5^{ème} cancer de la femme
- 3^{ème} cancer gynécologique
- Pronostic est mauvais (aucun moyen de dépistage, découverte tardive)
- Dominées par les tumeurs épithéliales
- Gènes BRCA 1 et 2 : Responsables de la genèse
- Tumeurs très hétérogènes :
 - Nombre important de tumeurs
 - Origines histologiques différentes

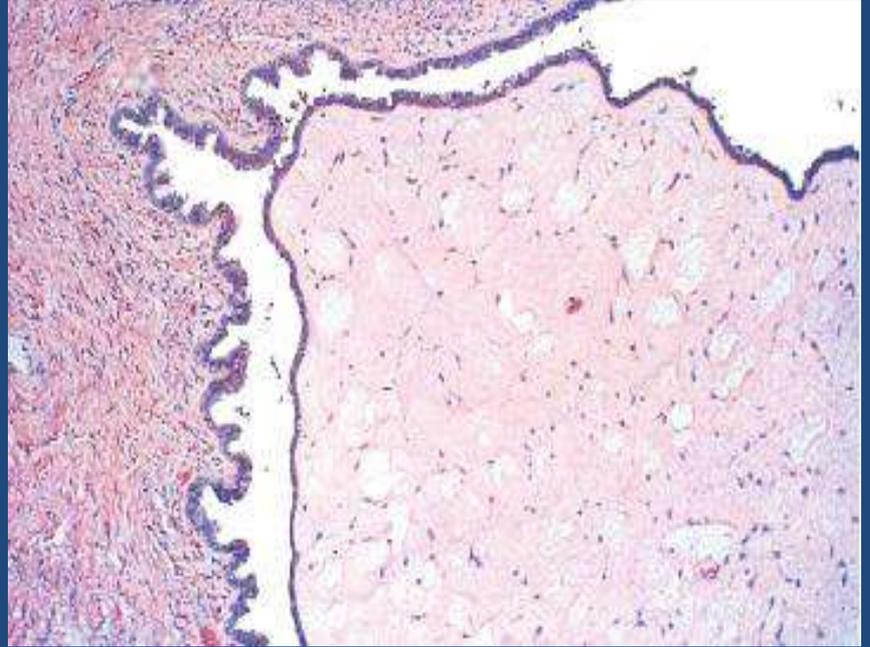
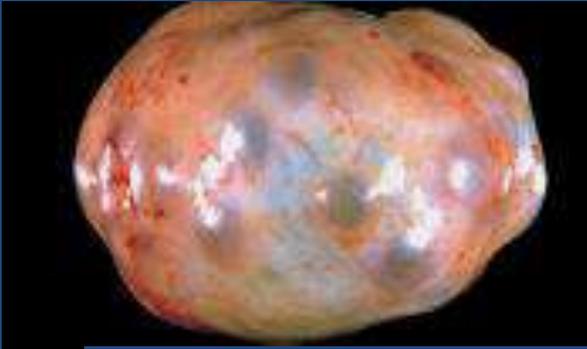
II - Classification histologique :

A - Tumeurs épithéliales :

1/ - Tumeurs séreuses:

a - Tumeurs séreuses bénignes : (cystadénomes séreux)

- * macro: kystes uni ou multiloculaires ,paroi mince,liquide clair ou jaune, taille variable de quelques cm à 20-30 cm de diamètre.
- * micro : paroi fibreuse, tapissée par un revêtement cubique régulier avec présence de cellules cylindriques ciliées (tubaire) et cellules mucosécrétantes

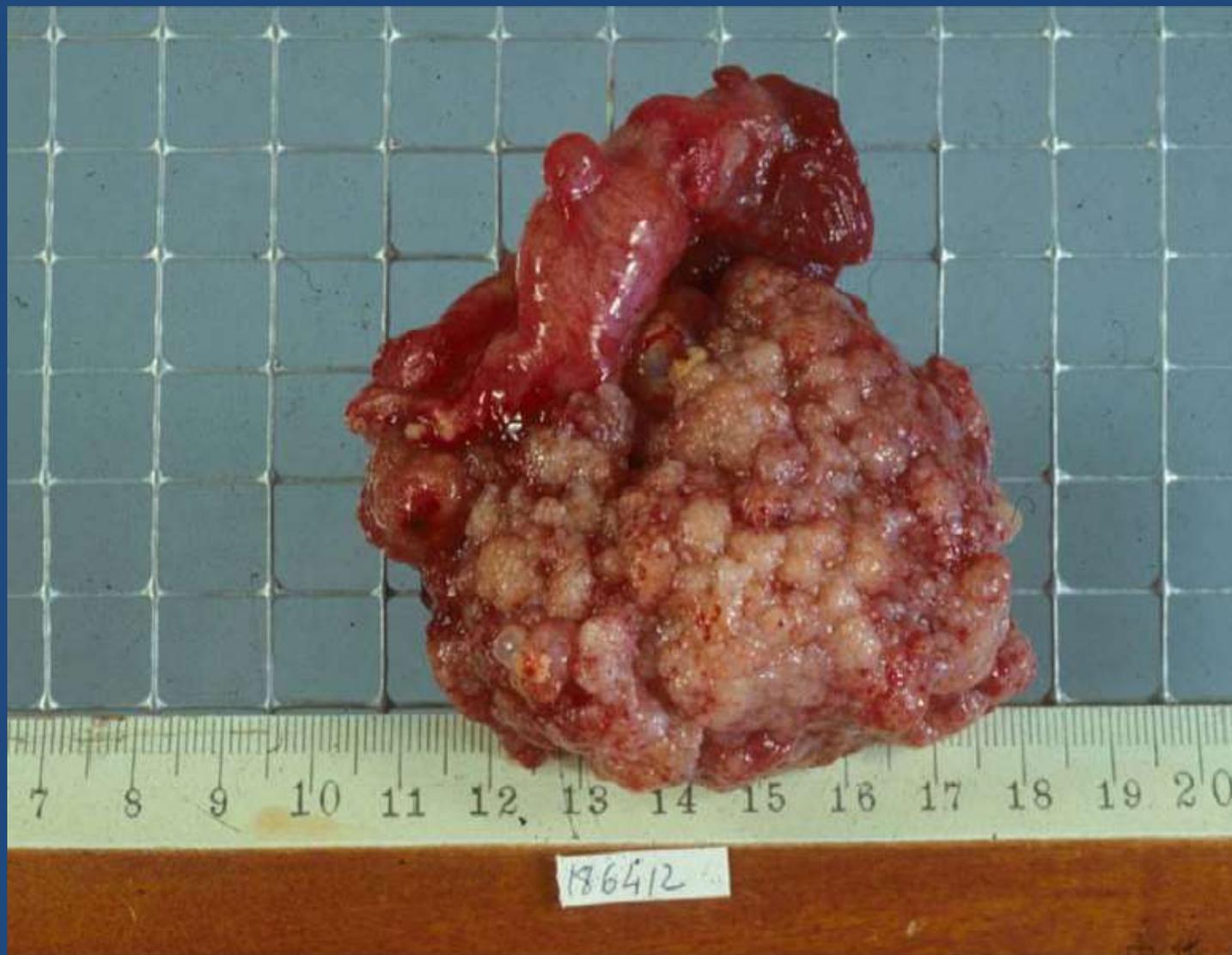


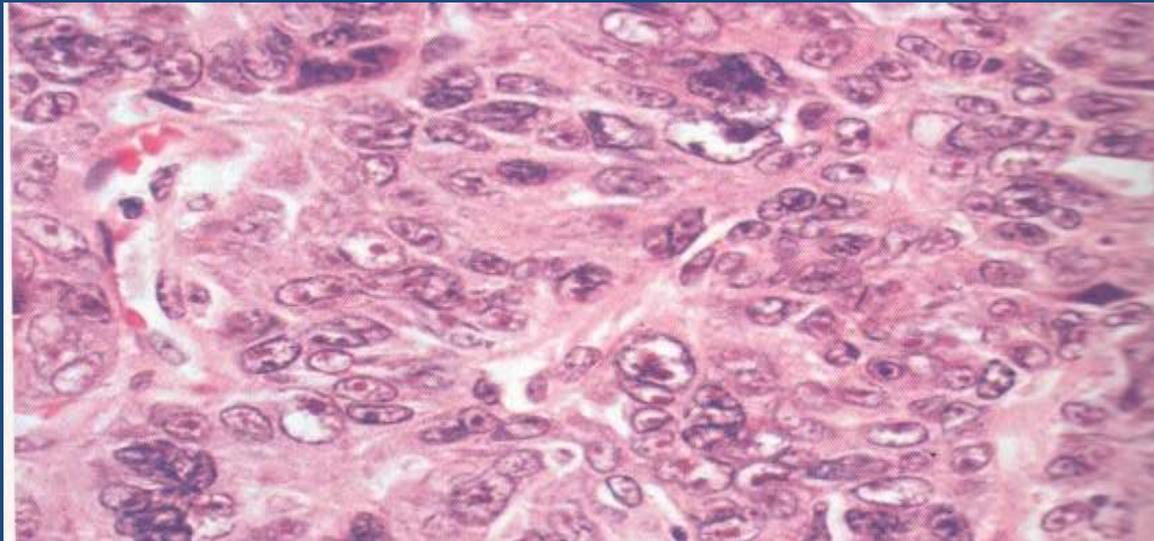
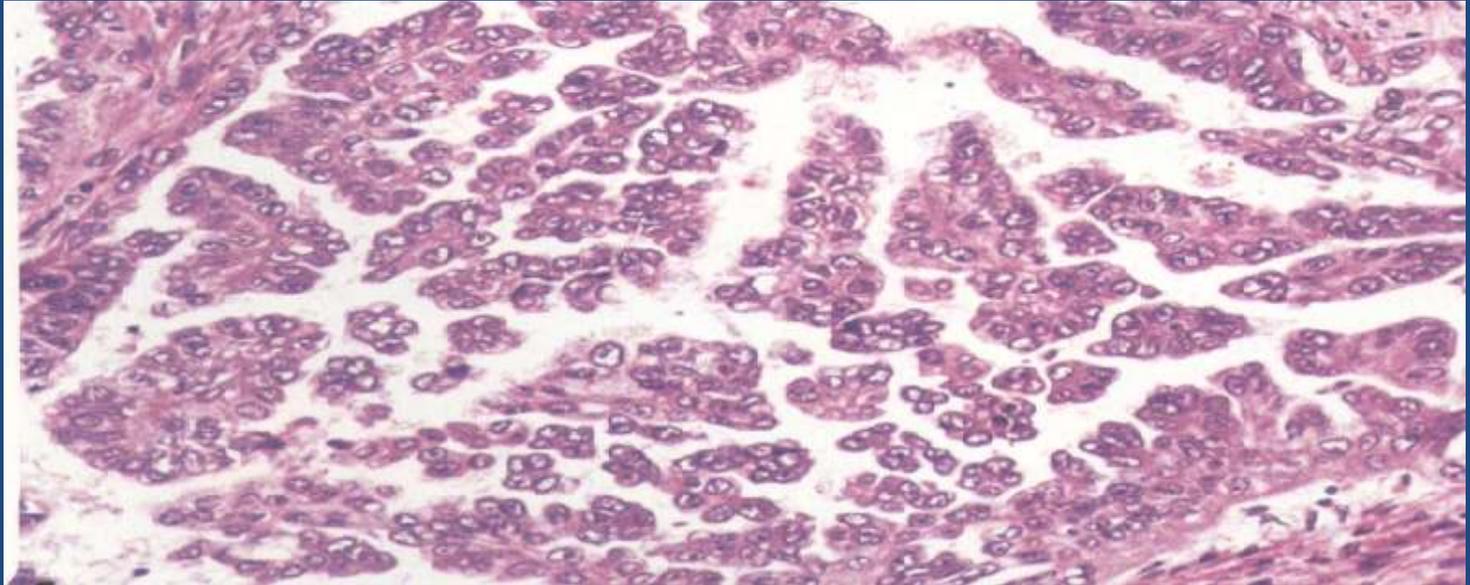
b - Tumeurs séreuses malignes : (cystadénocarcinomes séreux)

- 50 % des tumeurs épithéliales malignes
- bilatérales dans 2/3 des cas.

* macro : tumeur mi-solide, mi-kystique + importants remaniements nécrotiques et hémorragiques.

* micro : structures papillaires, zones solides, cellules atypiques nombreuses mitoses, calcifications peu fréquentes.

