



République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Université D'Alger I
Benyoucef BENKHEDDA
Faculté de Médecine

CONFERENCES INTERNAT

Samedi pédagogique le 20 /01/2018

LES CANCERS GYNECOLOGIQUES (sein ,ovaire) (Discussion pratique et théorique)

- Pr F.HADJARAB ONCOLOGUE MEDICAL CPMC
- Pr S.AIT YOUNES ANATOMOPATHOLOGISTE CHU PARNET

PLAN DU COURS



I/ Cancer du sein
Cas clinique



II/Cancer de l'ovaire
Cas clinique



I/ Cancer du sein

Cas clinique

- S. SAMIA 50 ans enseignante , mariée sans enfants.
- 2002 : Inducteurs d'ovulation pendant 3 mois: G1A1 (ABRT 3mois)
- Suivie depuis 2003 pour ADF du sein droit
- AINS (Anti inflammatoires non stéroïdiens) pris régulièrement pour arthralgies
- Asthmatique depuis 12ans, HTA depuis 1 an
- 2010: fibrome utérin traitée par Lutényl
- Février 2011: apparition de phénomènes inflammatoires du sein gauche + ADP axillaire gauche.
- Pas de notion de traumatisme local ou d'infection cutanée

S. SAMIA 50 ans : inspection à l'examen clinique



Q N° 1°) QUEL EST VOTRE BILAN DIAGNOSTIC ?

- 1) Mammographie + Echographie**
- 2) Mammographie + Echographie + Cytoponction**
- 3) Mammographie + Echographie + Micro biopsie**
- 4) Micro biopsie**
- 5) IRM mammaire + Micro biopsie**



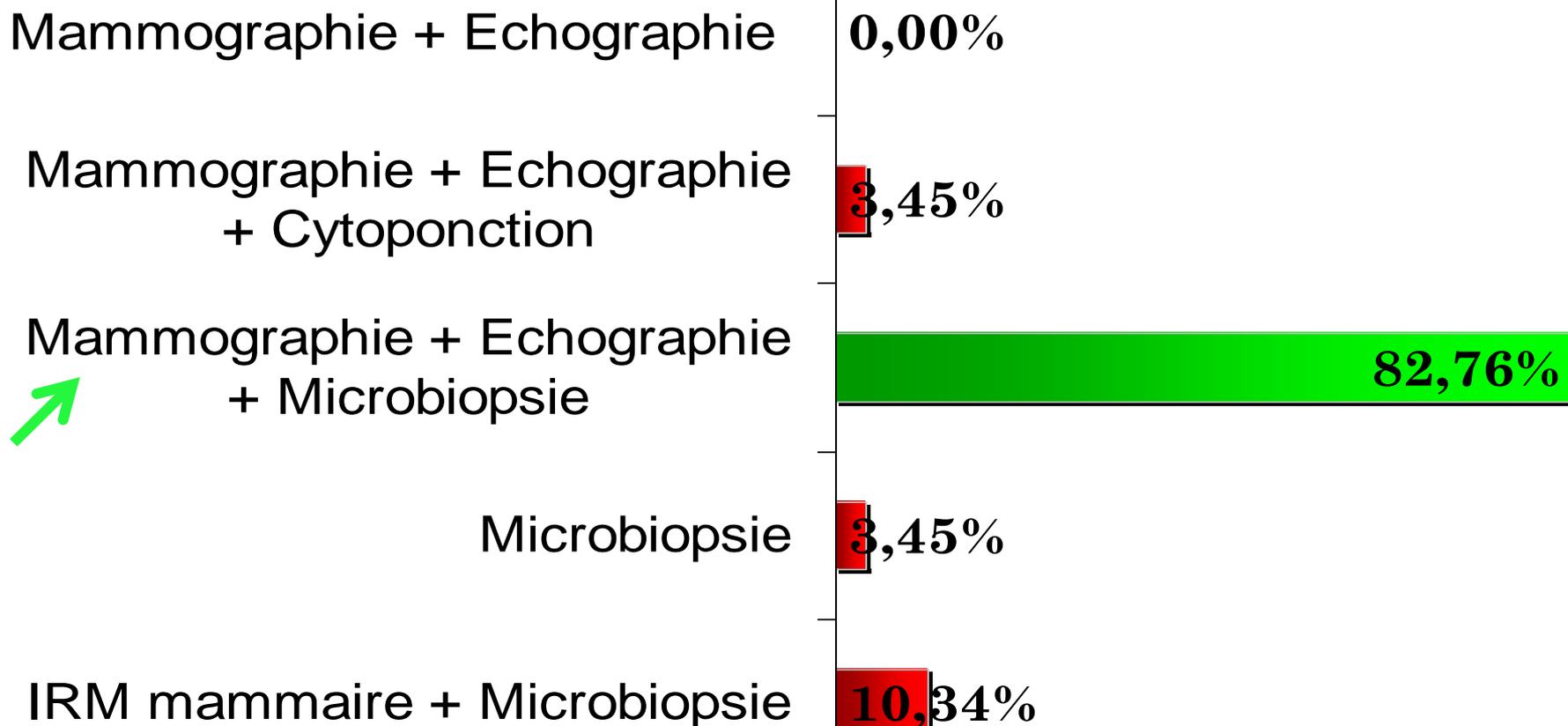
JUSTE

Cas clinique

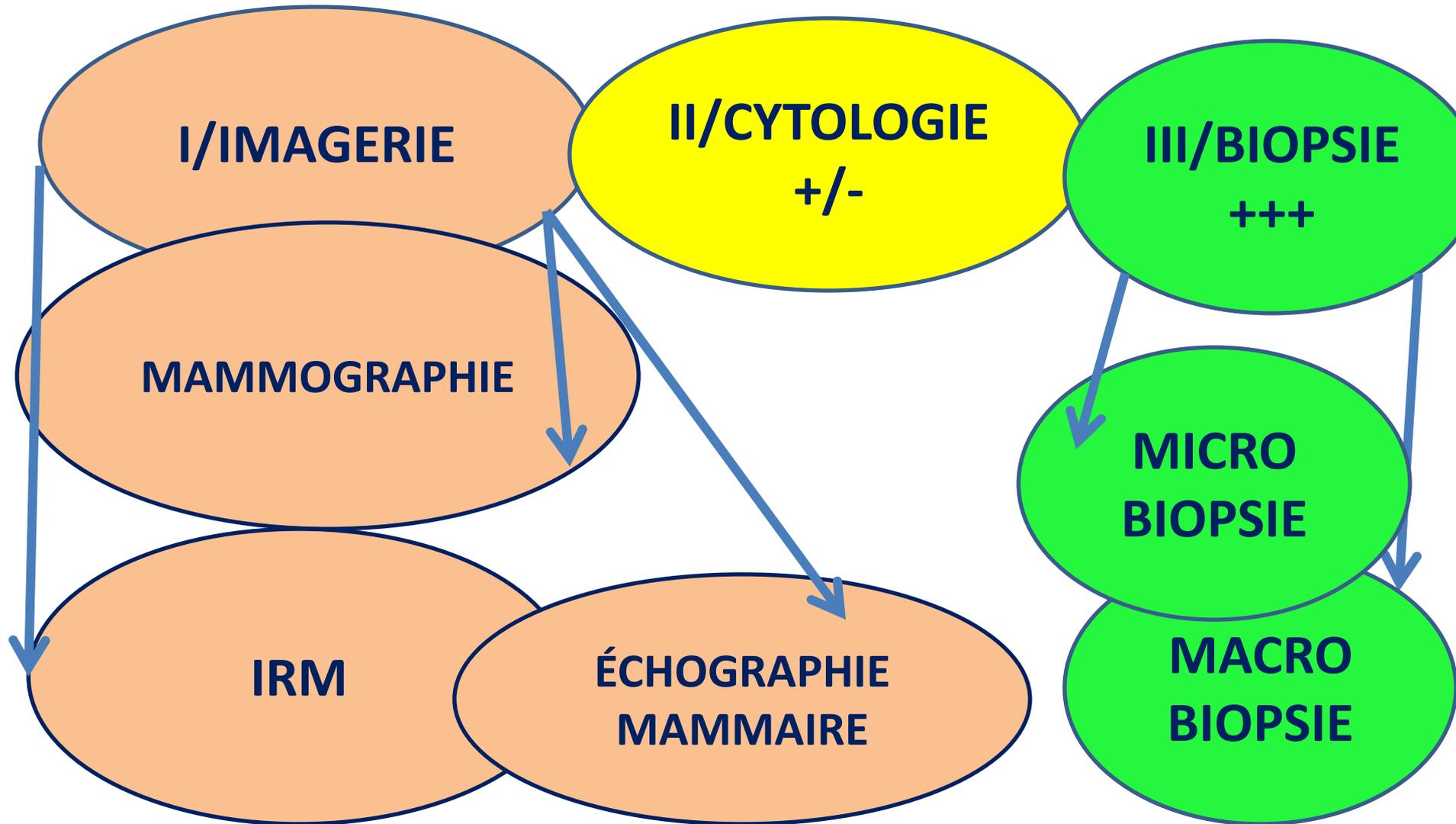
S. SAMIA 50 ans 1

**Réponse
N° 1**

QUEL EST VOTRE BILAN DIAGNOSTIC ?



Moyens à visée diagnostique d'un nodule du sein suspecté cliniquement de néoplasie



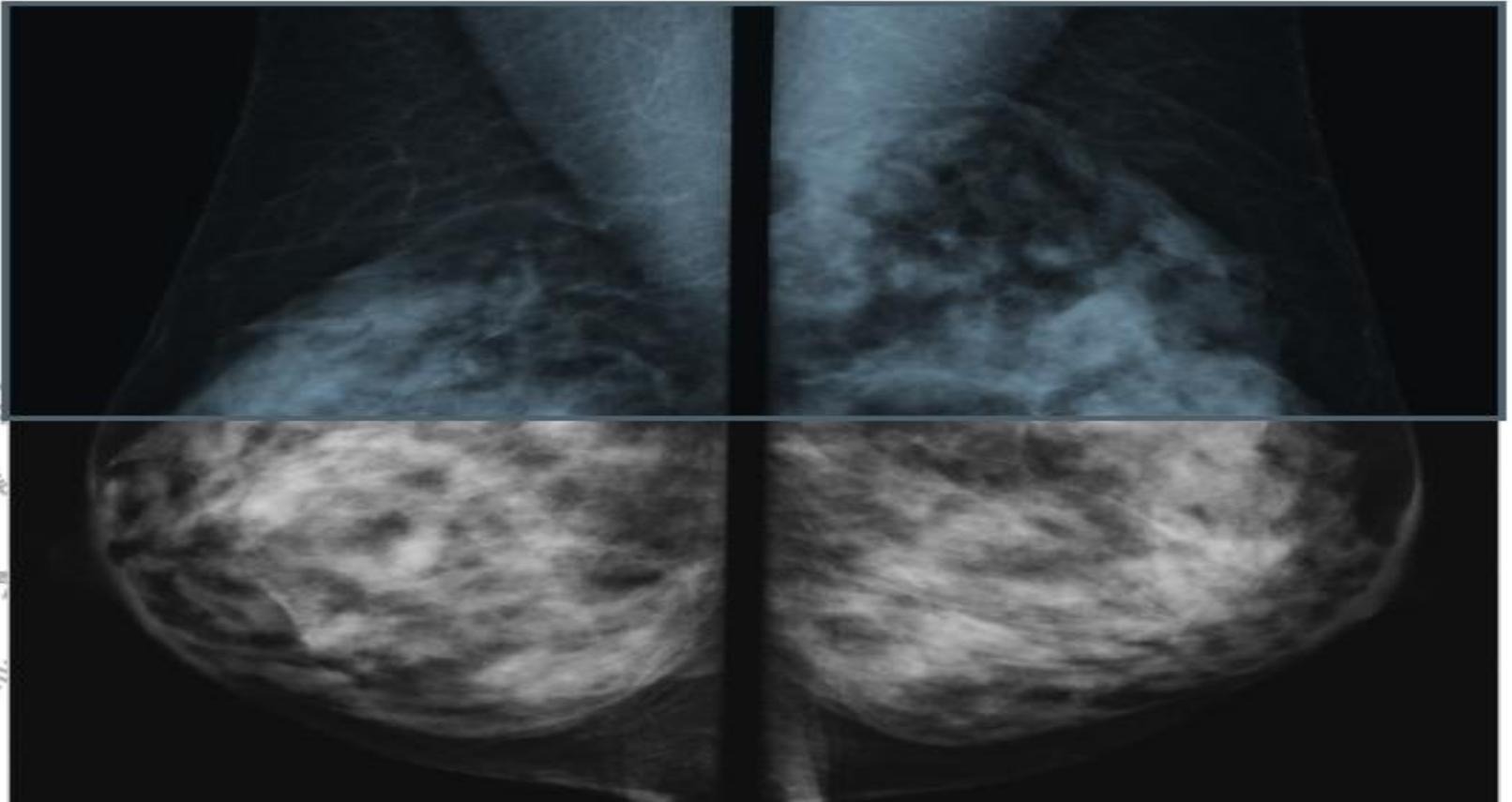
Mammographie ACR AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY

- Bilatérale et comparative, couplée à une échographie mammaire.
- Selon la Classification ACR : 1- 2- 3 -4 -5.
- En fonction des lésions perçues ou non
- Opacité stellaire, dense, à contours irréguliers, avec prolongement spiculés, parfois cernée d'un halo clair d'œdème.
- Signes cutanés: épaissement ou rétraction.
- calcifications: fines, irrégulières, groupées ou disséminées.