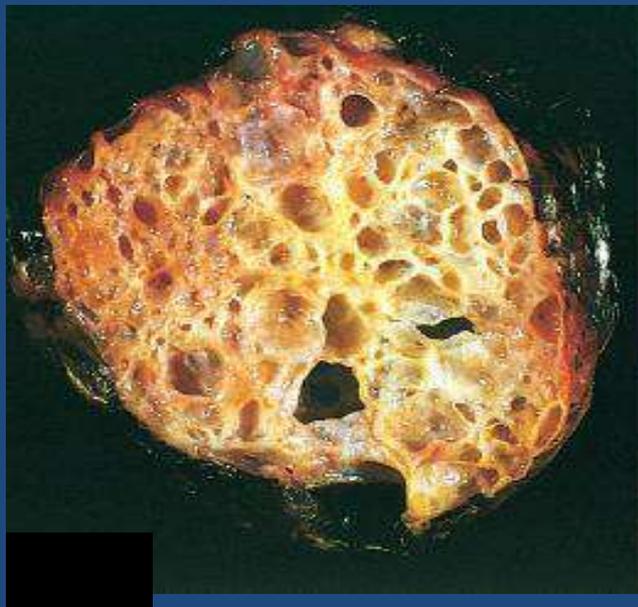


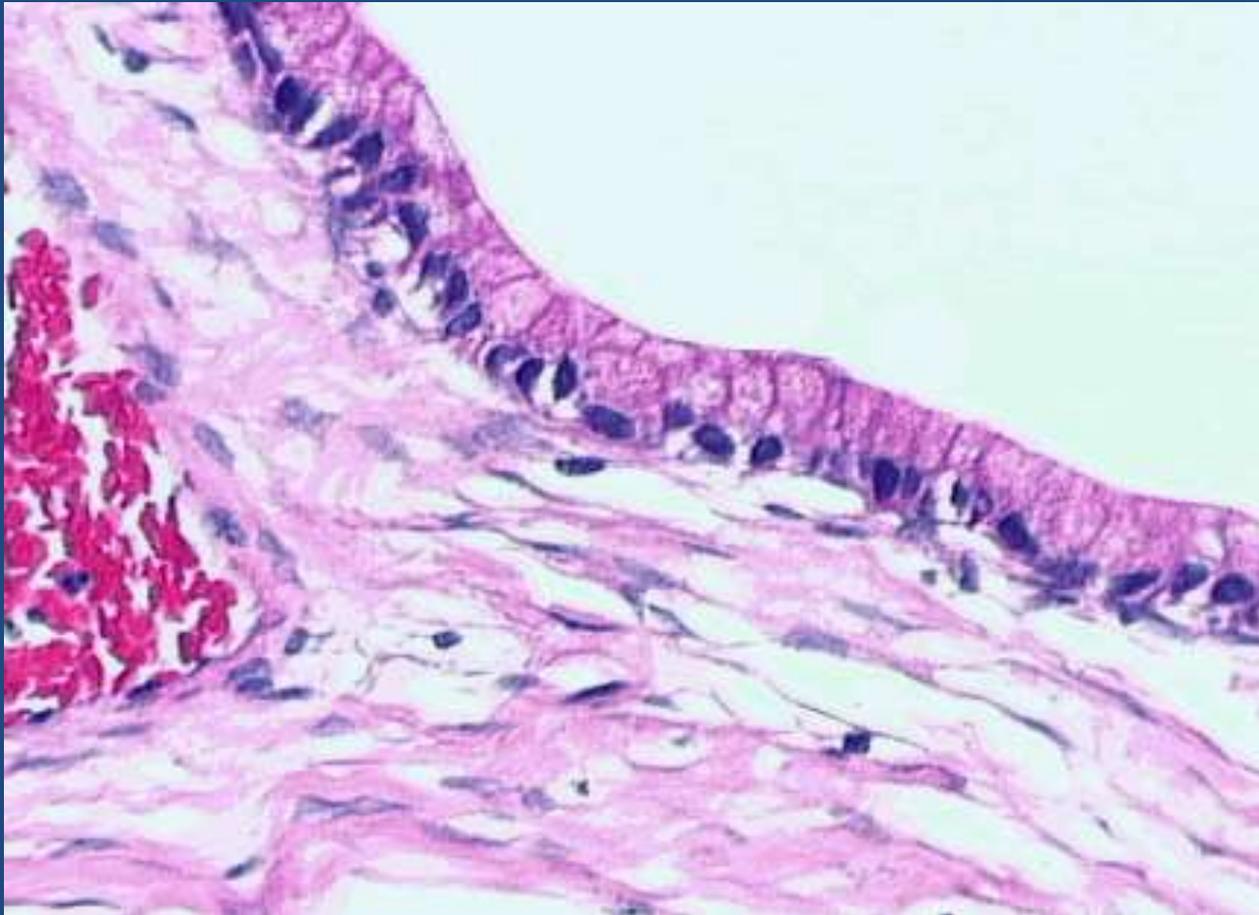


2 - Tumeurs mucoïdes

a- Tumeurs mucoïdes bénignes: (cystadénomes mucineux)

- * macro: kyste de 1 à 50 cm de diamètre, paroi épaisse, consistance molle aspect uni ou multi loculaire (plusieurs cavités) à contenu mucoïde.
 - * micro: épithélium cylindrique haut à noyau basal et à cytoplasme abondant rempli de mucus.
- 2 variantes: entéroïde (intestinal) ou endocervical.

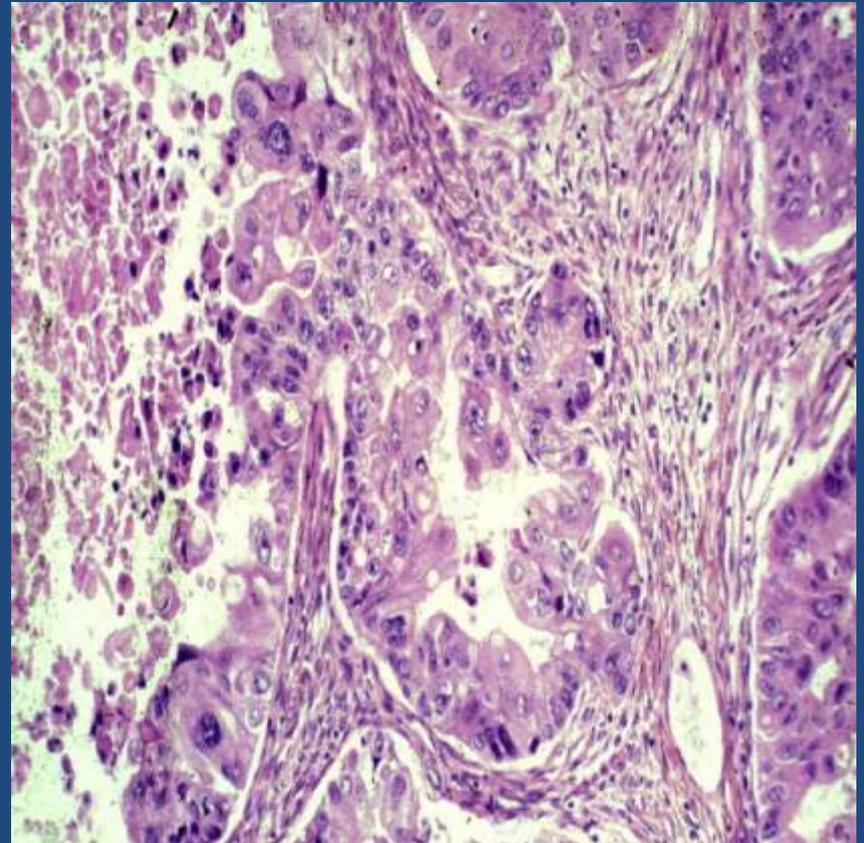
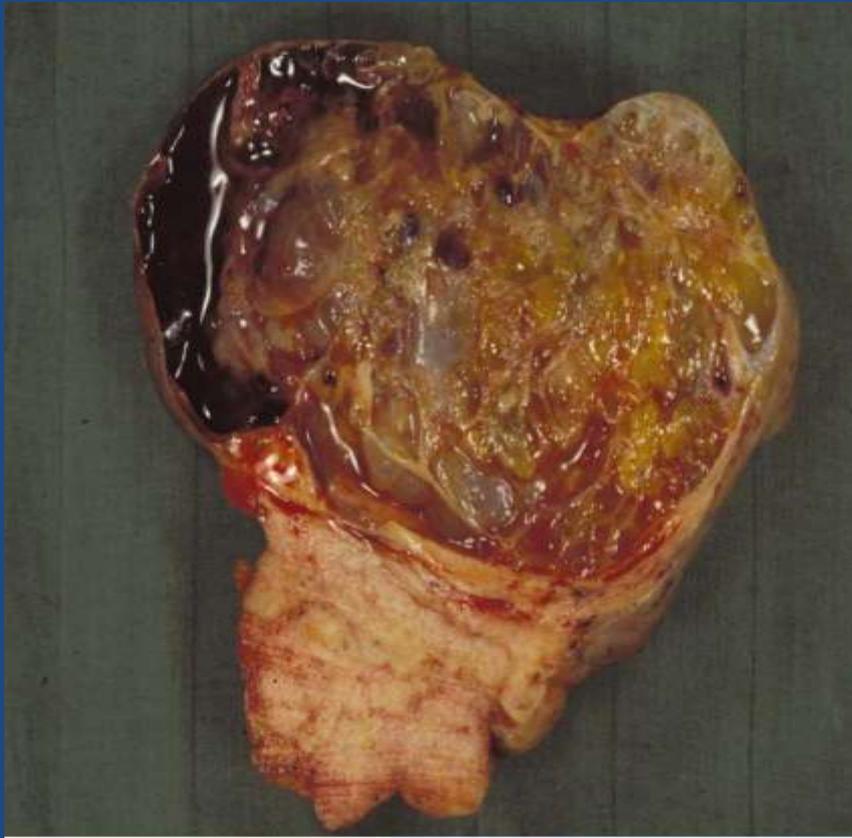




Type entéroide

b - Tumeurs mucineuses malignes (cystadénocarcinomes mucineux) :

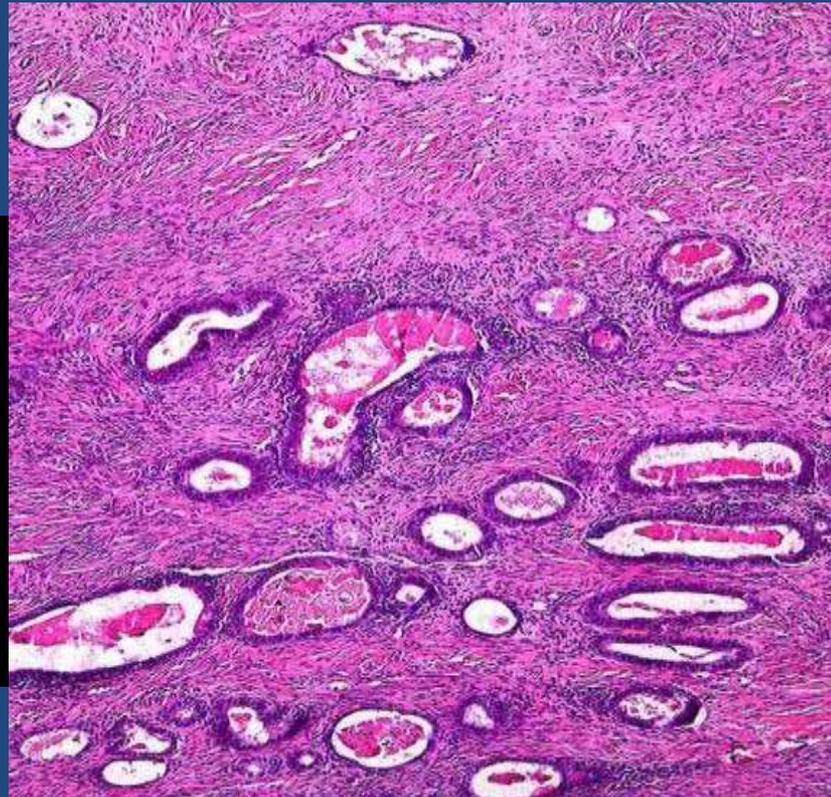
- * macro : tumeur mi-solide, mi-kystique, contenu mucoïde.
- * micro : cellules mucosécrétantes atypiques.



3 - Tumeurs endométrioïdes:

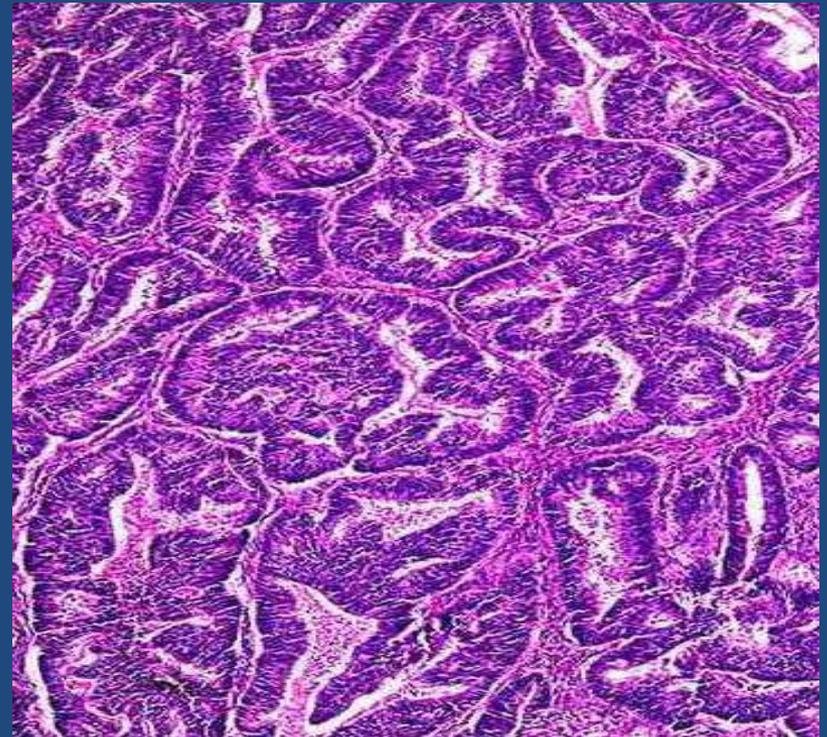
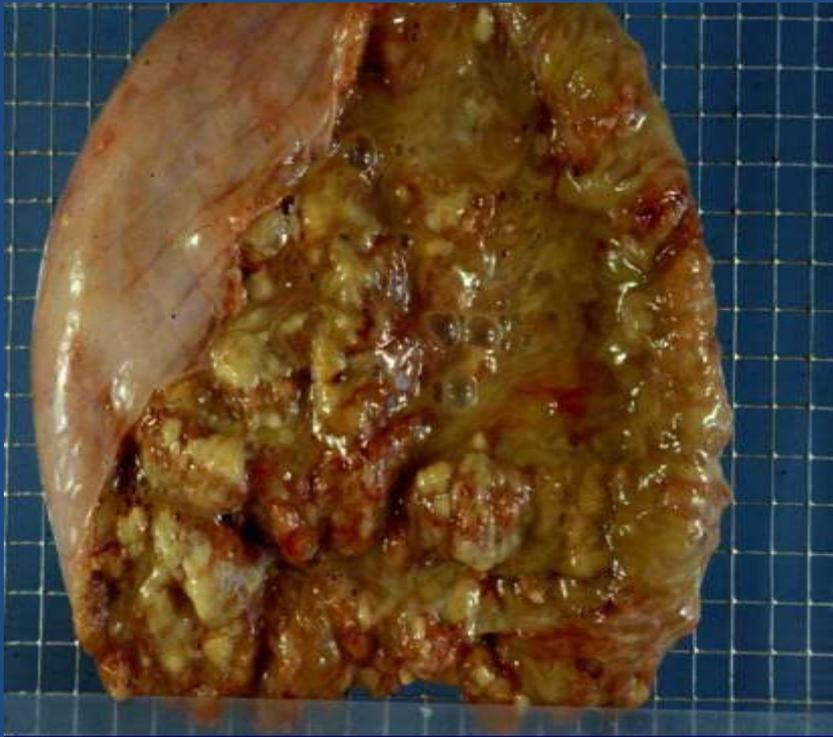
a - tumeurs bénignes: (adénofibromes endométrioïdes)