ACR 1

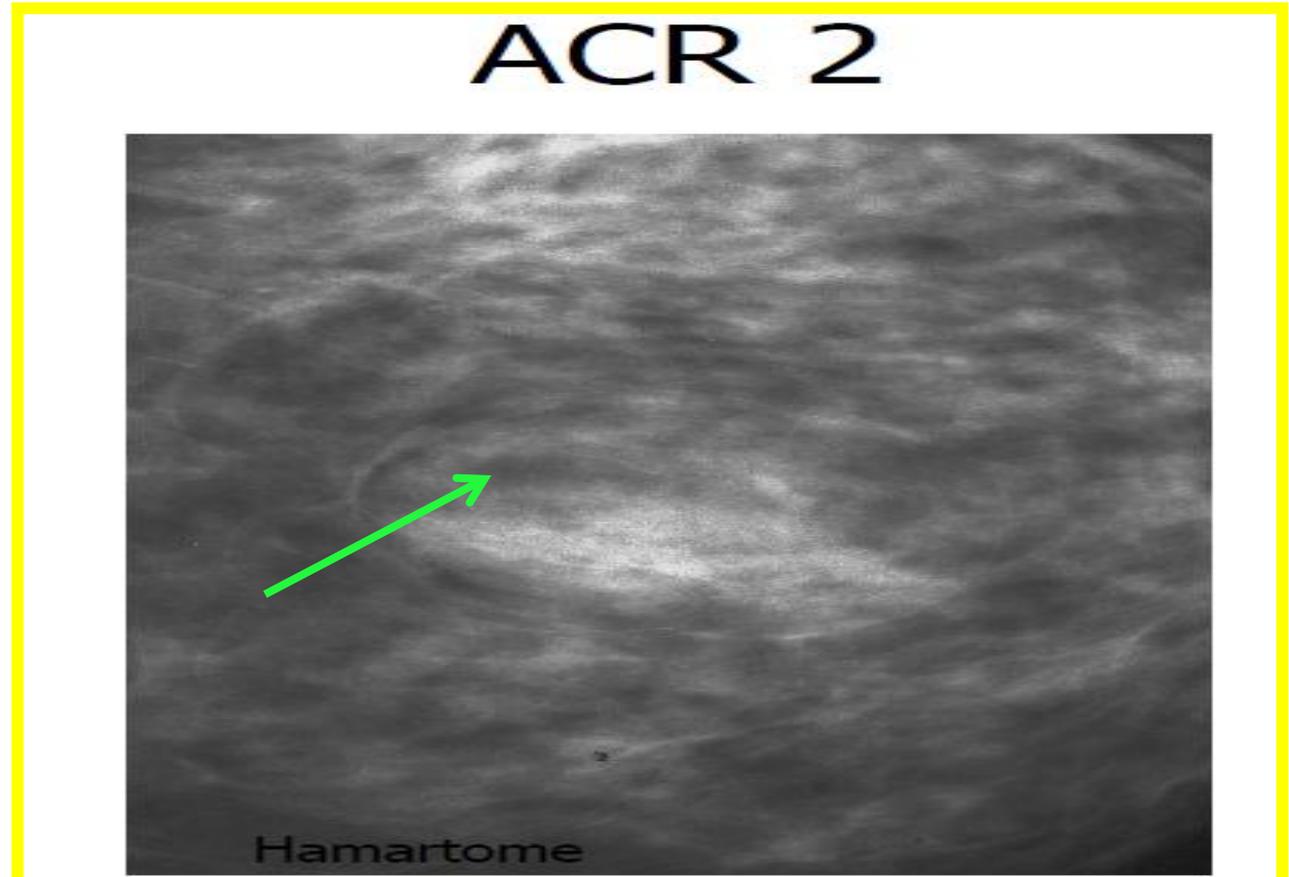
ACR 1 : Mammographie normale.

ACR 1



ACR 2 : Il existe des anomalies bénignes ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire :

- Opacité ronde avec macrocalcifications (adénofibrome ou kyste)
- Ganglion intra mammaire, opacité(s) ronde(s) correspondant à un/des kyste(s) typique(s) en échographie

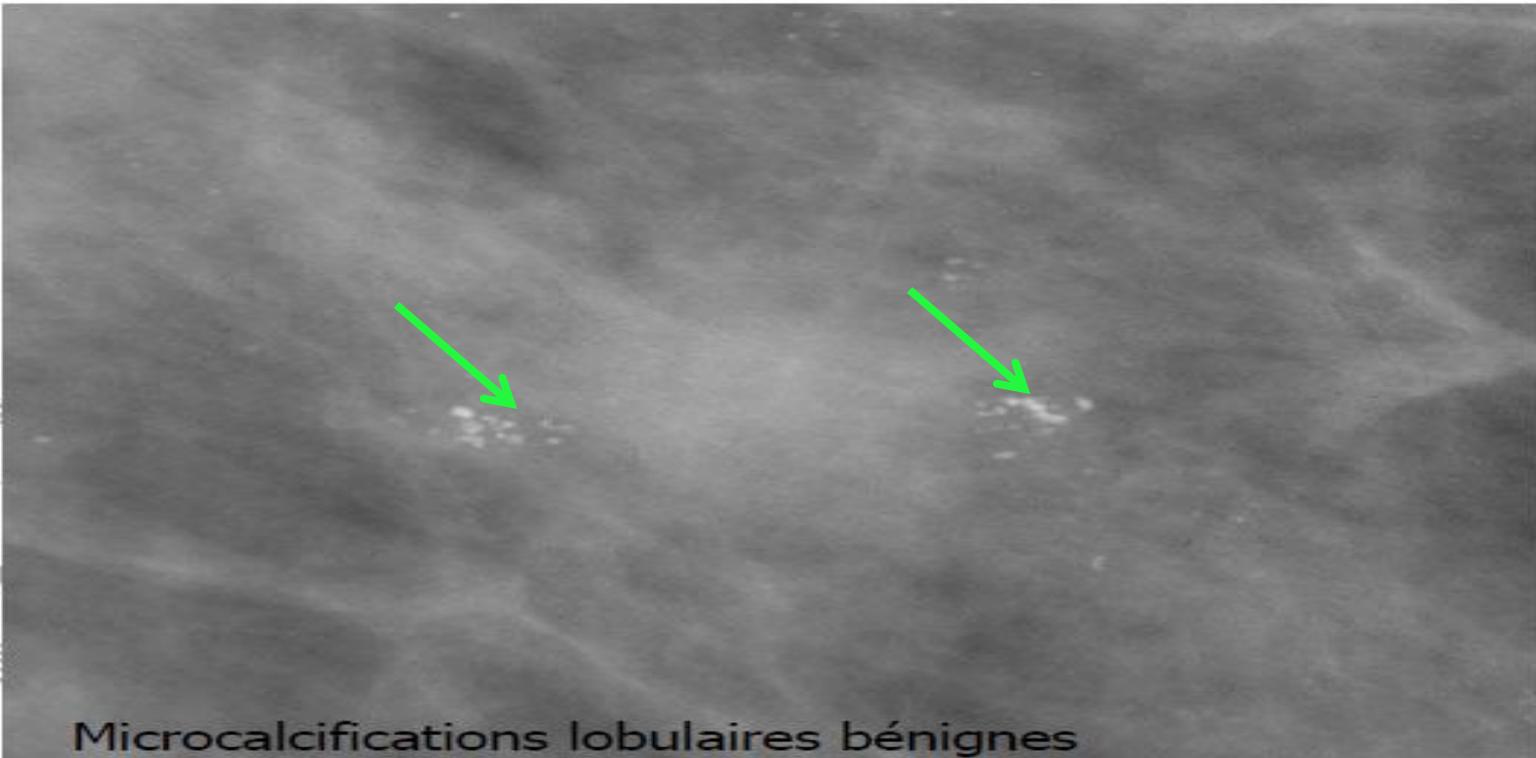




ACR 3 : Il existe une anomalie probablement bénigne pour laquelle une surveillance à court terme est conseillée :

- Microcalcifications rondes ou punctiformes régulières ou pulvérulentes, peu nombreuses, en petit amas rond isolé