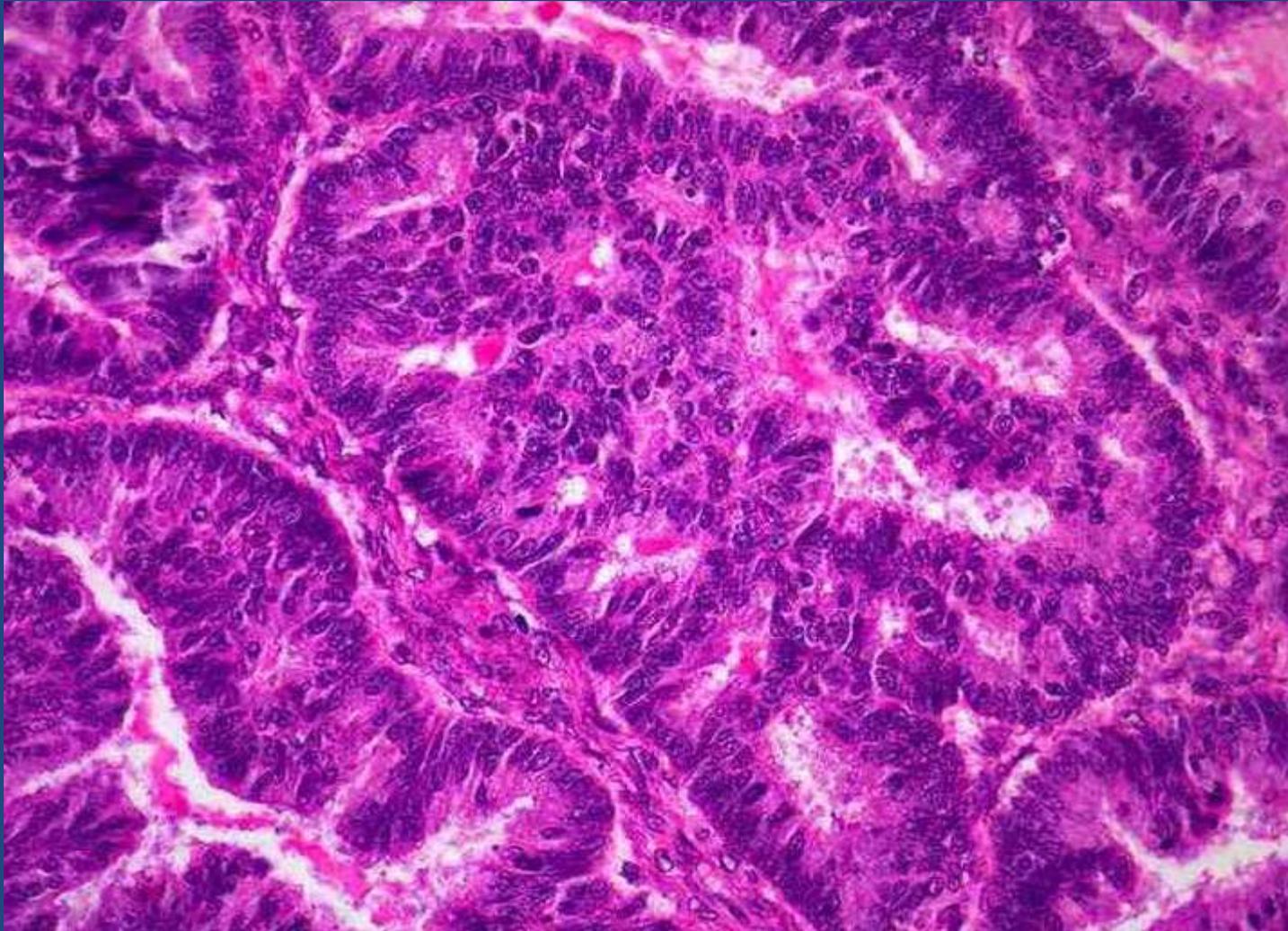
Faites d'un fond fibreux comportant des glandes régulières de type endométrial.



b – Tumeurs endométrioïdes malignes:
(Adénocarcinomes endométrioïdes)

- * macro : tumeurs solides, friables
- * micro : glandes de type endométrioïde atypique, papilles bordées par des cellules irrégulières.

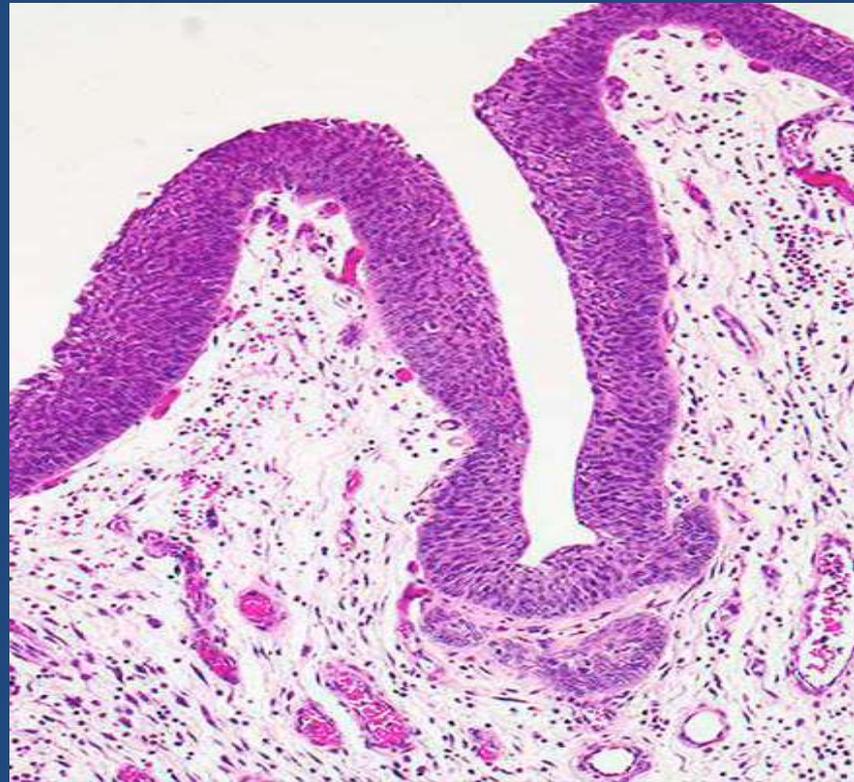




4/ - Tumeur de Brenner :

a- tumeur de Brenner bénigne:

- * macro: tumeur de petite taille 2-8cm, de consistance ferme et pleine, avec des zones kystiques.
- * micro: stroma épais, dense, bordure urothéliale bénigne.

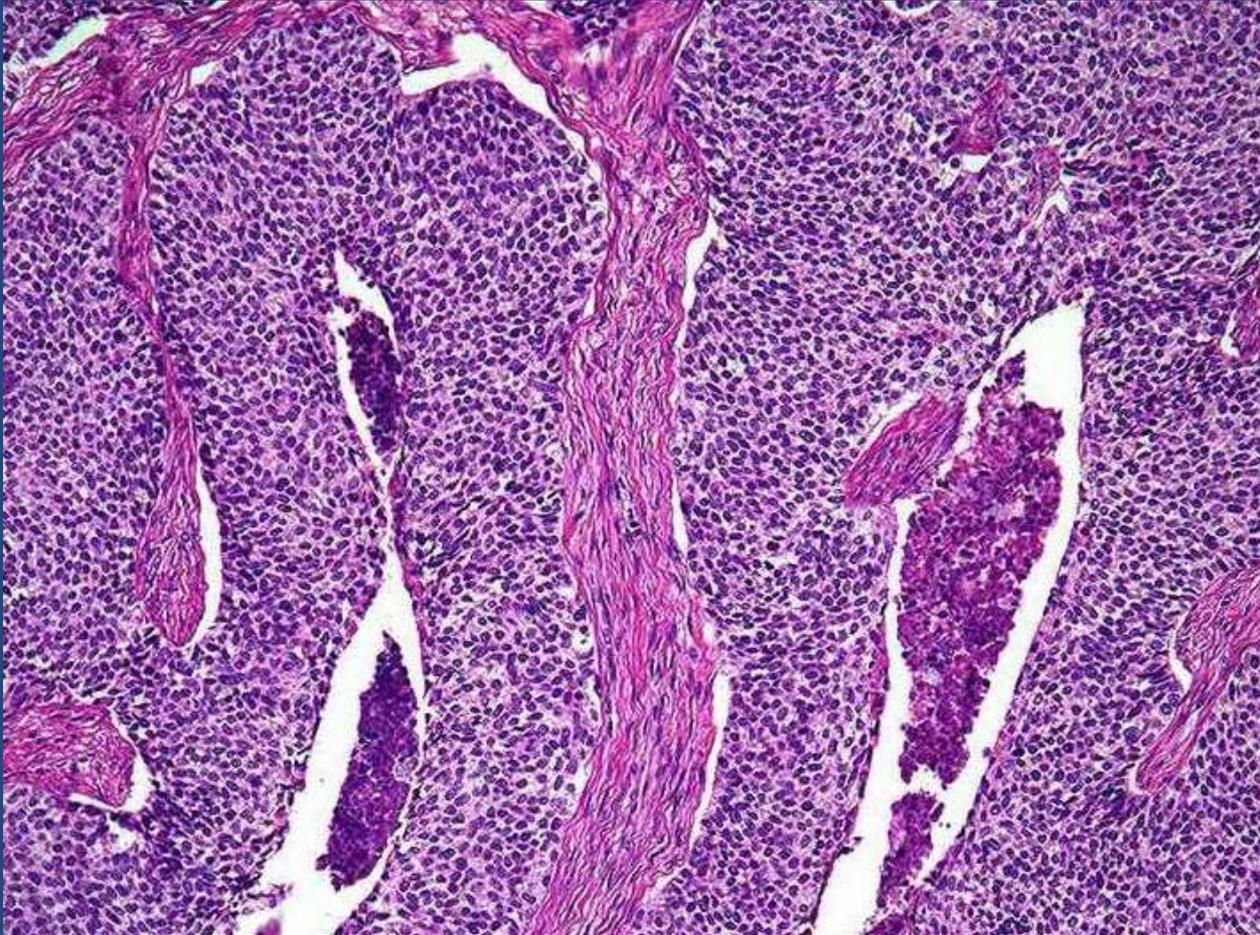


b - Tumeurs à cellules transitionnelles (Tumeur de Brenner maligne) :

* macro : tumeur solide, souvent nécrosée



* micro :
carcinome urothélial infiltrant



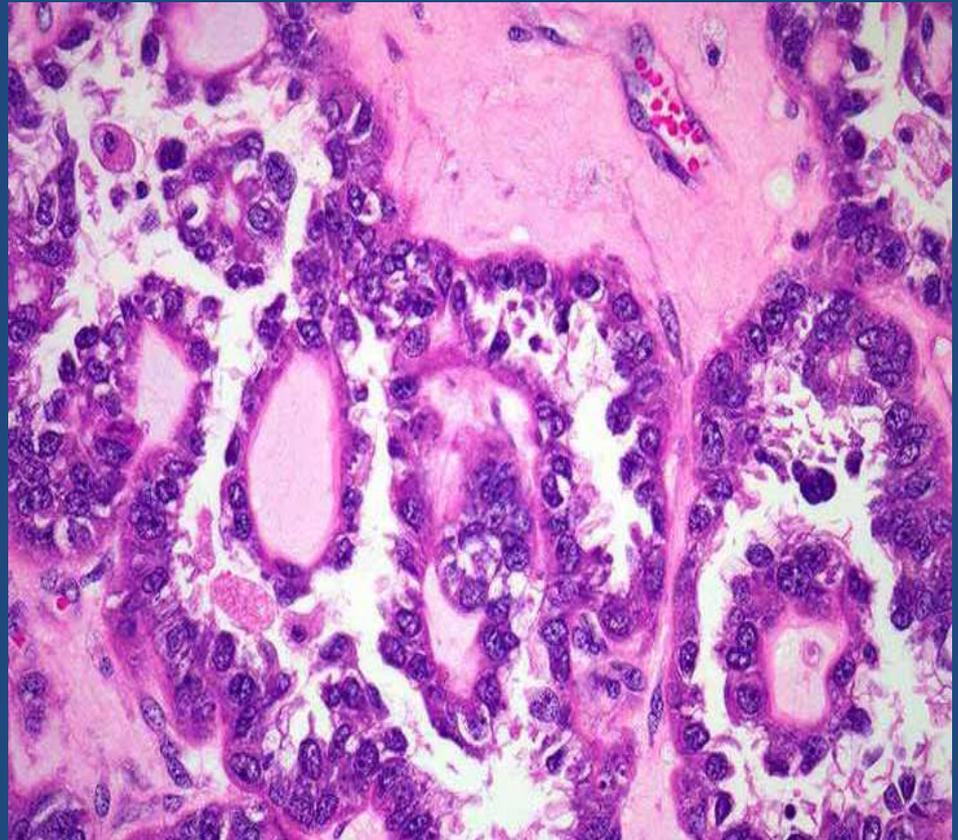
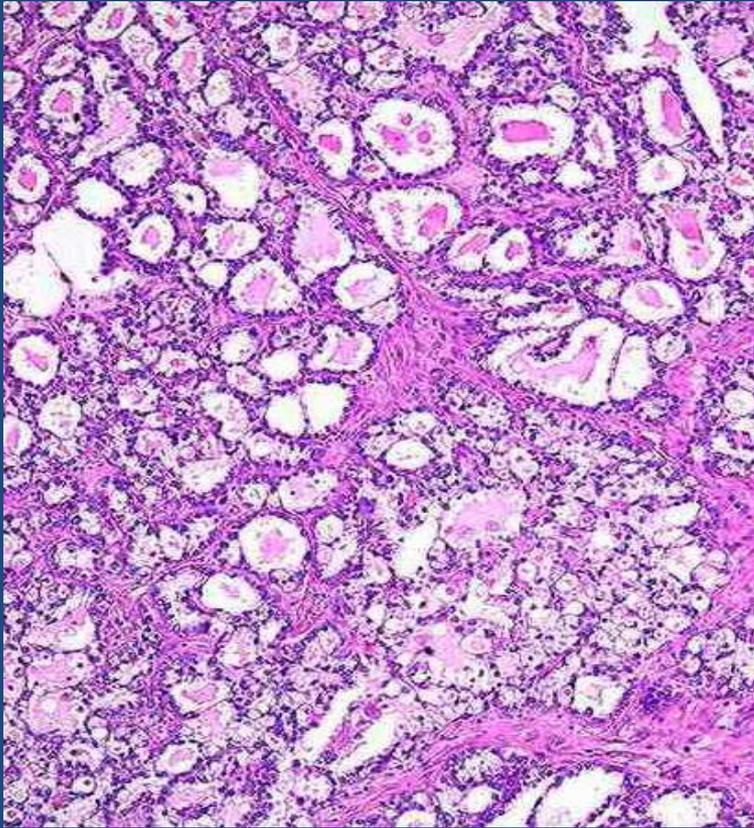
NB :- pour les tumeurs épithéliales, il existe des formes « à la limite de la malignité » (Border line)

- elles constituent des formes **intermédiaires** entre les tumeurs bénignes et malignes
- l'invasion des structures de voisinage n'est pas évidente ou faible,
- pronostic est nettement meilleur que celui des tumeurs malignes

5/ - Tumeurs à cellules claires malignes: (ADK à cs claires)
* macro : tumeur solide + secteurs kystiques.

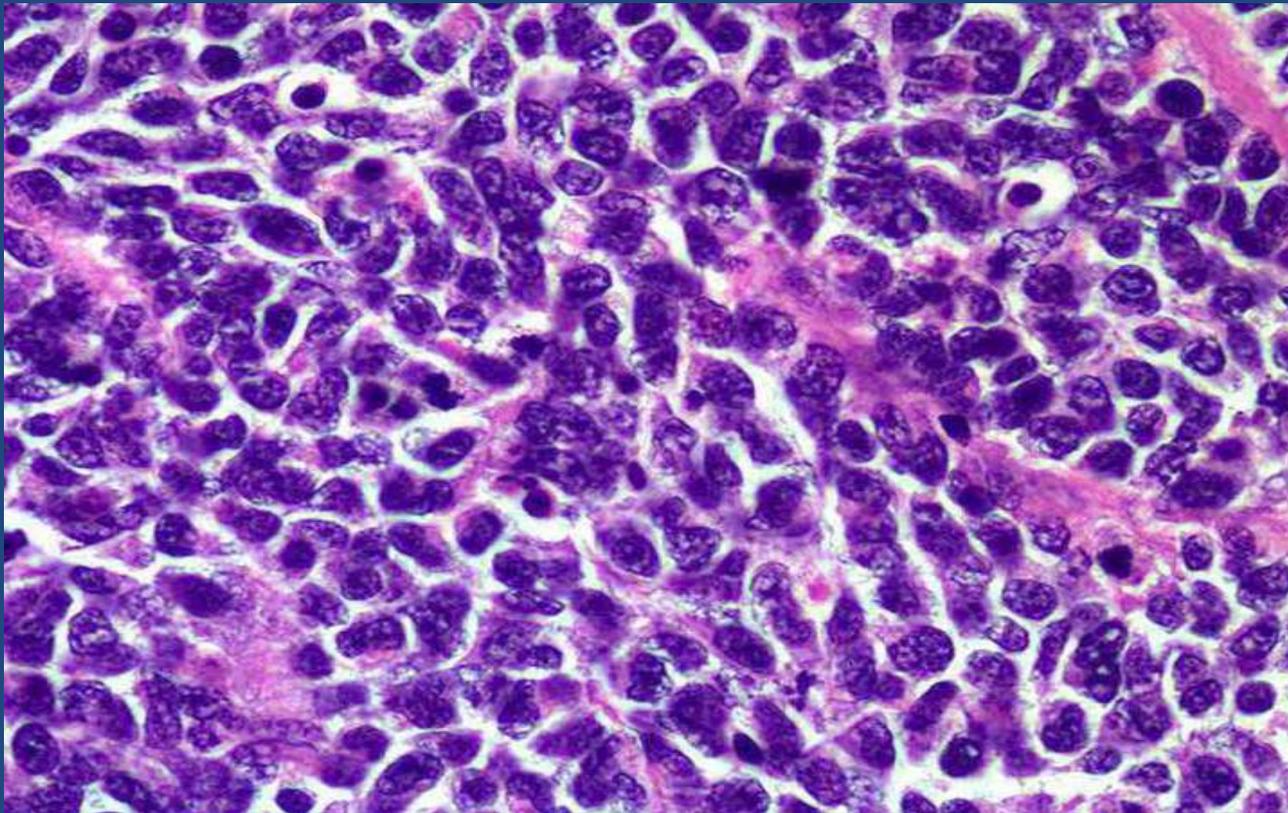


- * micro : architecture variable (tubulaire, papillaire, solide,...)
cellules claires, polygonales et atypiques →
aspect en clou de tapissier



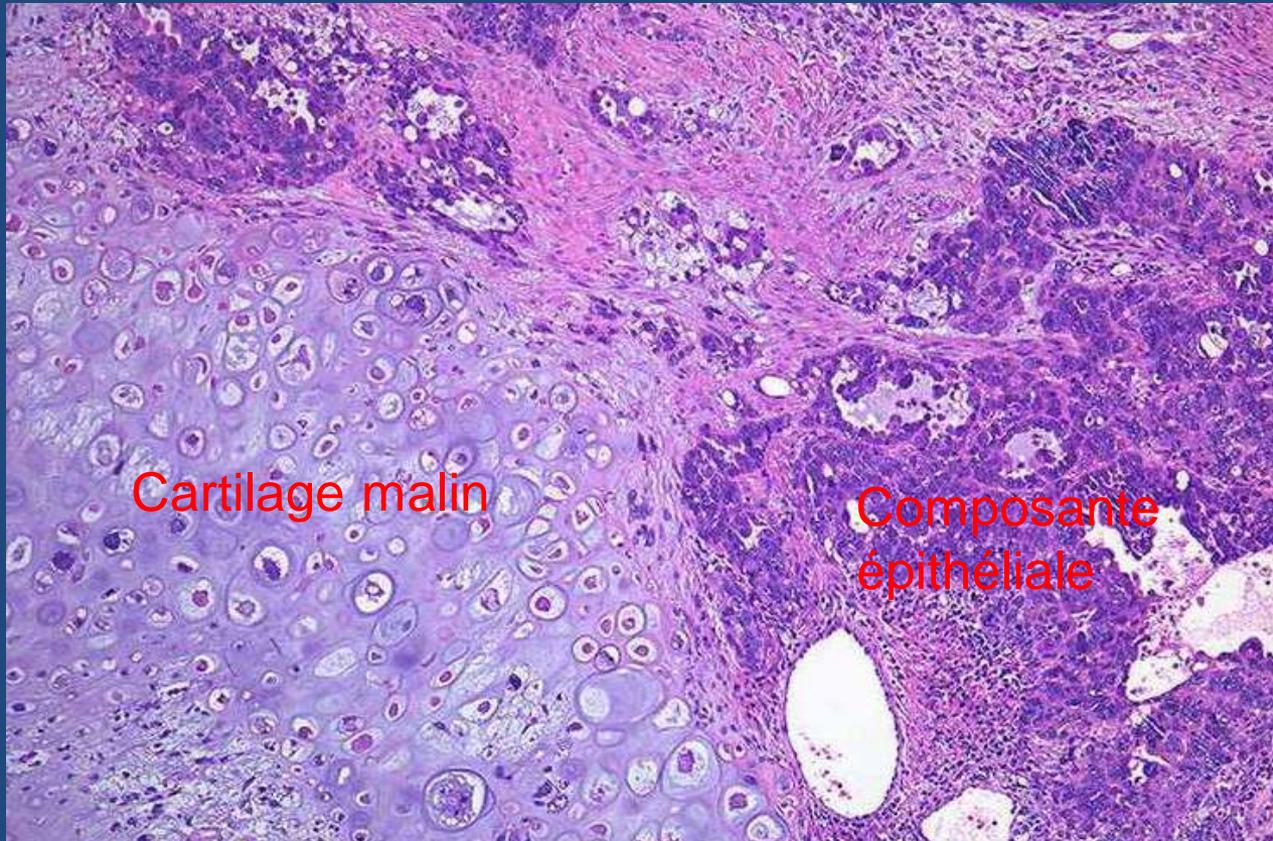
6/ - Carcinome indifférencié :

- tumeur rare, petites cellules très atypiques et riches en mitoses.
- pronostic est très mauvais.



7/ - Carcino-sarcome :

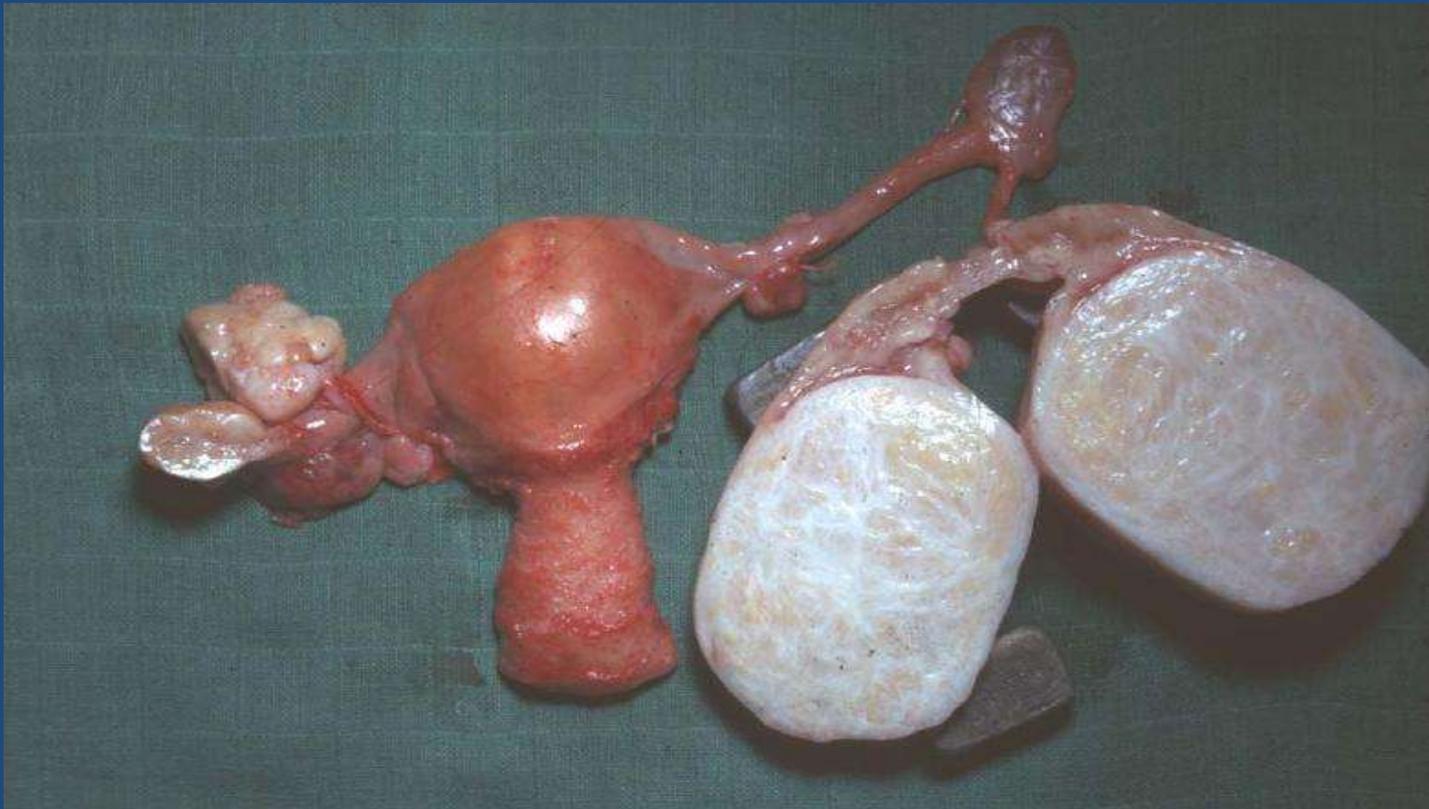
Tumeur maligne : associe secteurs épithélieux + conjonctifs malins