ACR 3

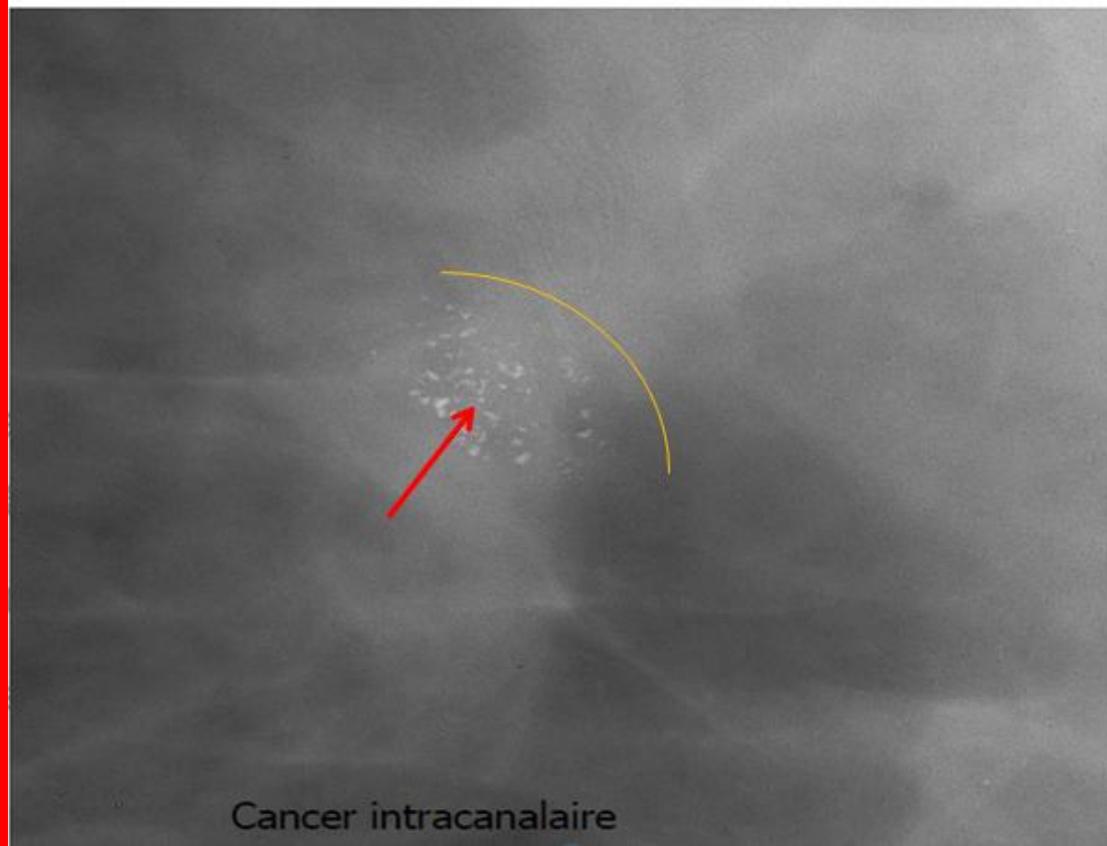


Microcalcifications lobulaires bénignes



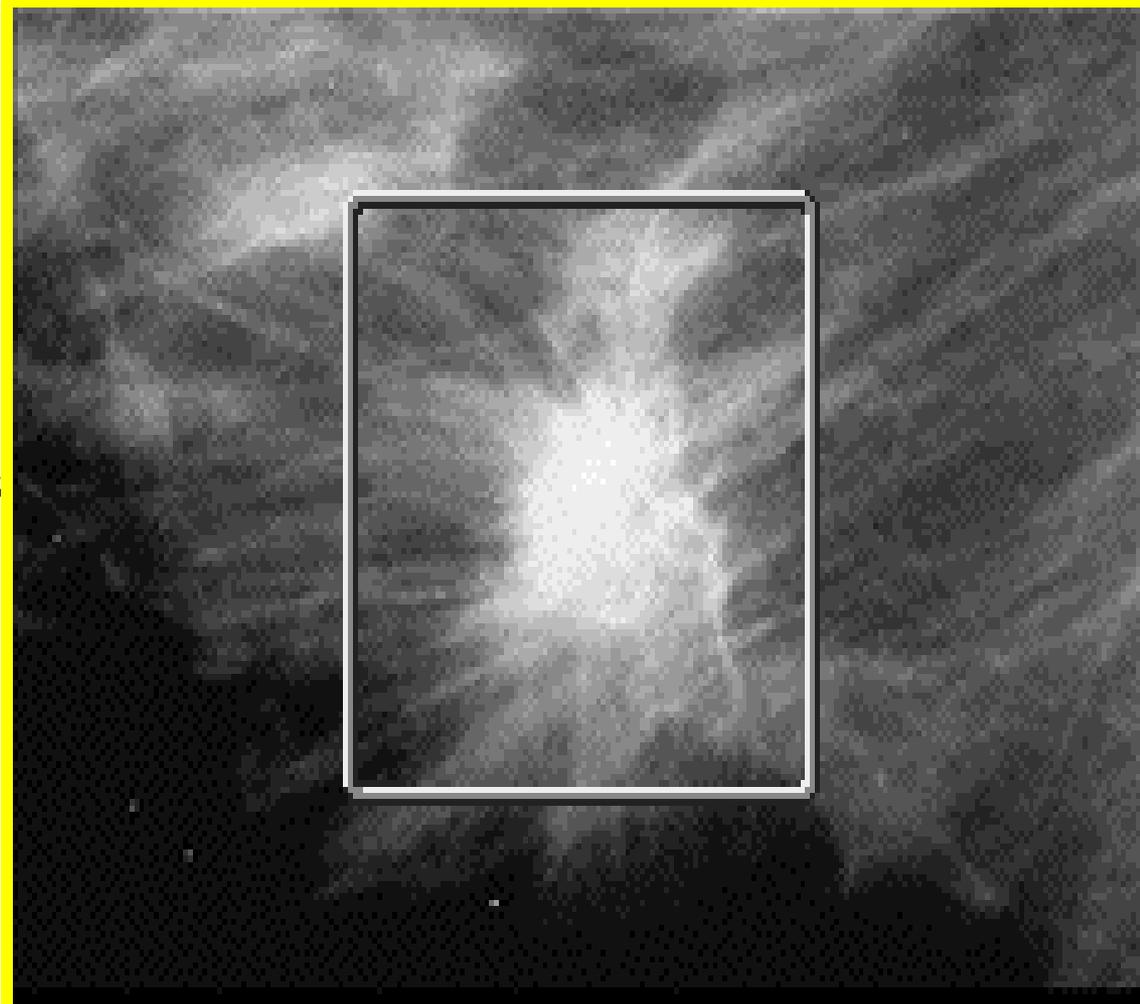
- **ACR 4 : Il existe une anomalie indéterminée ou suspecte qui indique une vérification histologique :**
- **Microcalcifications punctiformes régulières nombreuses et/ou groupées en amas aux contours ni ronds, ni ovales**
- **Micro calcifications pulvérulentes groupées et nombreuses**
- **Micro calcifications irrégulières,**
- **image(s) spiculée(s) sans centre dense**

ACR 4





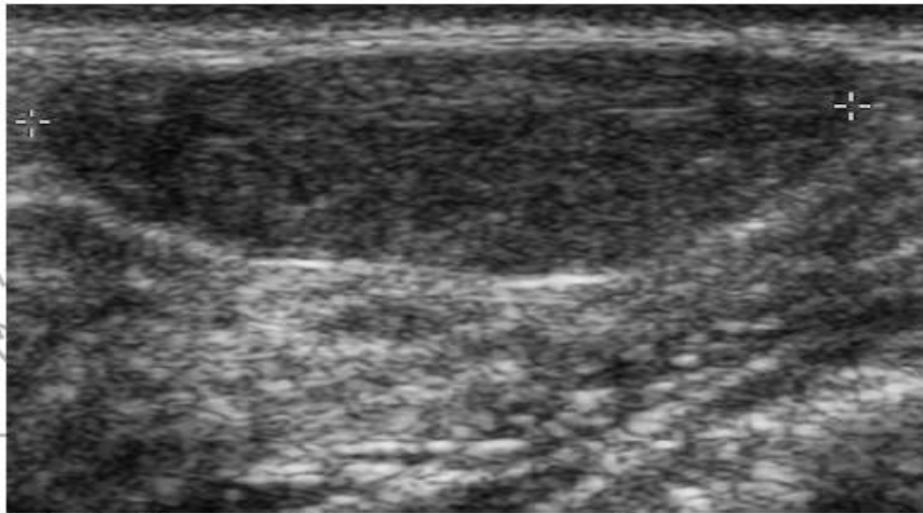
- **ACR 5 : Il existe une anomalie évocatrice d'un cancer :**
- Microcalcifications vermiculaires, arborescentes ou **microcalcifications irrégulières**, polymorphes ou granulaires, nombreuses et **groupées**
- **Micro calcifications associées à une anomalie architecturale ou à une opacité**
- Micro calcifications groupées ayant augmenté en nombre ou m distribution sont devenues plus
- **Opacité mal circonscrite** aux contours flous et irréguliers
- **Opacité spiculée à centre dense**



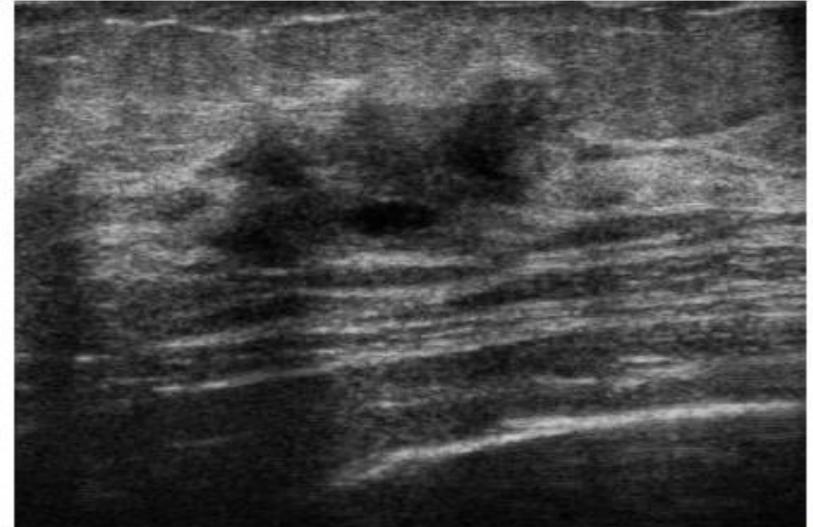
Échographie mammaire

- **Nodule hypo échogène et hétérogène**
- **Cône d'ombre postérieur à la lésion**
- **Contours irréguliers**
- **Grand axe perpendiculaire au revêtement cutané**
- **Épaississement cutané, envahissement cutané ou musculaire**
- **Halo péri lésionnel**
- **Nodule non déformable par la pression de la sonde.**

Échographie

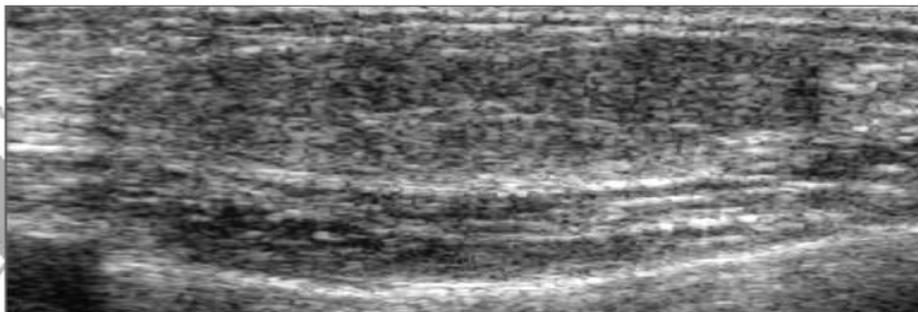


Contours réguliers : plutôt bénin

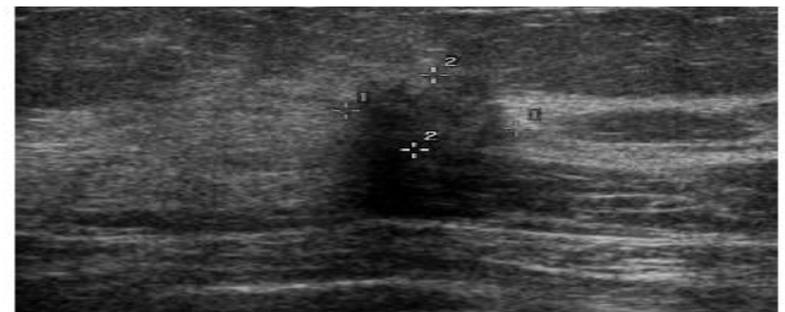


Contours anguleux : plutôt malins

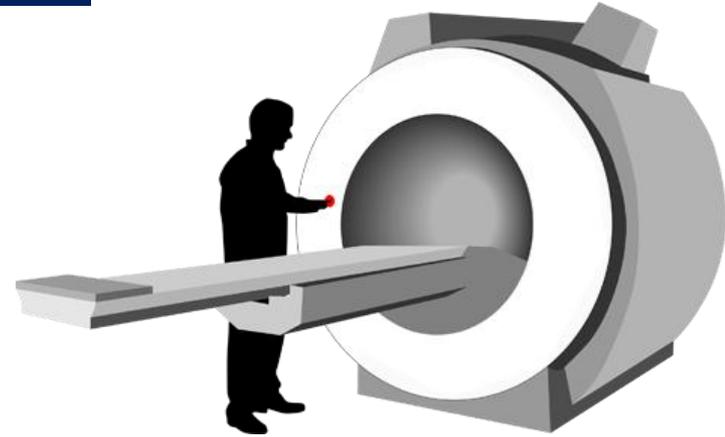
► Orientation de l'axe de la lésion par rapport plan cutané :



Horizontal : BENIN



Vertical : MALIN



- **Utile en cas de doute à la mammographie (meilleure sensibilité)**
- **Visualise bien les seins denses**
- **Nécessaire quand mammographie +**

échographie non performantes

– **Sur mastopathie à risque**

– **Au cours du suivi** : récidive après tumorectomie simple ou après reconstruction mammaire

Dans le suivi préventif des femmes à haut risque et familiaux

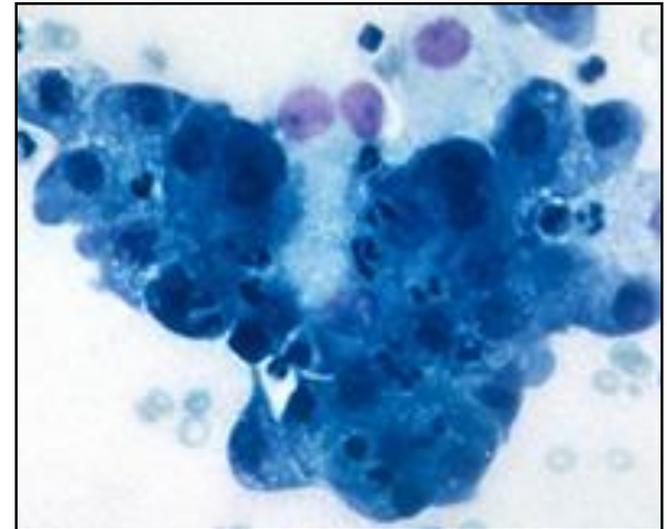
Faite par un cytologiste entraîné.

Ponction du nodule et/ou des ganglions (ADP) (adénopathie).

Ponction écho guidée: lésion infra clinique. **N'a de valeur que positive.**

La cytoponction

- Apporte un diagnostic d'orientation
- Supplantée par la biopsie
- Indications:
 - Ecoulement mamelonnaire
 - Nodule ou placard palpable
 - Adénopathie axillaire
- Une conclusion:
bénigne ; maligne; suspecte



Q N°2/ Quels sont parmi les lésions décrites dans l'examen d'une mammographie celles qui plaident en faveur de la malignité?

A : L'existence d'un nodule bien limité

B : Micro calcifications groupées

C : Opacité spiculée à centre dense

D : Opacité mal circonscrite aux contours flous et irréguliers

E : Opacité ronde avec macro calcifications

F: tous ces réponses sont justes sauf D

Réponse N°2/ Quels sont parmi les lésions décrites dans l'examen d'une mammographie celles plaident en faveur de la malignité?

A : L'existence d'un nodule bien limité

B : Micro calcifications groupées

C : Opacité spiculée à centre dense

D : Opacité mal circonscrite aux contours flous et irréguliers

E : Opacité ronde avec macro calcifications

F: tous ces réponses sont justes sauf D

Biopsies

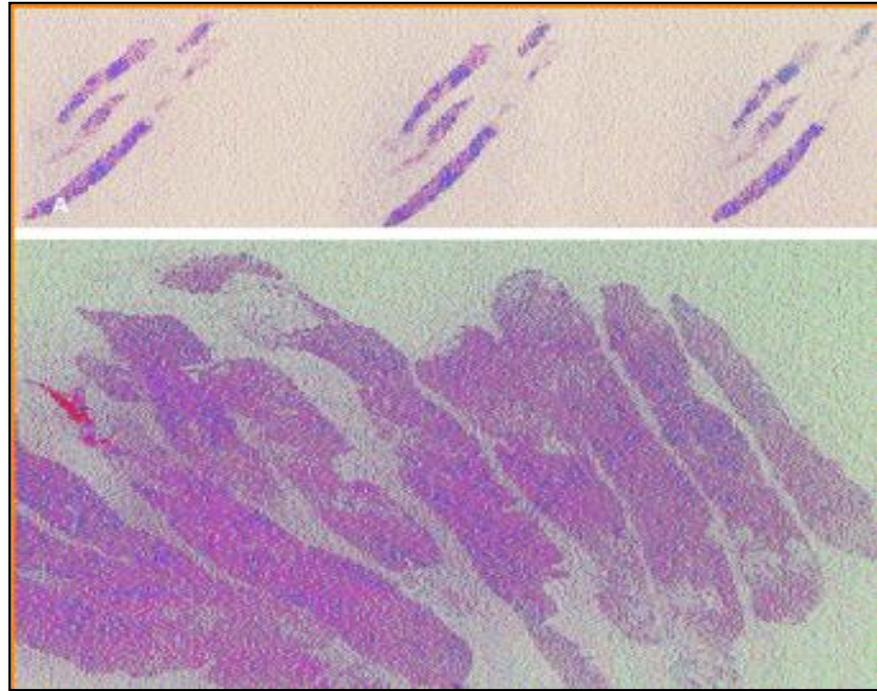
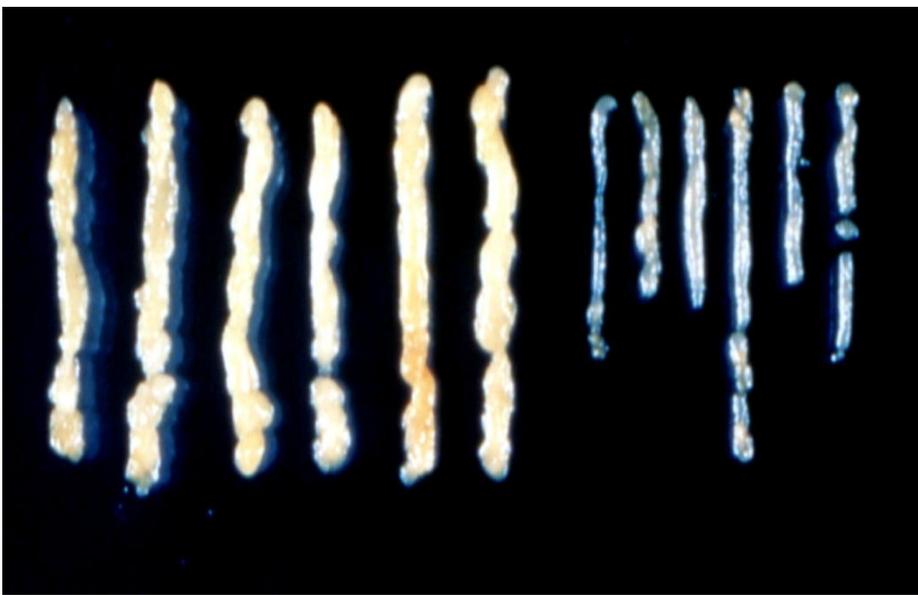
- **1° Micro biopsie au pistolet automatique** :
réalisée en ambulatoire, durant quelques minutes,
sous anesthésie locale, sous contrôle manuel **en cas de tumeur palpable**, sous contrôle écho guidage dans le cas contraire, à l'aide d'une aiguille de gros calibre, 14 ou 16 G.



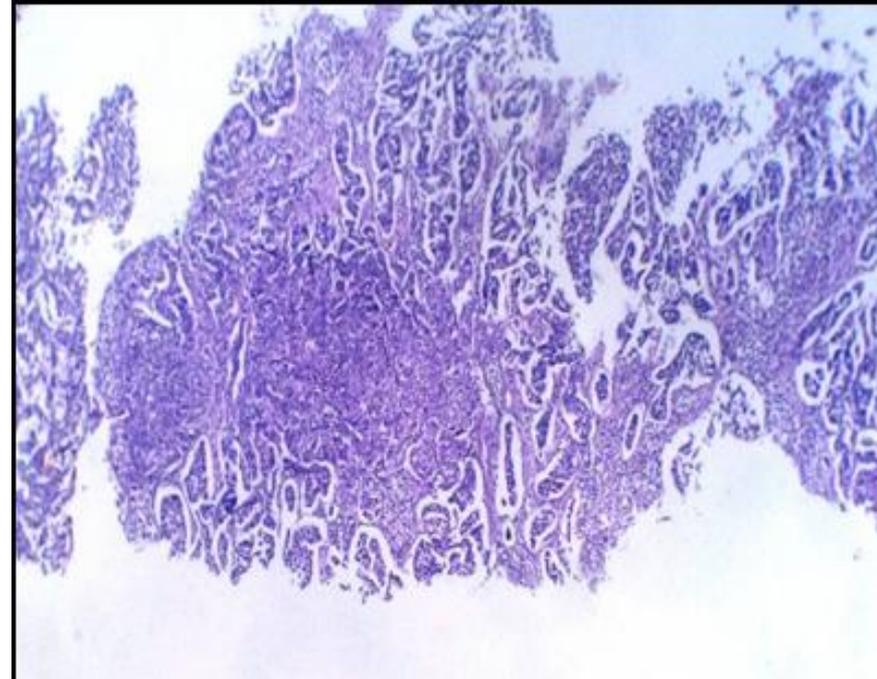
- **2° Macrobiopsies par aspiration/ mammotome** (*Minimal Invasive Breast Biopsy MIBB*): **sous anesthésie locale**, est plus lourde (1heure en moyenne). La patiente est installée à plat ventre sur une table d'examen dédiée comprenant des orifices pour les seins. On effectue un repérage stéréotaxique de la lésion et on introduit l'aiguille d'un pistolet automatique qui va faire des prélèvements réguliers sur 360° ; il s'agit d'une aiguille de calibre 8 à 11 G. Cette technique est **réservée aux lésions infra cliniques**, tout particulièrement aux **foyers de micro calcifications**.

Biopsies

- **3° Système ABBI (*Advanced Breast Biopsy Instrumentation*)**: permet l'exérèse des lésions centimétriques, inférieures ou égales à 15 mm en une seule pièce, sous contrôle échographique. Elle permet donc un geste non seulement diagnostique mais aussi thérapeutique, qui peut être suffisant lorsque la radiographie de la pièce opératoire, et surtout, l'examen histologique permettent de vérifier l'exérèse complète de la lésion.
- **4° Exérèse chirurgicale diagnostique** : doit se faire en dernier recours, si les techniques de radiologie interventionnelles sont contre indiquées ou les appareils (MIBB ou ABBI) non disponibles. Elle ne permet un examen extemporané que pour les tumeurs d'un diamètre suffisant (classiquement 10mm), mais non pour les foyers de micro calcifications.