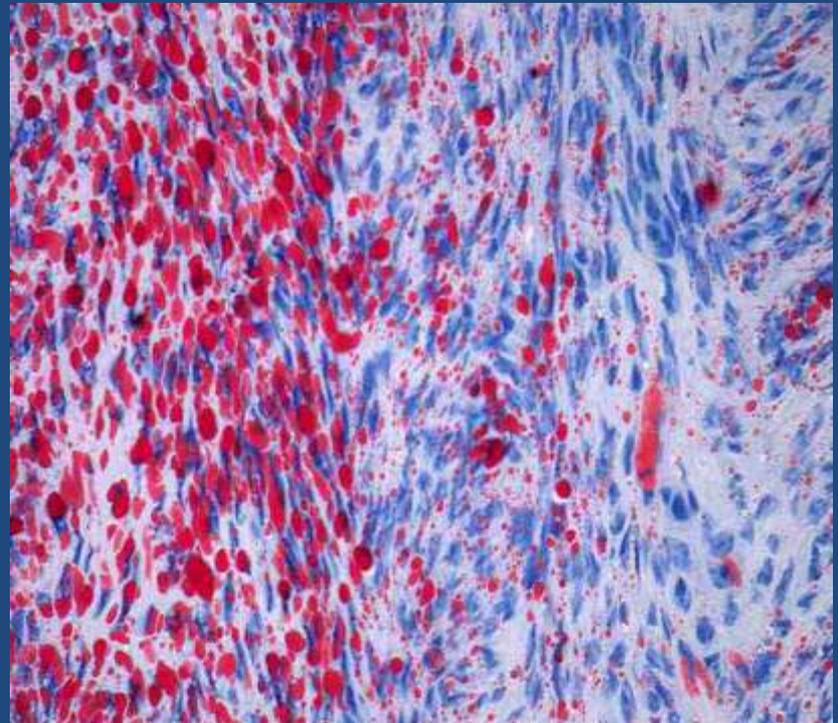
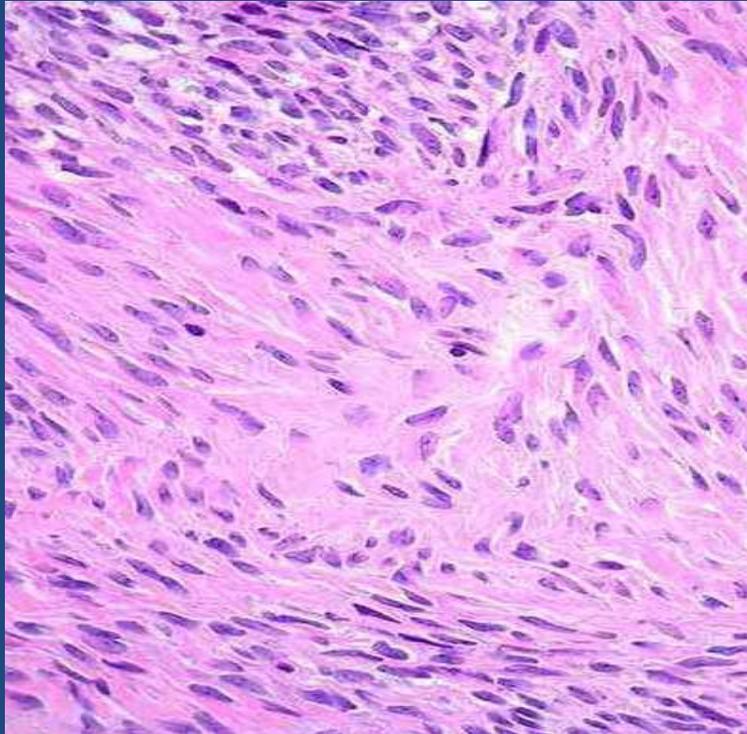


B/- Tumeurs du stroma et des cordons sexuels:

1/ tumeurs du stroma:(Fibromes et fibrothécomes)

Tumeurs bénignes à cellules fusiformes, comportant de grandes cellules chargées de lipides (thécomes)

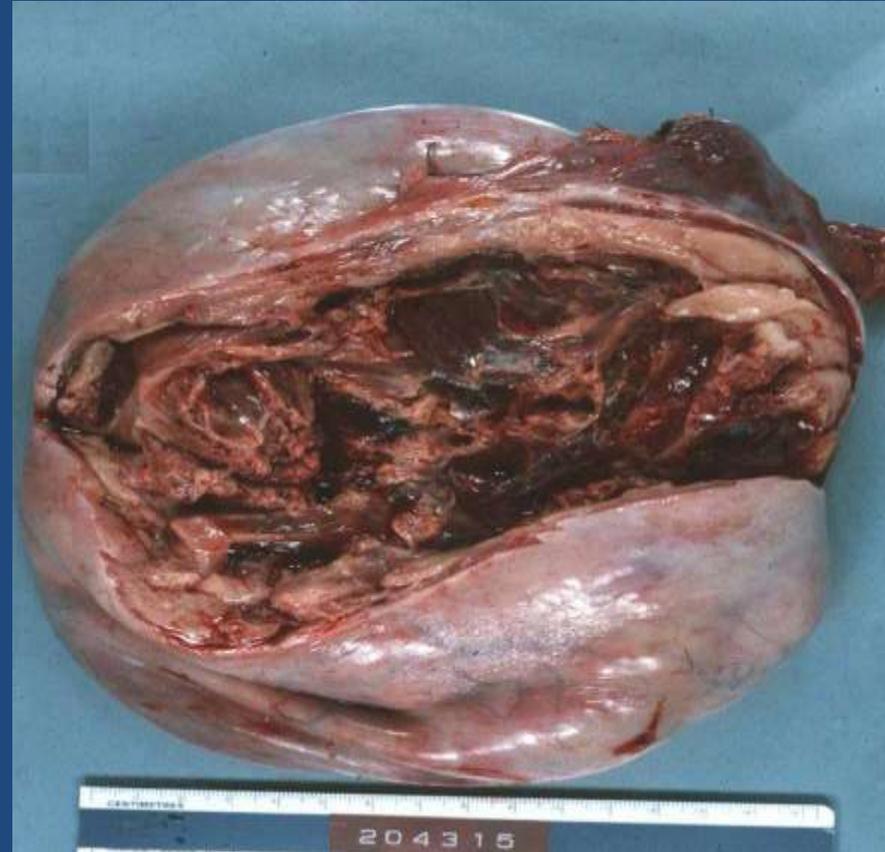
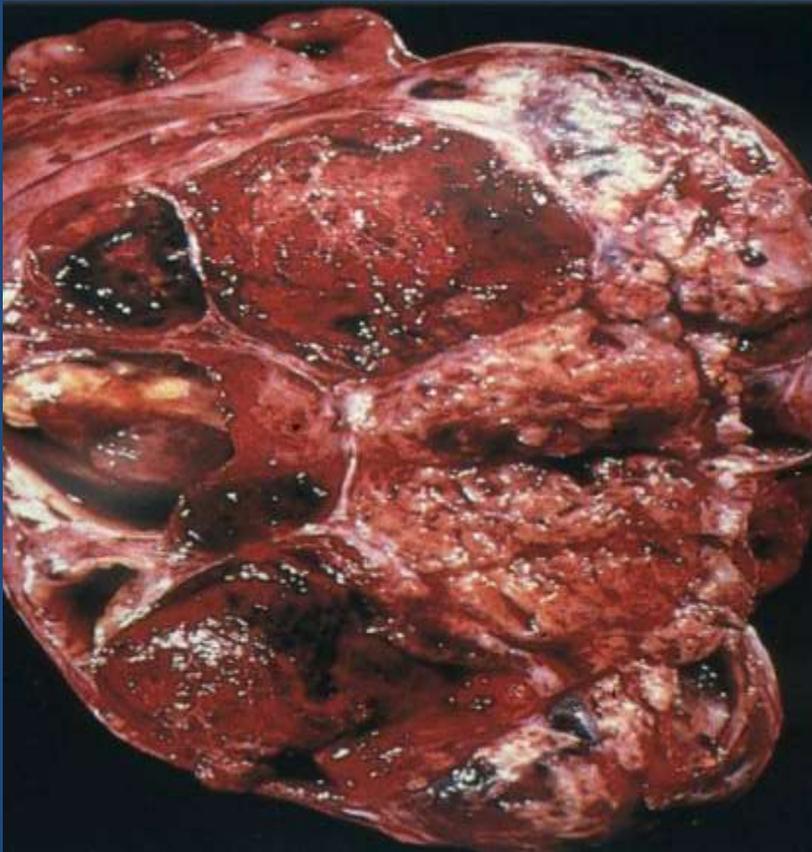




2/- Tumeurs des cordons sexuels : 6%

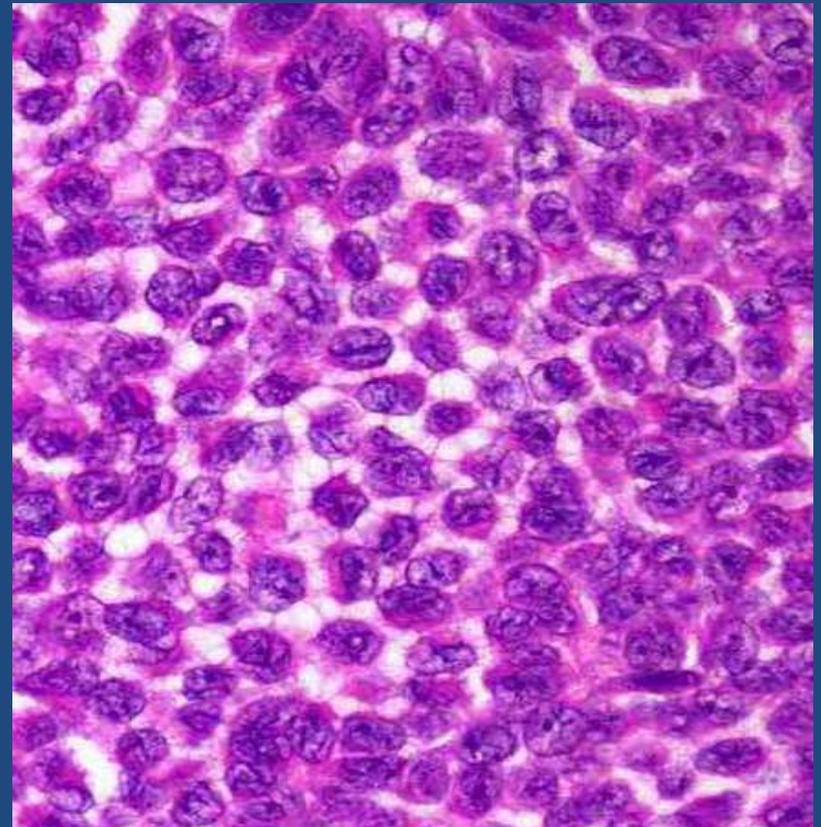
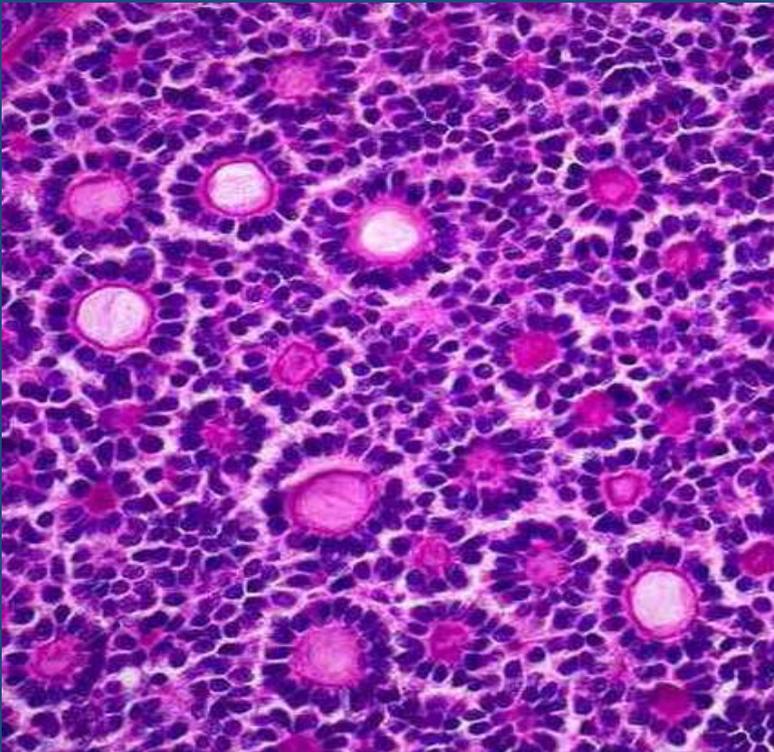
a - Tumeurs de la granulosa :

- * macro : tumeur solide ou kystique, grise ou jaune, nécrose.
- * micro: cellules granuleuses + cellules thécales