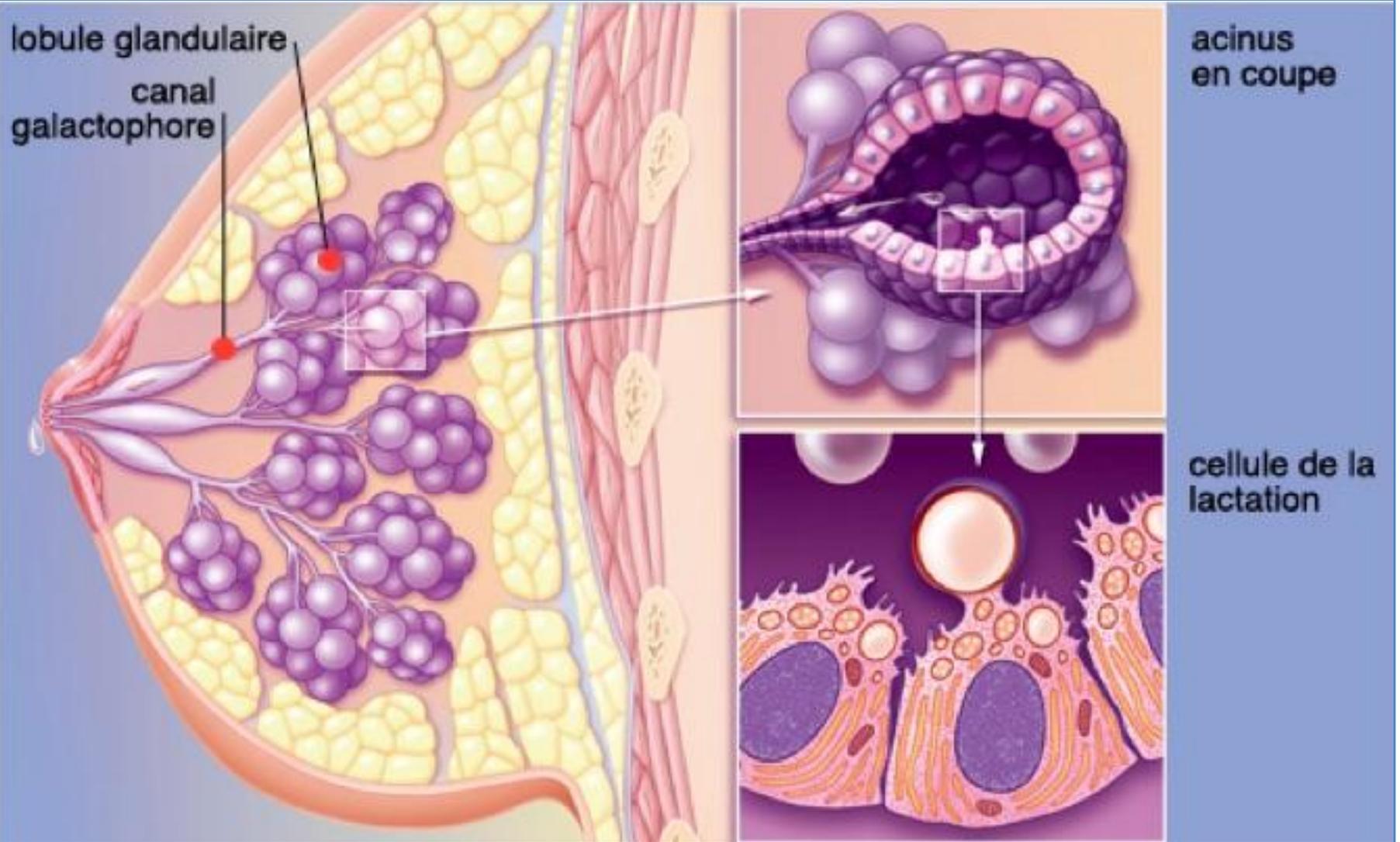


Macrobiopsie 11 G Microbiopsie 14 G



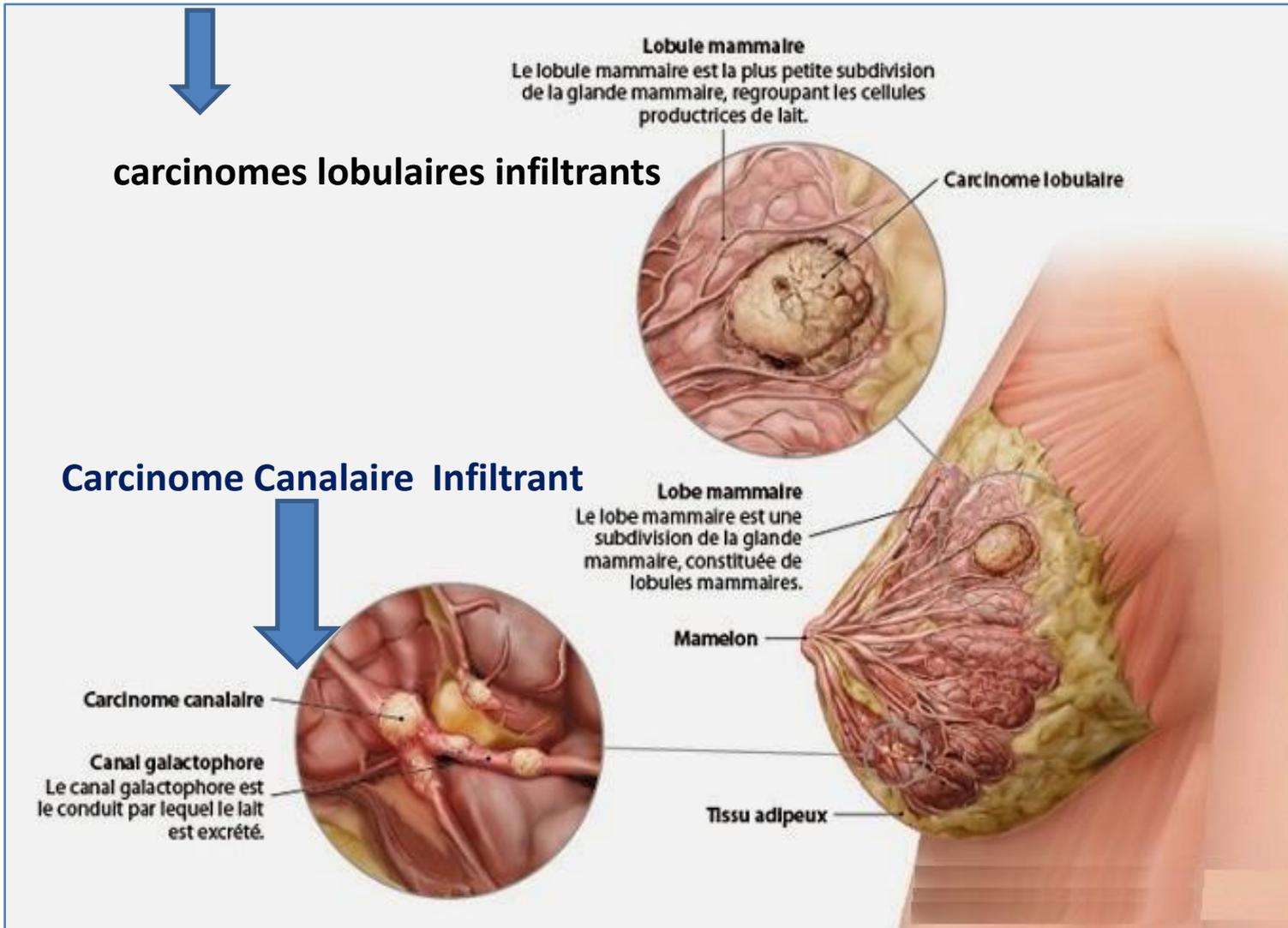
Q N°3/ Quels sont les types histologiques les plus fréquents du cancer du sein?

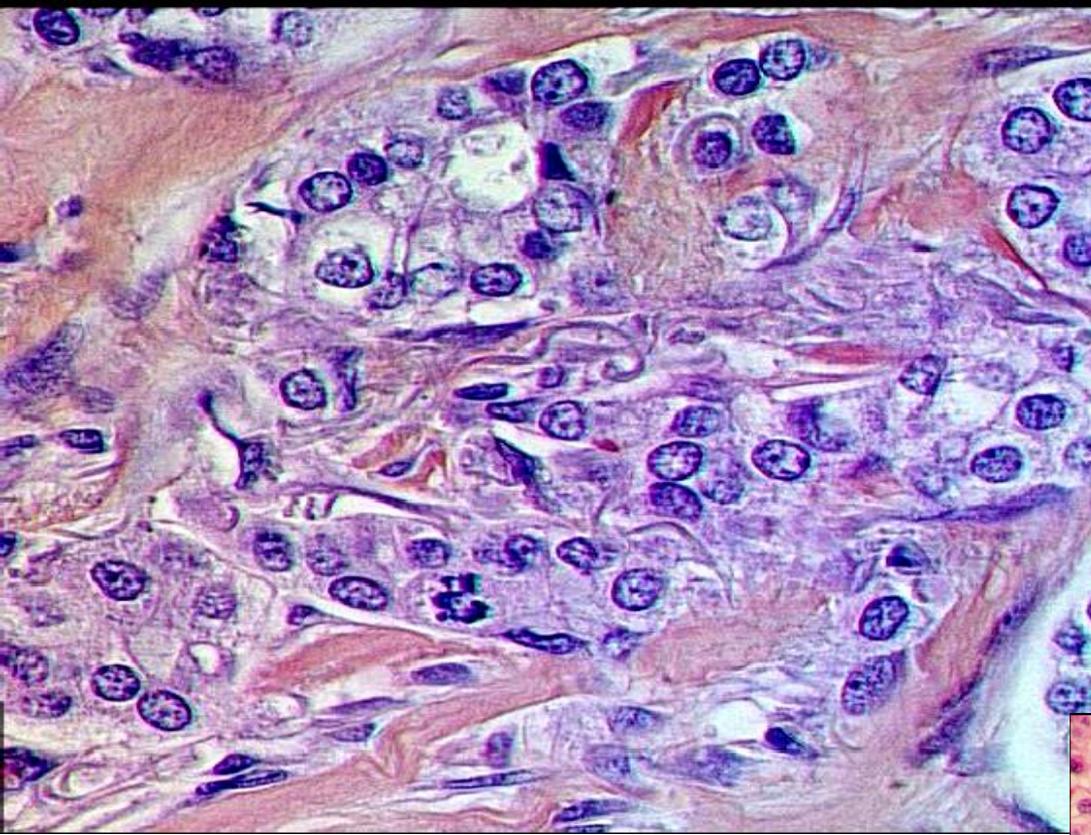
Rappel histologique



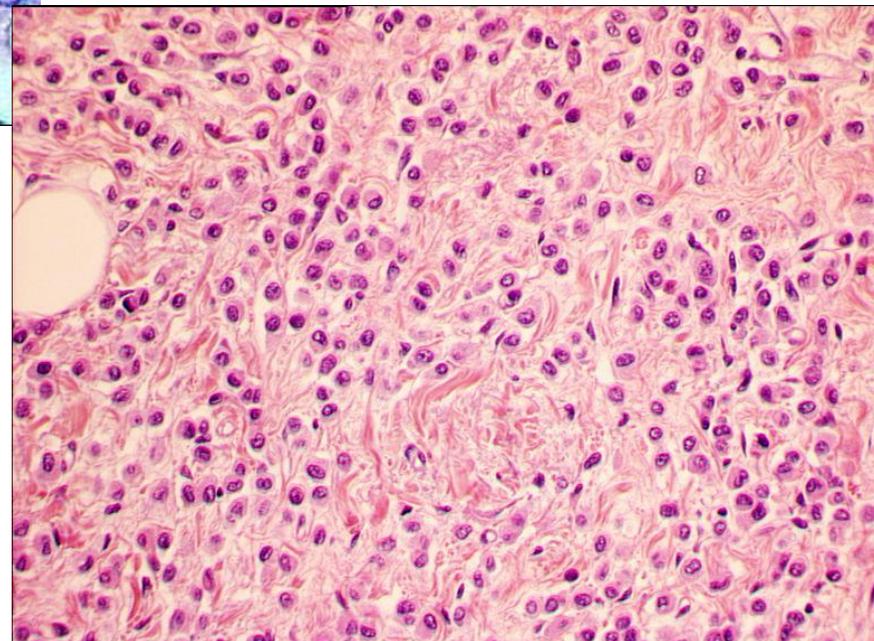
Types histologiques les plus fréquents

> 90% de carcinomes (= adénocarcinomes)
développés à partir de l'épithélium glandulaire





Carcinome Canalaire Infiltrants (CCI)



Carcinome lobulaire infiltrant

Types histologiques de la tumeur

(Classification histologique de l'OMS)

- **90 %** des Kc mammaires: **Carcinome Canalaire Infiltrant (CCI)**.
- Les carcinomes lobulaires infiltrants **10 à15 %**.
- **Formes histologiques particulières de bon pronostic:**
 - le carcinome papillaire
 - le carcinome tubuleux
 - le carcinome mucineux pur
 - le carcinome adénoïde kystique
 - le carcinome cribriforme
- **Formes histologiques particulières de mauvais pronostic:**
 - le carcinome micropapillaire.

Le Grade histopronostique : +++

Le plus utilisé est celui de **Scarff, Bloom et Richardson (SBR)** :

3 paramètres:

1) la différenciation de la tumeur : cotée de 1 à 3

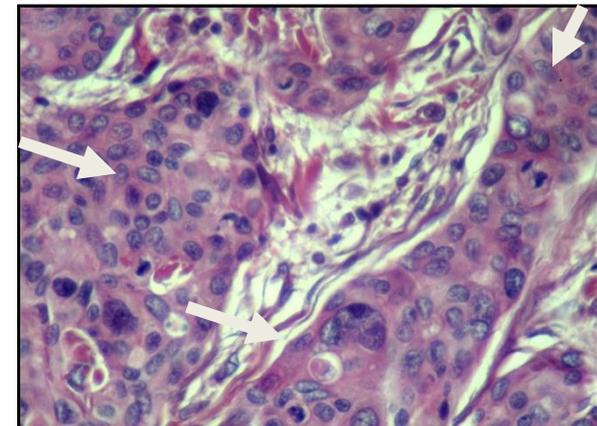
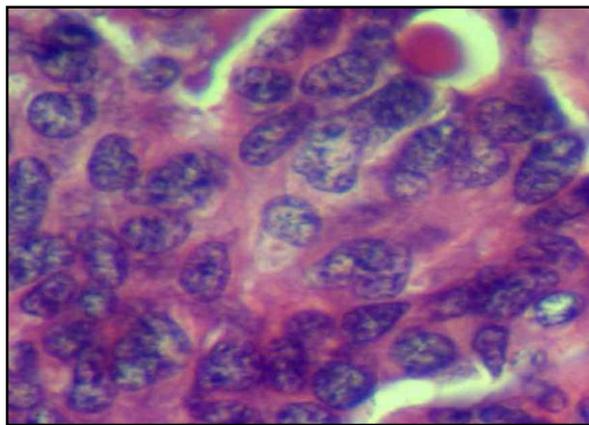
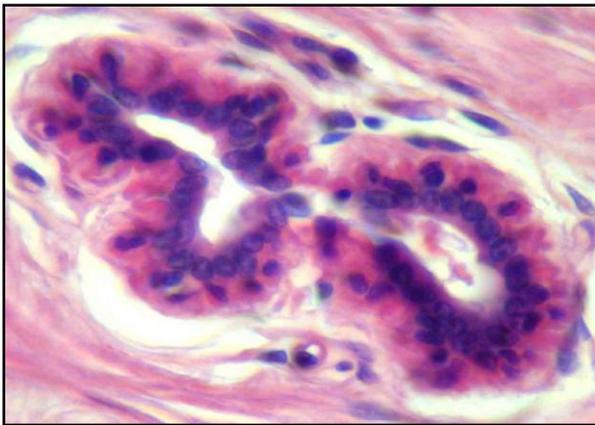
(seulement des tubes = 1; tubes en quantité variée = 2; tubes absents = 3).

2) Anisocaryose : cotée de 1 à 3

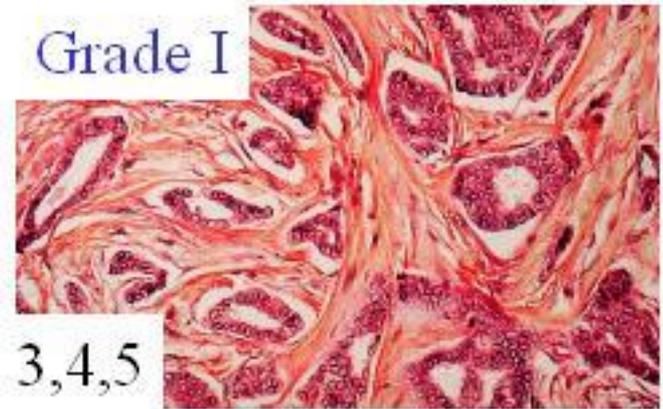
(discrète = 1;modérée = 2; sévère:3).

3)Activité mitotique : cotée de 1 à 3

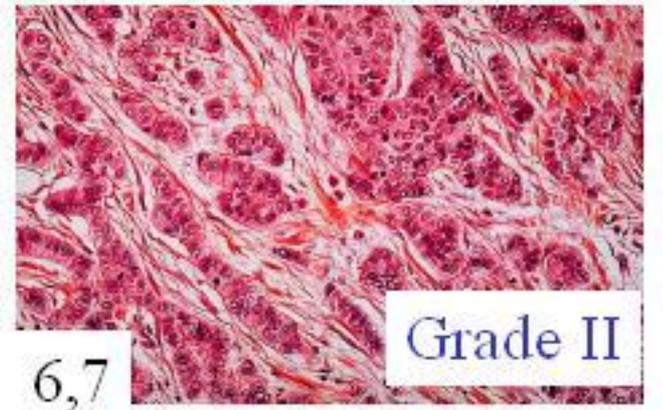
(< ou 1 = 1; 2 = 2; 3 ou > = 3) x 400.



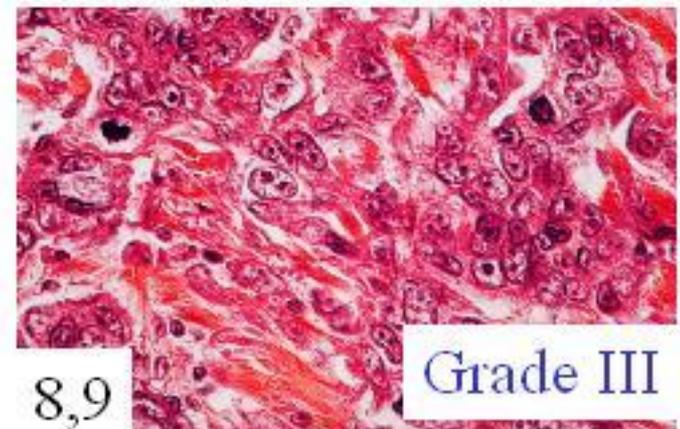
Total de **3 à 5** : **SBR I**
Pronostic favorable



Total de **6, 7** : **SBR II**
Pronostic intermédiaire



Total de **8, 9** : **SBR III**
Pronostic défavorable

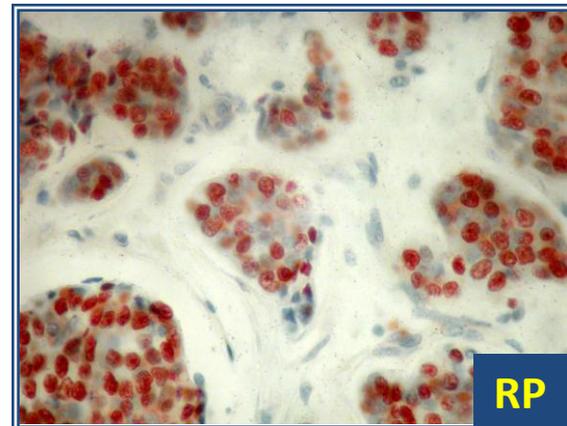
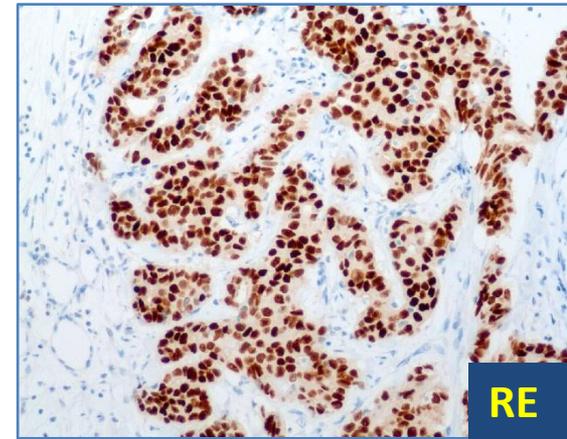


Immunohistochimie

Récepteurs hormonaux (œstrogènes et progestérone)

Facteurs prédictifs importants à l'hormonothérapie

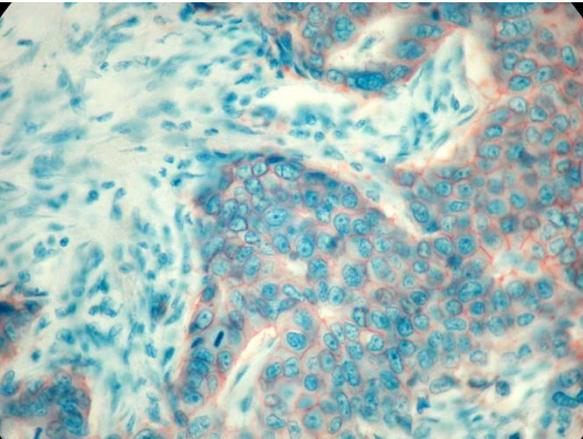
- score 0 : Absence de réponse au traitement
- score 2-3 20% réponse (faible)
- score 4-6 50% réponse
- score 7-8 75% réponse (forte)



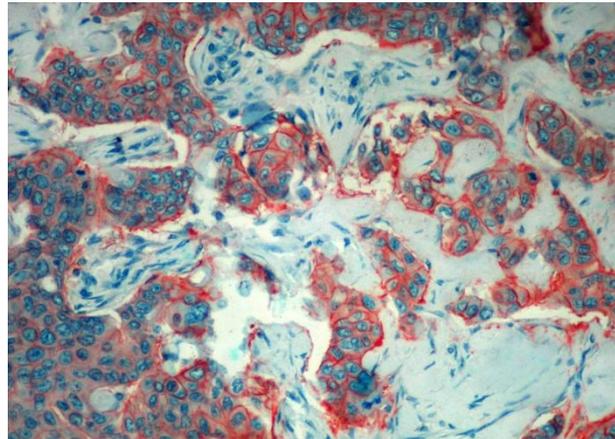
Immunohistochimie

Oncoprotéine HER-2

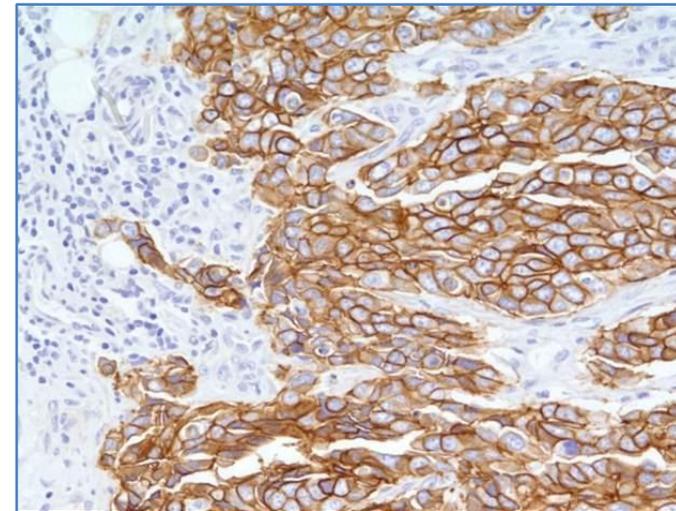
- HER 2 est une cible thérapeutique. (Thérapie ciblée)
- Le statut HER2 doit être évalué en raison de l'importance clinique et économique de l'administration du **Trastuzumab (Score 3)**.



Score 1



Score 2



Score 3

Q N°4 /Quels sont les éléments indispensables à déterminer dans l'examen histologique de la biopsie du sein?

A :Le type histologique

B : Grade Histo pronostique de la tumeur : selon Scarff- Bloom- Richardson (SBR) ou Elston et Ellis

C : Les Récepteurs hormonaux

D: Marqueurs de prolifération cellulaire ki67

E: Surexpression de HER 2

F: Tous ces réponses sont justes sauf D

Réponse N°4 : les éléments indispensables à rechercher dans l'examen histologique de la biopsie du sein?

A :Le type histologique

B : Grade Histo pronostique de la tumeur : selon Scarff- Bloom- Richardson (SBR) ou Elston et Ellis

C :Les Récepteurs hormonaux

D: Marqueurs de prolifération cellulaire ki67

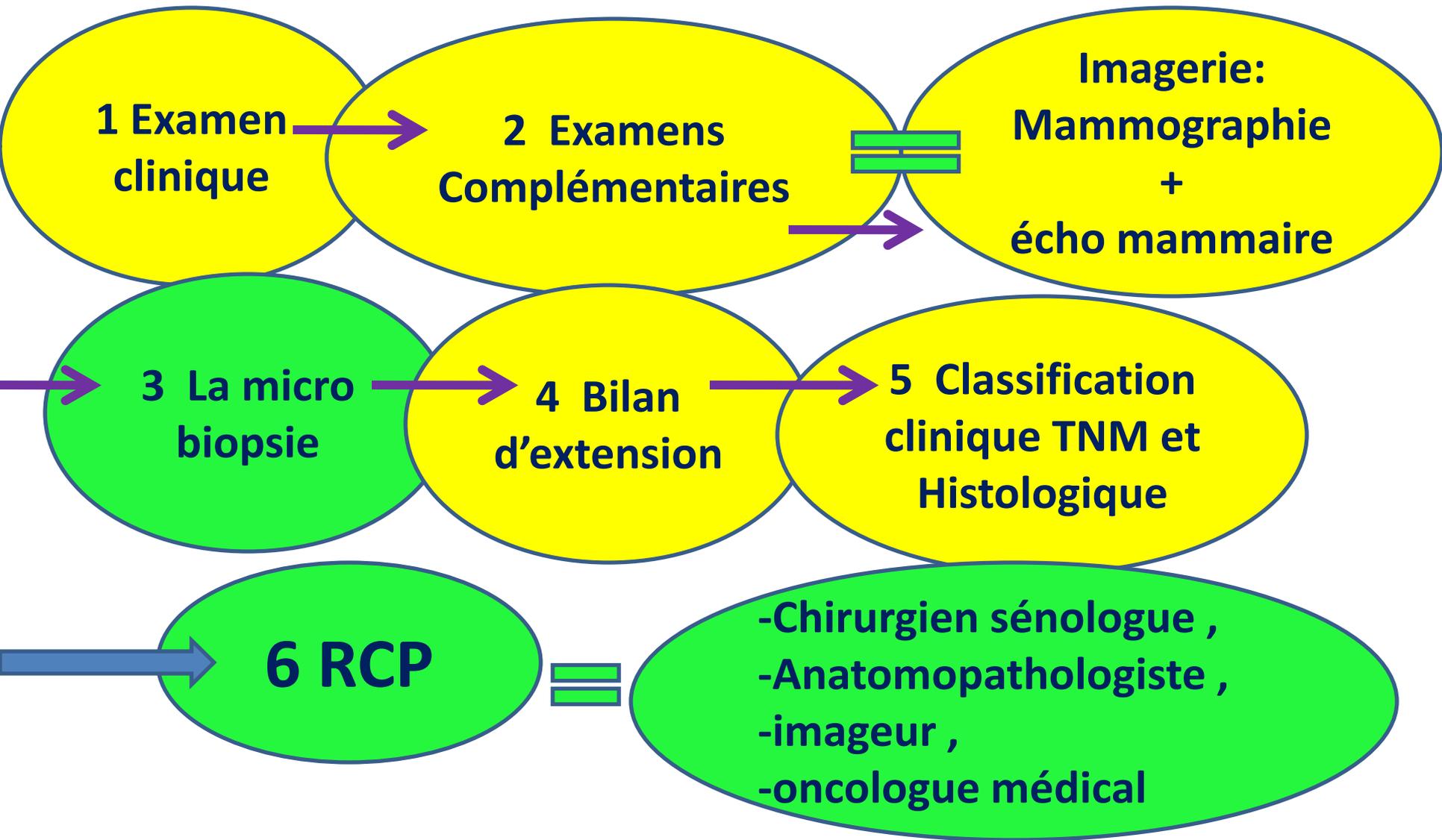
E:Surexpression de HER 2

F:tous ces réponses sont justes sauf D

S. SAMIA 50 ans : résultats des examens

- Mammographie du 15/03/2011
 - Sein gauche : mastite carcinomateuse + ADM axillaire gauche (ACR 5).
 - Sein droit : nodule de 3 cm (ACR 2).
- Cytoponction :
 - Carcinome du sein gauche
 - Adénite métastatique axillaire gauche
 - ADF du sein droit
- Micro-biopsie du sein gauche : Carcinome lobulaire de grade I de SBR, RH- et Her2 +++

CAT devant un nodule du sein suspect de néoplasie : Les étapes à suivre en pratique à visée diagnostique



Rassemble éléments pronostiques et prédictifs de réponse aux traitements → **stratégie thérapeutique RCP**

- **Examen clinique -----> permet de faire classification clinique**

- État général (PS = performance status)
- Extension locale : peau, paroi thoracique, aspect inflammatoire (classification PEV)
- Extension régionale : adénopathies satellites
- Extension à distance éventuelle tel que : hépatomégalie ,