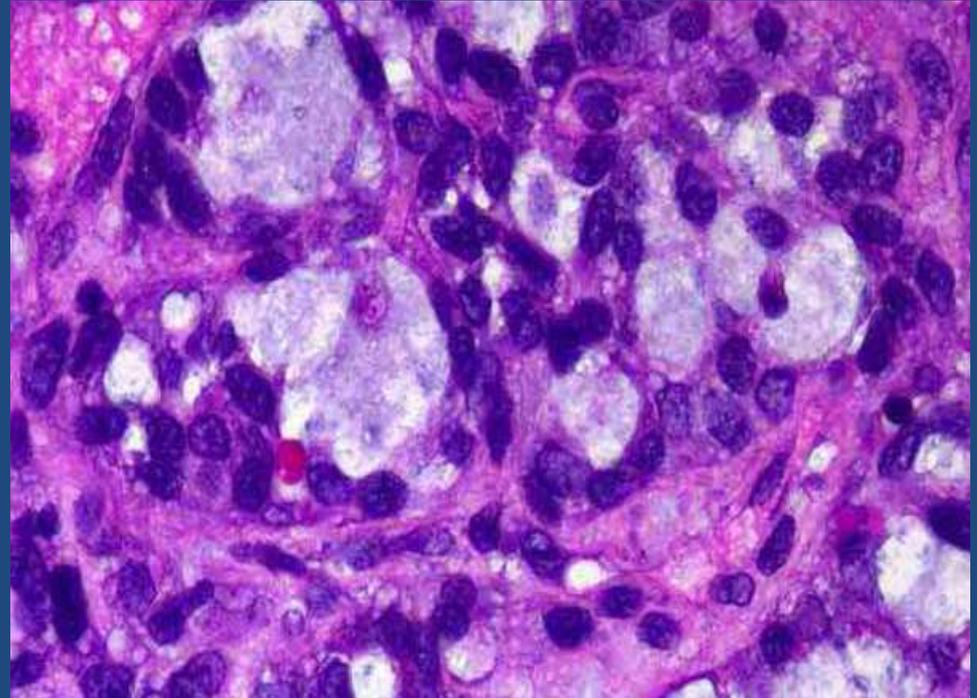
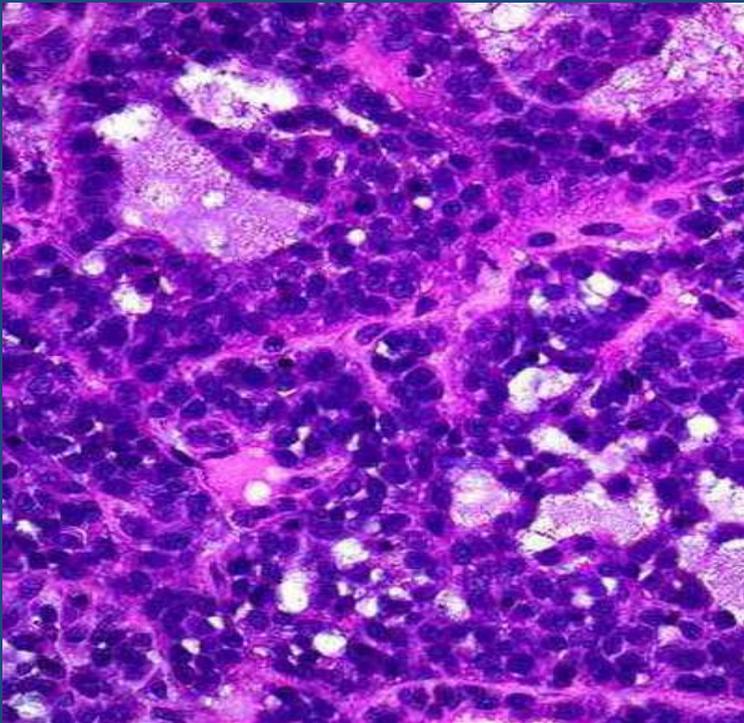


On distingue :

- Les tumeurs de la granulosa adulte :
femme > 50 ans, s'accompagnent souvent d'hyper-
œstrogénie.
architecture variable (folliculaire, trabéculaire, ...).
cellules uniformes, possédant des noyaux en grains de café.



- Les tumeurs de la granulosa juvénile :
femmes < 30 ans.
histologie : polymorphisme cellulaire plus prononcé
cellules immatures rarement incisurées
signes de lutéinisation fréquents



b - Tumeurs de Sertoli Leydig: (Androblastomes)

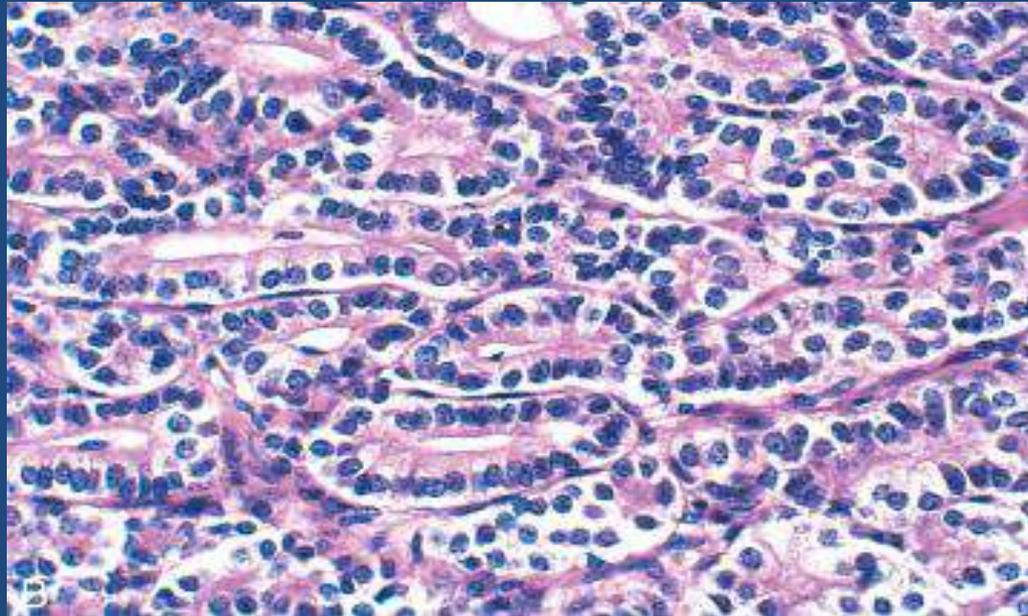
* femme jeune

* unilatérale

* macro : aspect solide, parfois kystique, jaune ou orange



- micro : reproduit les structures embryonnaires des testicules (tubes, cellules de Leydig). On distingue:
 - Androblastome bien différencié
 - Androblastome à différenciation intermédiaire
 - Androblastome peu différencié
 - Androblastome rétiforme

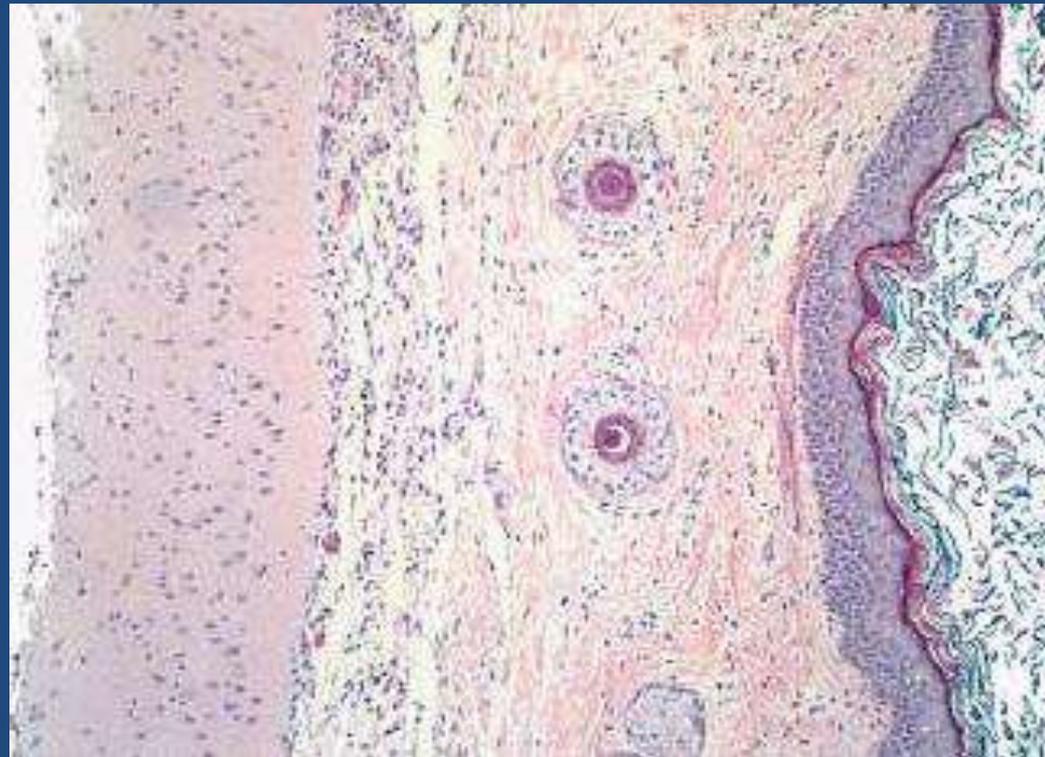


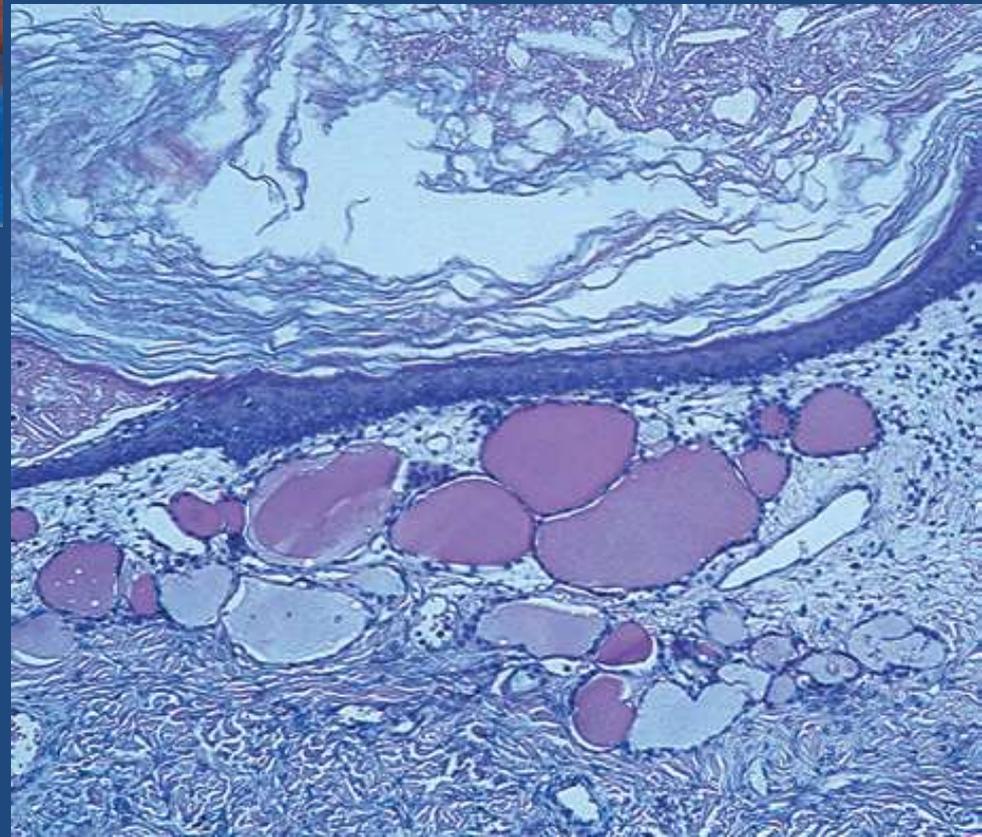
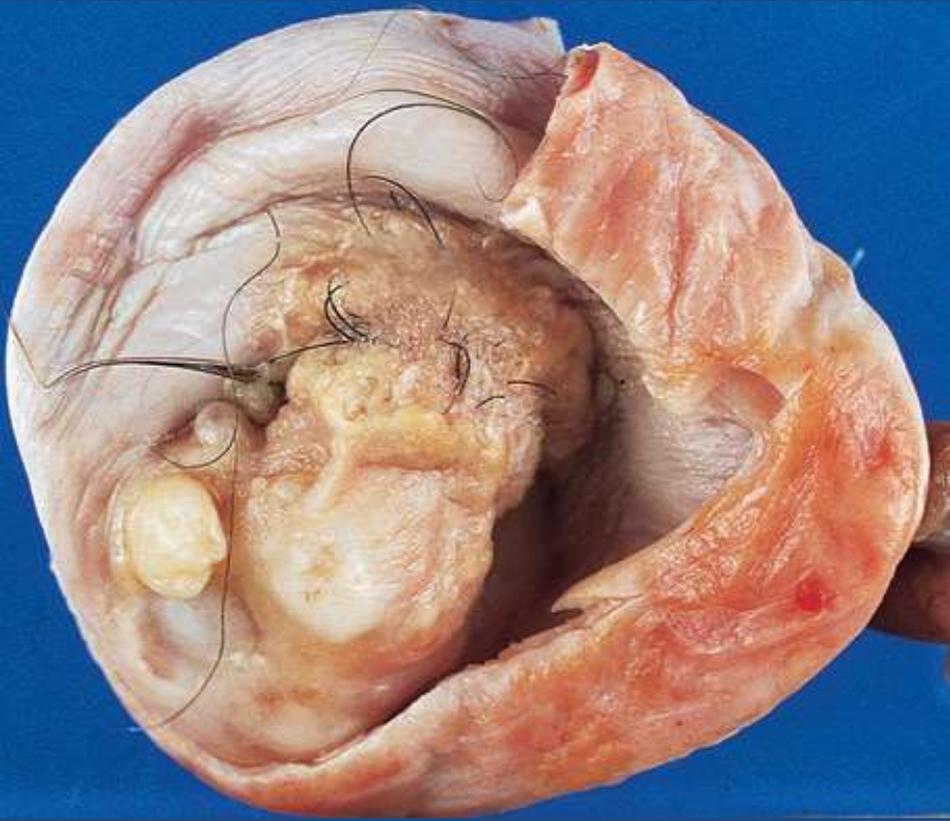
C/- Tumeurs germinales: 5 à 10% des TMO

1 - Tératomes matures: kyste dermoïde.

* macro: tumeur arrondie ou ovale de 1 à 40cm de diamètre. La paroi est blanc rosée, rénitente. A la coupe, une ou plusieurs cavités contenant sébum, poils, dents...

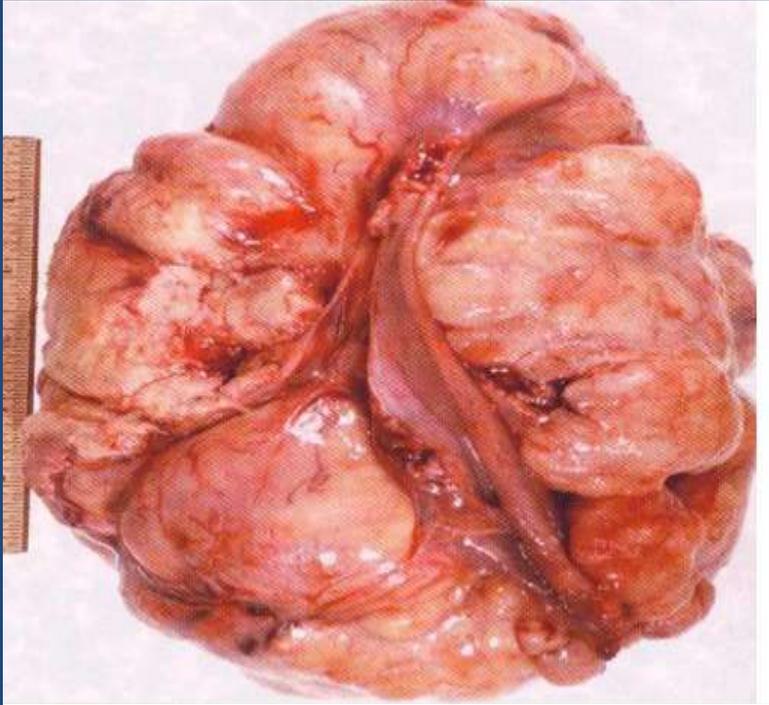
* micro: paroi à revêtement épidermique



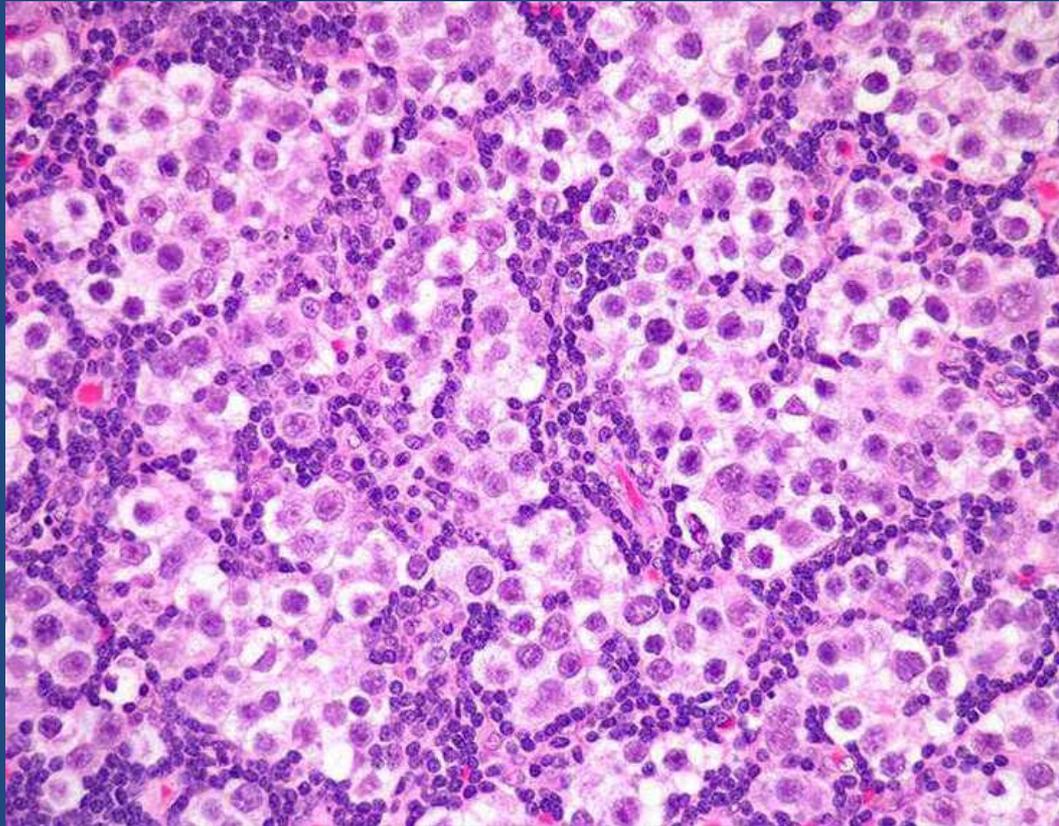


2/ - Dysgerminome :

- * macro : tumeur solide, ferme et charnu, homogène et blanchâtre.

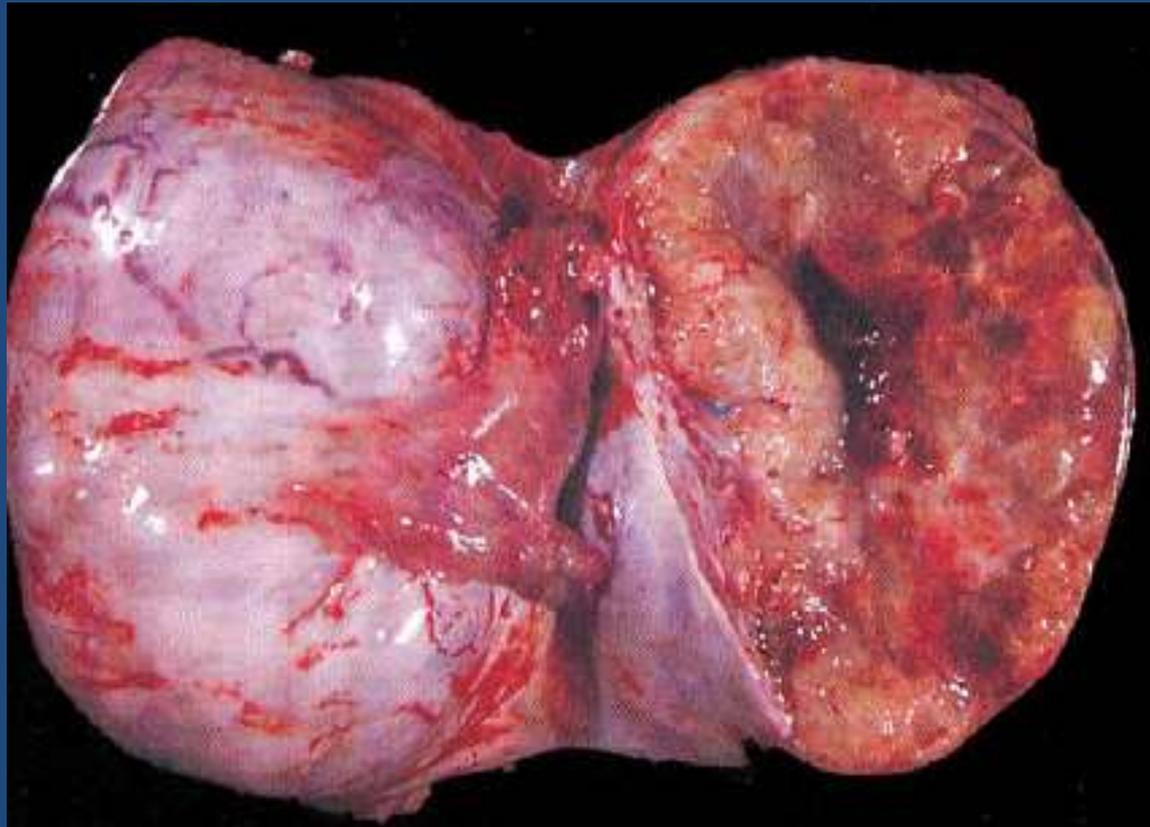


- * micro : faite de grandes cellules arrondies, cytoplasme clair, stroma riche en cellules lymphoïdes
- * Tumeur radio- et chimio-sensible.

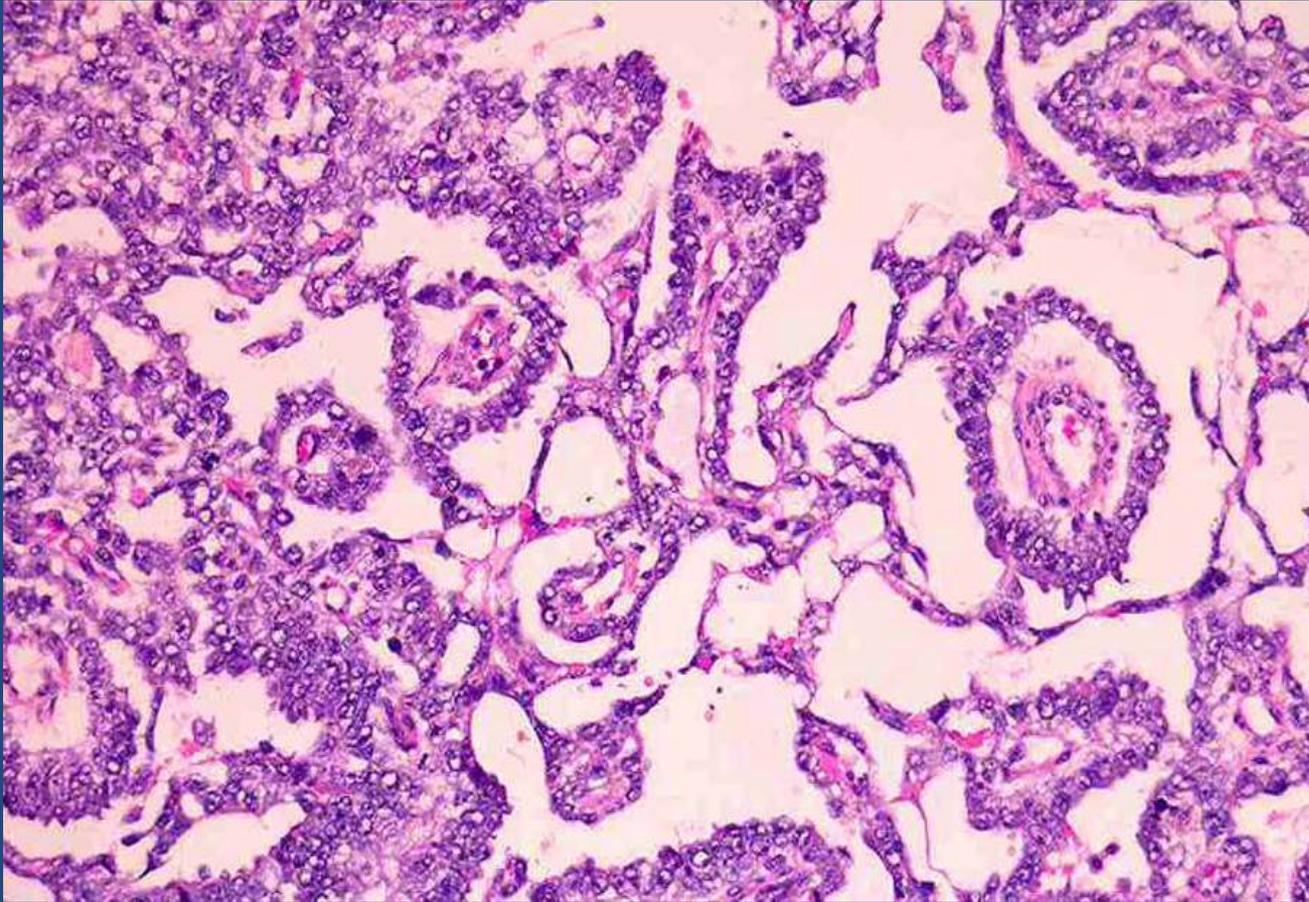


3/ - Tumeur du sinus endodermique: (yolk sac tumor, tumeur vitelline)

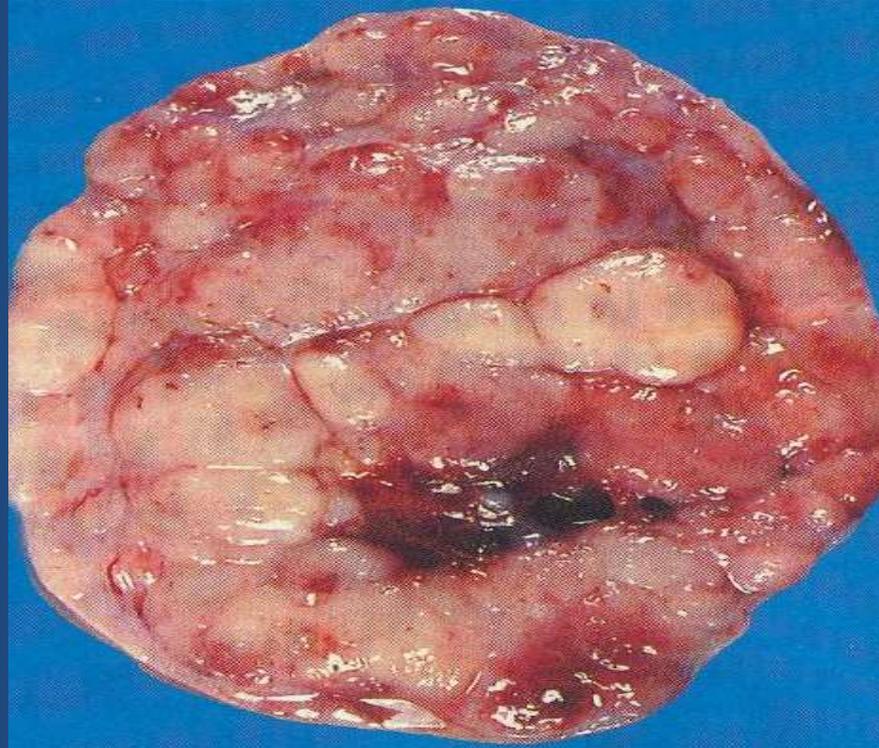
* macro: tumeur solido-kystique, 5-30cm, gris jaune avec remaniements nécrotiques et hémorragiques.