Bilan d'imagerie permettant la classification TNM

(définition du stade) - - - - bilan d'extension

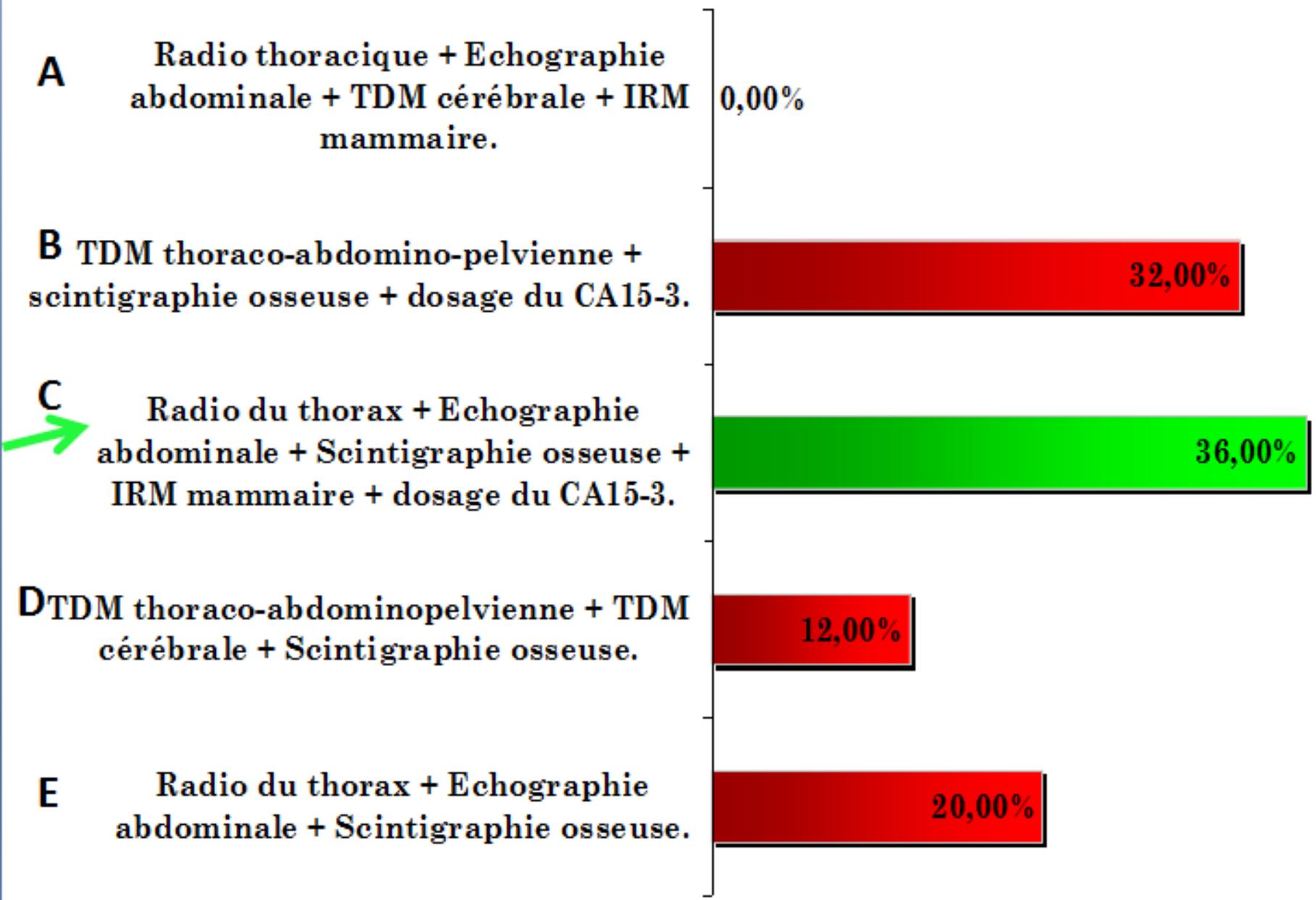
- Radiographie du thorax -----> recherche méta pulmonaire
- échographie hépatique-----> recherche méta hépatique
- scintigraphie osseuse-----> recherche méta osseuse
- voire scanner, IRM si nécessaire selon les éléments du dossier

- Marqueurs tumoraux

- Aucun dosage à visée diagnostique n'est recommandé, sauf dans le cadre de la surveillance d'un traitement avec un taux de marqueur initialement élevé.
- **CA 15.3** antigène associé aux tumeurs mammaires humaines dont le taux est corrélé au stade. La sensibilité de ce dosage est très faible (21 %), contre indiquant son dosage dans un but diagnostique
- **ACE** permet d'évaluer la masse tumorale et donc apprécier le pronostic, mais sa sensibilité est très faible (15 à 25 %).

Q N°4) QUEL BILAN D'EXTENSION PRÉCONISEZ VOUS ?

- A) Radio thoracique + Echographie abdominale + TDM cérébrale + IRM mammaire.
- B) TDM thoraco-abdomino-pelvienne + scintigraphie osseuse + dosage du CA15-3.
- C) Radio du thorax + Echographie abdominale + Scintigraphie osseuse + IRM mammaire + dosage du CA15-3.
- D) TDM thoraco-abdominopelvienne + TDM cérébrale + Scintigraphie osseuse.
- E) Radio du thorax + Echographie abdominale + Scintigraphie osseuse.



- Radio du thorax : normale
- Echographie abdomino-pelvienne : volumineux myome utérin (10,2x15 cm).
- Scintigraphie osseuse : normale
- CA15-3 = 17,6
- IRM mammaire :
 - Sein gauche: glande hypertrophiée ;prolifération de 60mm + multiples adénopathies axillaires
 - Sein droit : formation de 14 mm du QSE d'allure bénigne.

Q N°5) Quel est la classification clinique de votre patiente si l'examen clinique des seins retrouve au niveau du sein gauche une masse de 60 mm de diamètre dure avec phénomènes inflammatoires 2/3 de la glande , avec deux adénopathies axillaires de 2 cm de diamètre chacune bilatérales et fixées en tenant compte de son bilan d'extension

- A) T1N2M0
- B) T2N1M1
- C) T3N1M0
- D) T4N2M0
- E) T4N1M1
- F) T3N2M0

Réponse N°5) Quel est la classification clinique de votre patiente si l'examen clinique des sein retrouve au niveau du sein gauche une masse de 60 mm de diamètre dure avec phénomènes inflammatoire 2/3 de la glande ,avec deux adénopathies axillaires de 2 cm de diamètre chacune bilatérale et en tenant compte de son bilan d'extension

A) T1N2M0

B) T2N1M1

C) T3N1M0

D) T4N2M0 

E) T4N1M1

F) T3N2M0

Classification TNM (UICC 1997, révisée en 2002)

Tumeur primitive (T)

(cT pour une classification clinique ou radiologique,
pT pour une classification anatomo pathologique)

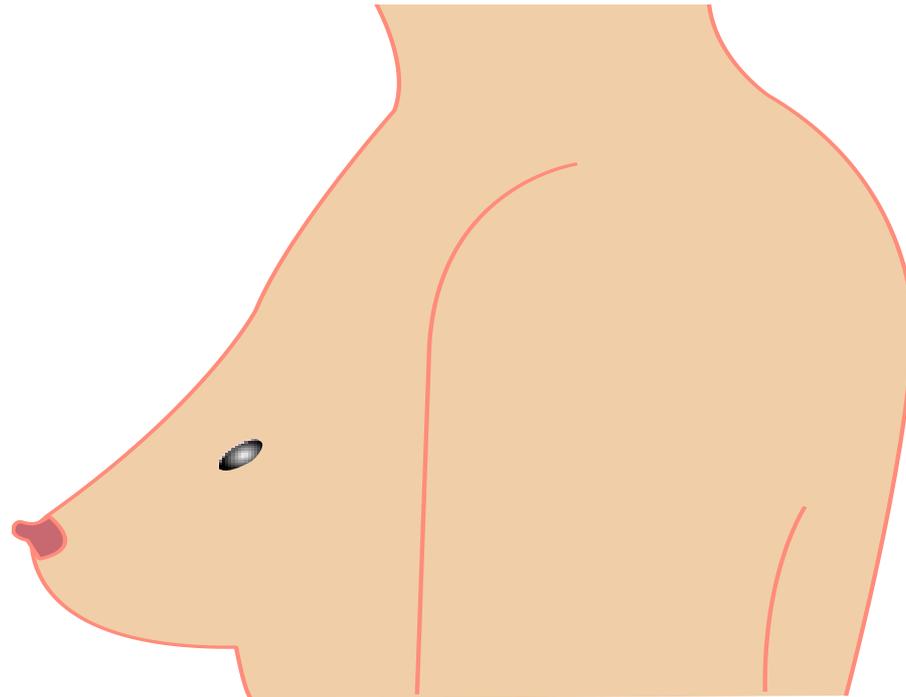
Stade I

STADE I

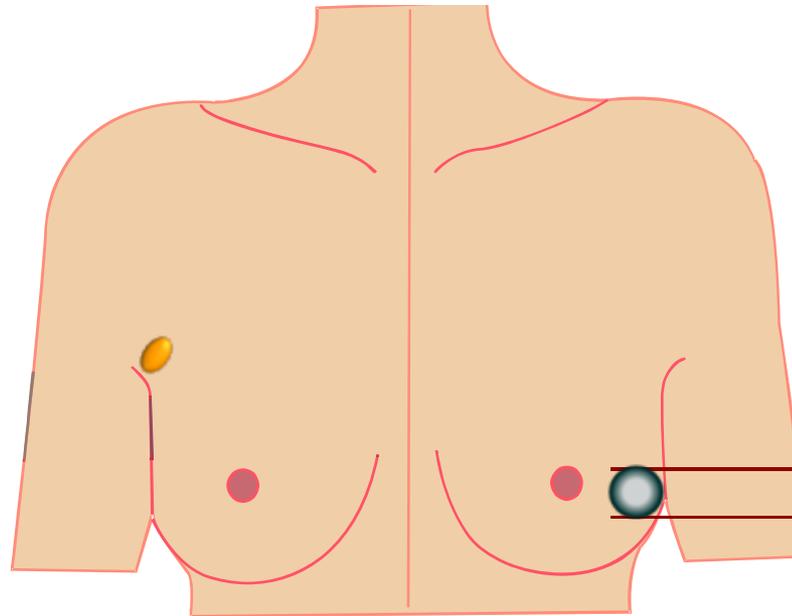


T1 N0 M0

T1 T ≤ 2 cm



Stade II A



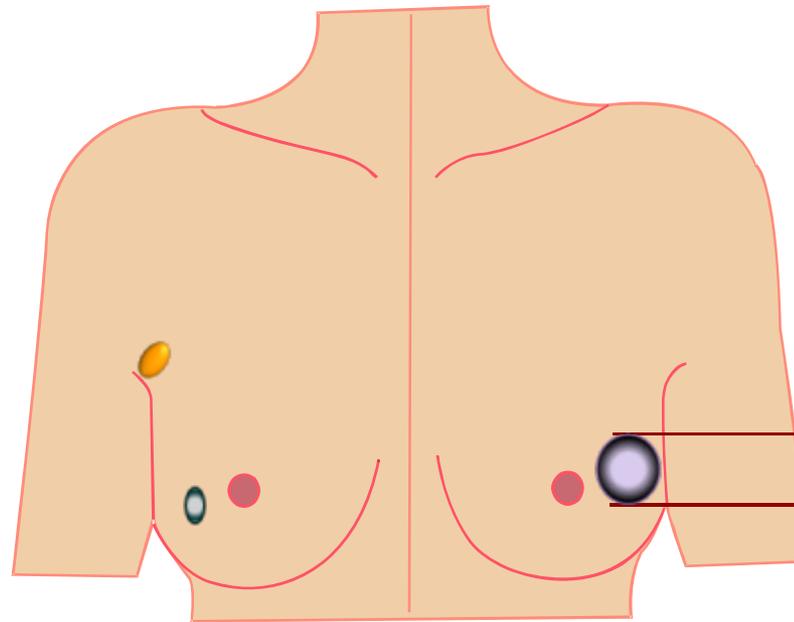
T0 Pas de tumeur palpable

T1 $T \leq 2$ cm

T2 $2 < T \leq 5$ cm

N1 = Adénopathie(s) axillaire(s) homolatérale(s) mobile(s)