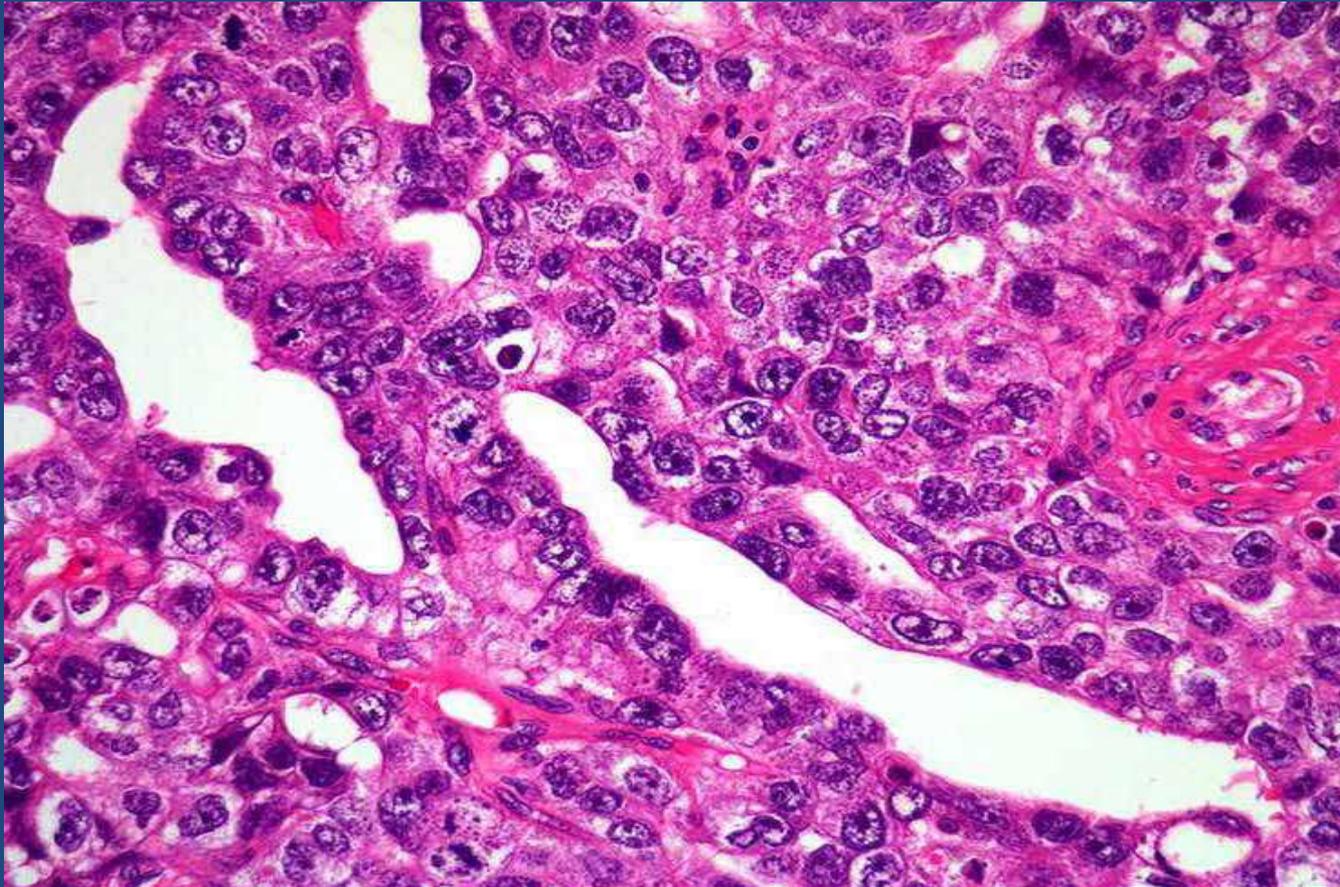
* micro : très variable (type réticulé et type pseudo papillaire avec corps de Schiller Duval...)



4/ - Carcinome embryonnaire : tumeur rare, souvent volumineuse, molle, nécrotique et hémorragique.

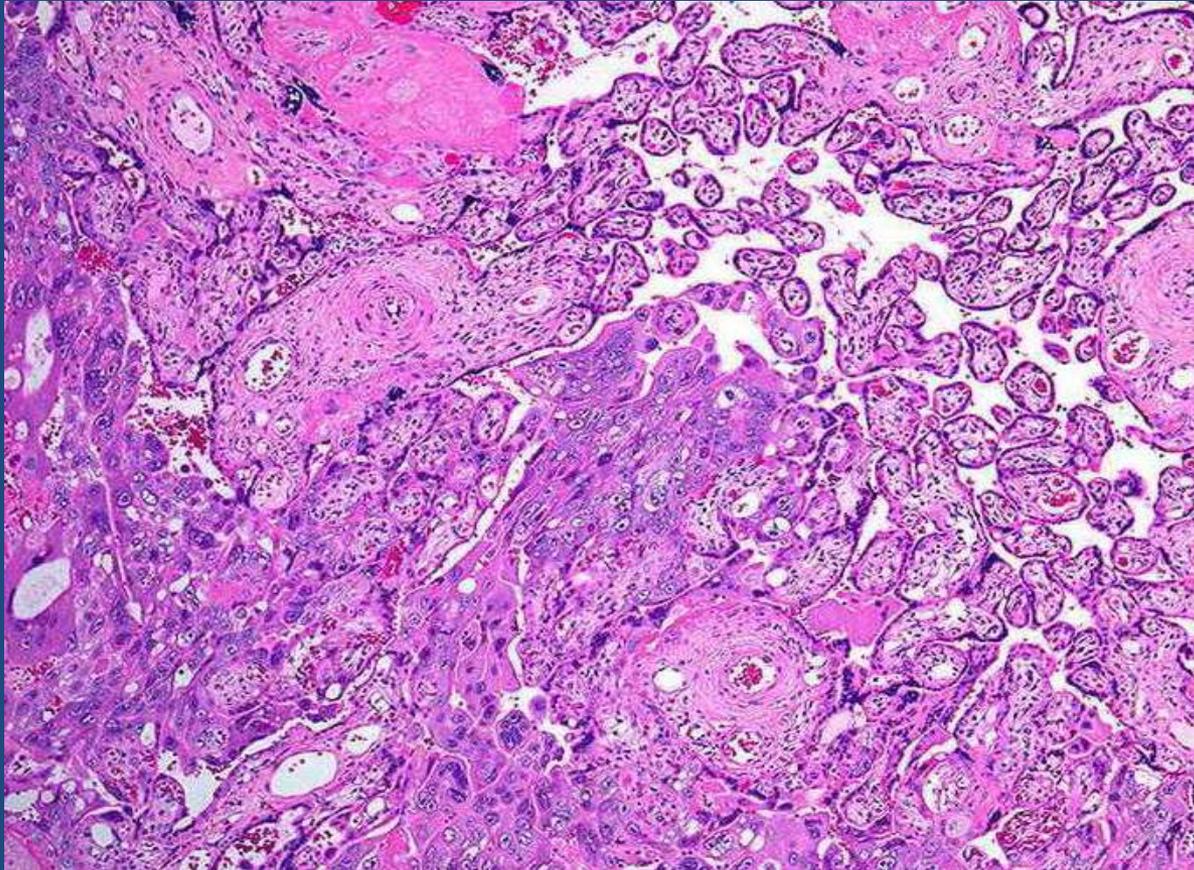


* micro: cellules très atypiques + mitoses nombreuses.



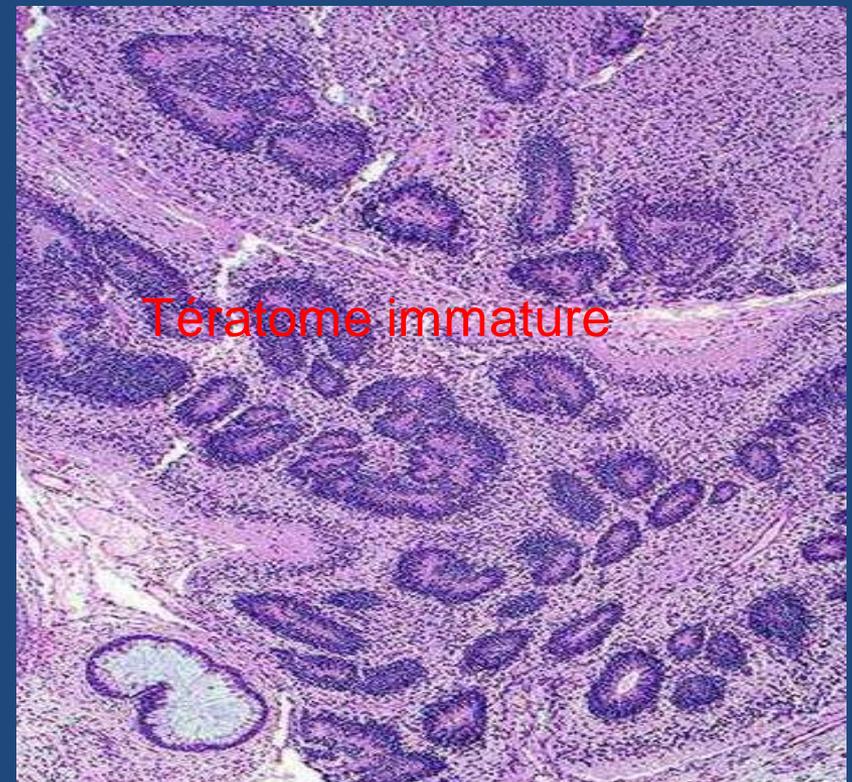
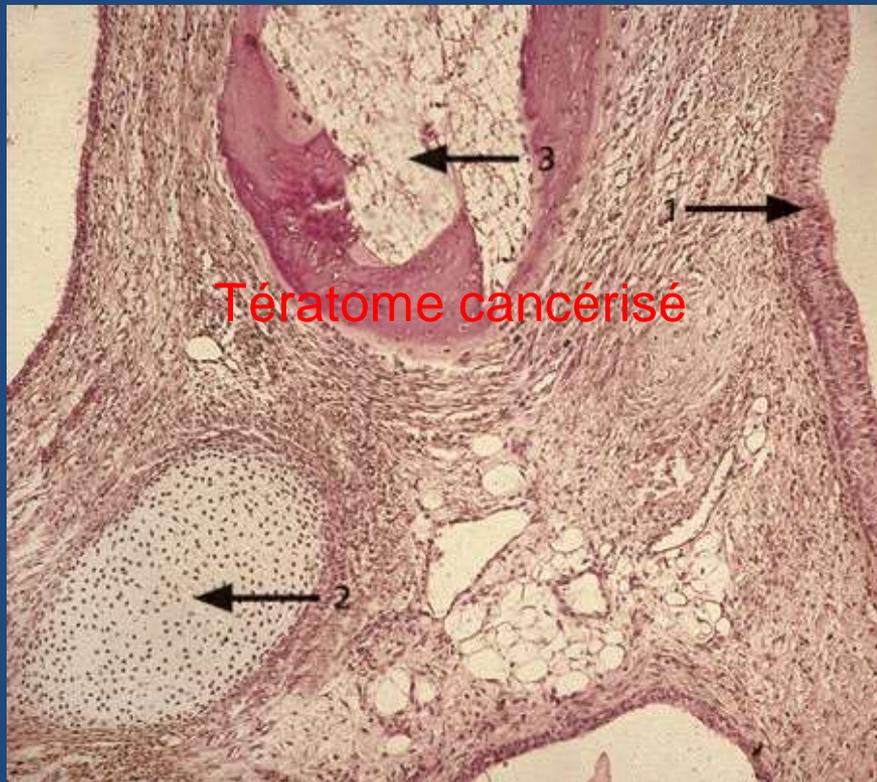
5/ - Choriocarcinome extra gestationnel : tumeur très rare sans aucun rapport avec la grossesse molaire.

* micro : cyto-syncytiotrophoblaste malin.



6/ - Tératome malin :

- Tératome mature cancérisé : ex : kyste dermoïde avec foyers carcinome épidermoïde
- Tératome immature : comporte des zones immatures et indifférenciées .

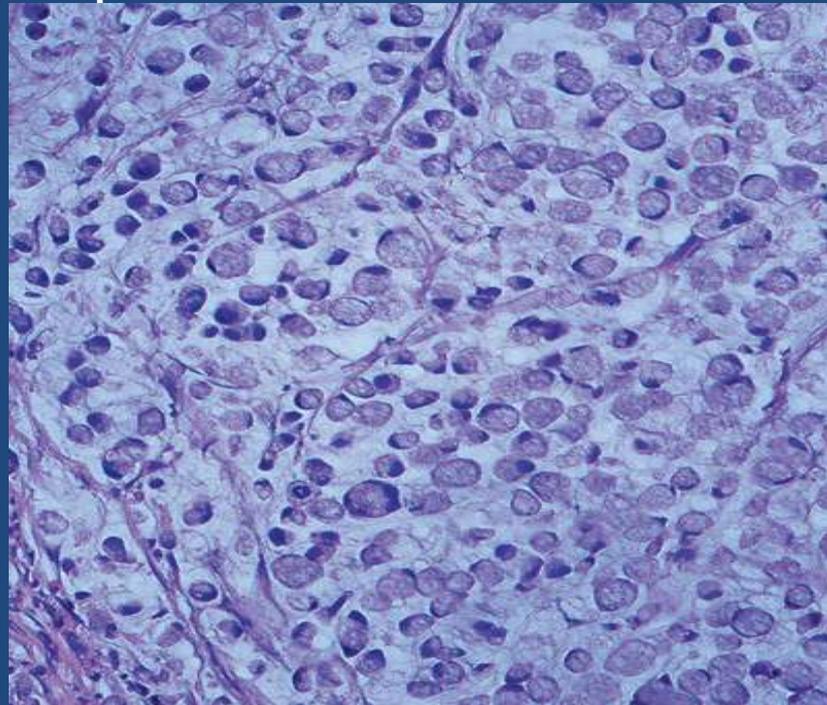


7/ - Tumeurs germinales mixtes : tumeurs combinant 2 ou plusieurs types de tumeurs germinales.

D/ - Métastases ovariennes :

- 10% des cancers ovariens
- contiguïté : trompes, utérus, côlon
- soit à distance à partir du sein, estomac, mélanomes ...etc

Ex : tumeur de Krûkenberg : métastase ovarienne bilatérale d'un carcinome à cellules mucipares le plus souvent gastrique.



IV/ Conclusion

- Les Tumeurs ovariennes présentent un large éventail de type histologique dont les différents constituants tissulaires de l'ovaire peuvent en donner naissance.
- Les tumeurs épithéliales sont les plus fréquentes.
- Le cancer de l'ovaire est de pronostic péjoratif à cause du retard diagnostic, c'est le plus grave des cancers gynécologiques.
- Le dépistage des malades à risque est important reposant sur l'échographie endovaginale avec ou sans doppler. S'il est positif la coelioscopie est indiquée