Stade II B



T2 $2 < T \leq 5 \text{ cm}$

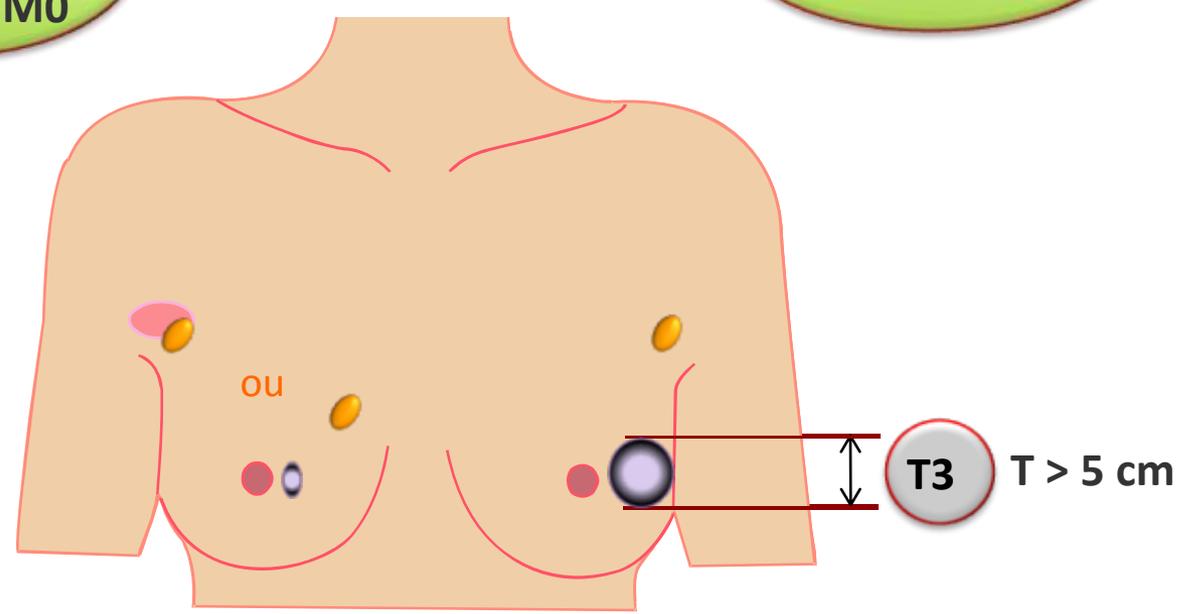
T3 $T > 5 \text{ cm}$

N1 = Adénopathie(s)
axillaire(s) homolatérale(s)
mobile(s)

Stade III A



- T0** Pas de tumeur palpable
- T1** $T \leq 2$ cm
- T2** $2 \text{ cm} < T \leq 5$ cm



N2 = Adénopathie(s) axillaire(s) fixée(s) ou adénopathie(s) mammaires internes

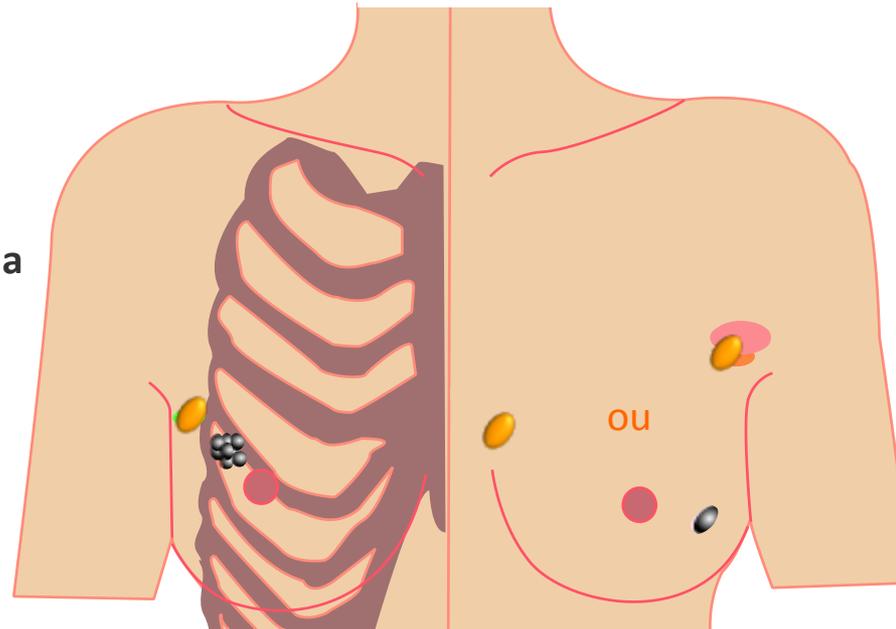
N1 = Adénopathie(s) axillaire(s) homolatérale(s) mobile(s)

Stade III B

STADE III B

T4, N0, M0
T4, N1, M0
T4, N2, M0

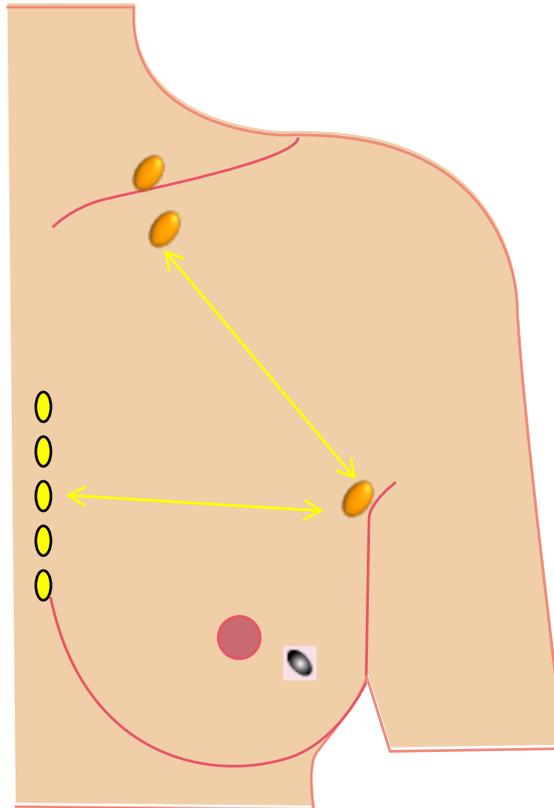
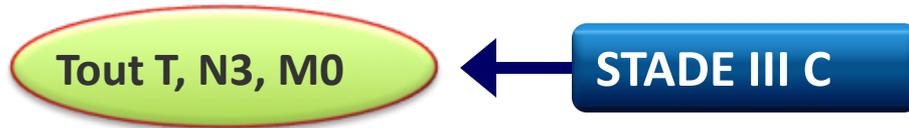
T4 Tumeur de toute taille avec extension à la paroi thoracique et/ou à la peau, carcinome inflammatoire



N1 = Adénopathie(s) axillaire(s) homolatérale(s) mobile(s)

N2 = Adénopathie(s) axillaire(s) fixée(s) ou adénopathie(s) mammaires internes

Stade III C



N3 = Adénopathie(s) axillaire(s) +
adénopathie(s) sous-claviculaire(s)

ou

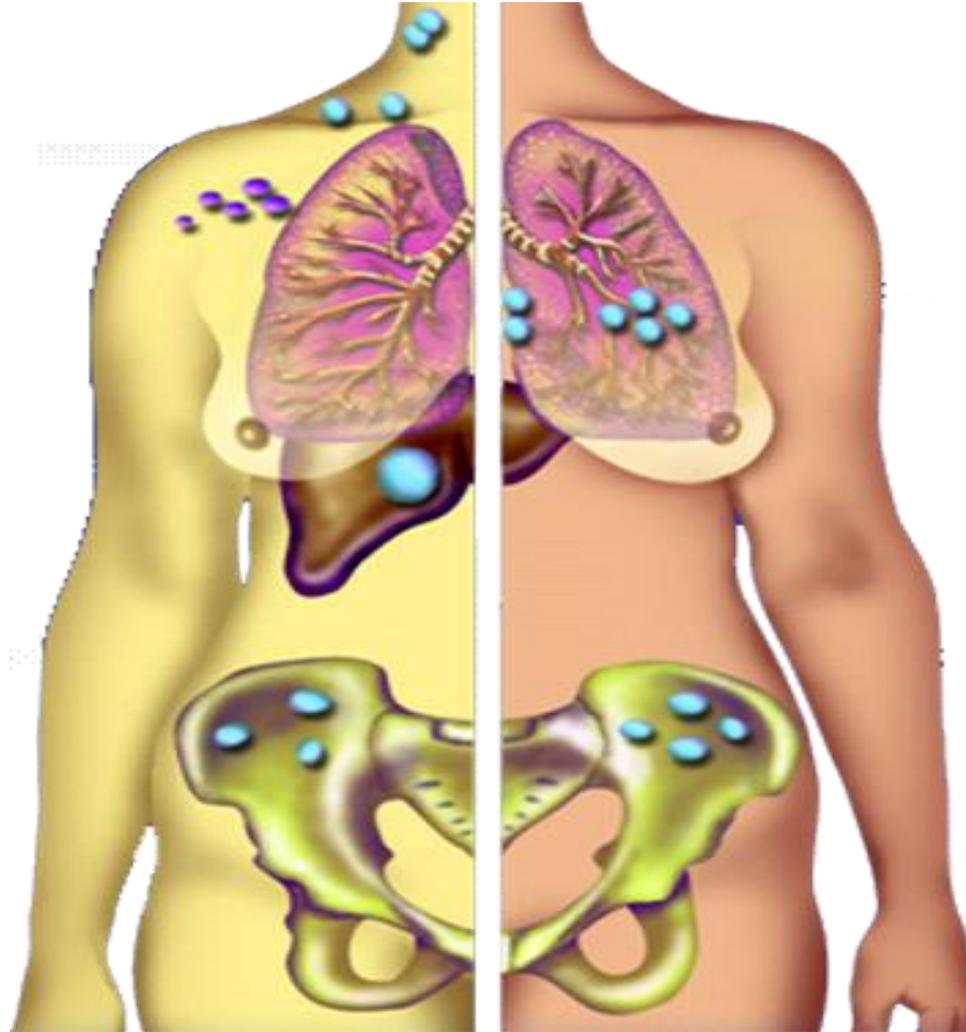
Adénopathie(s) axillaire(s) + adénopathie(s)
mammaire(s) interne(s)

ou

Adénopathie(s) sus-claviculaire(s)

Stade IV: (poumon ,foie ,os)

Tout T Tout N M1



M1 = métastase à distance

Q N°6) Citer les facteurs pronostiques de cancer du sein

- A) Taille tumorale
- B) Envahissement ganglionnaire
- C) Age jeune de la patiente
- D) Récepteurs hormonaux
- E) Grade Histo pronostique de la tumeur
- F) Type histologique
- G) Sauf a et b sont juste

Réponse N°6) Citer les facteurs pronostiques de cancer du sein

- ✓ Taille tumorale
- ✓ Envahissement ganglionnaire
- ✓ Age jeune de la patiente
- ✓ Récepteurs hormonaux
- ✓ Grade Histo pronostique de la tumeur
- ✓ Type histologique
- Sauf a et b sont juste

Facteurs pronostiques

- **Envahissement ganglionnaire** : en l'absence de traitement adjuvant, le taux de survie à 10 ans est de 80 % en l'absence d'atteinte ganglionnaire, de 60 % si 1 à 3 ganglions sont atteints, de 40 % si 4 à 9 ganglions sont atteints et de 20 % si au moins 10 ganglions sont atteints.
- **Taille tumorale** : en l'absence de traitement adjuvant, le risque de rechute est de 25 % pour des tumeurs inférieures à 2 cm, de 35 % pour des tumeurs comprises entre 2 et 2,9 cm, 45 % pour les tumeurs comprises entre 3 et 3,9 cm et supérieure à 50 % pour les tumeurs d'au moins
- **Age** : un jeune âge au diagnostic est associé à une tumeur plus agressive, mais ce jeune âge est aussi un facteur de mauvais pronostic indépendant. Le risque de rechute locale et de rechute à distance est significativement augmenté chez les patientes de moins de 35 ans

Facteurs pronostiques

- **Grade histopronostique de la tumeur** : selon Scarff- Bloom-Richardson (SBR) ou Elston et Ellis : ces classifications étudient la différenciation cellulaire, l'aspect du noyau et l'activité mitotique. Chacun de ces items est coté de 1 à 3, la somme obtenue permettant d'établir un grade auquel correspond un pourcentage de survie :
grade SBR I : de 1 à 3 (85 % de survie à 5 ans), grade SBR II : 6 et 7 (30 % de survie à 5 ans), grade SBR III : 8 et 9 (10 % de survie à 5 ans)
- **Récepteurs hormonaux** il s'agit des récepteurs d'œstrogènes (RE) et des récepteurs de progestérone (RP). Leur présence est associée à un meilleur pronostic en matière de survie. Les patientes n'ayant pas reçu de traitement adjuvant après chirurgie d'une tumeur sans expression des récepteurs hormonaux ont un risque de rechute augmenté de 10 % lors des 5 premières années par rapport aux patientes avec une tumeur exprimant les récepteurs

- **Type histologique** : Certains types histologiques ont été reconnus de bon pronostic. Ce sont les formes de type tubuleux, médullaires vrais et mucineux de bas grade.
- **Invasion vasculaire et lymphatique.**
- **Surexpression de Her 2** : la surexpression d'Her 2 a une valeur péjorative pour les tumeurs avec ou sans envahissement ganglionnaire .
- **Marqueurs de prolifération cellulaire**: plusieurs techniques sont utilisées notamment le comptage des mitoses , l'évaluation immunohistochimique du KI67 ou MIB1, la détermination du pourcentage de cellules en phase S et l'expression des cyclines.

Q N°7) Citer les traitements utilisés dans le cancer du sein

- A) La chirurgie du sein
- B) La radiothérapie
- C) La curiethérapie
- D) L'irathérapie
- E) L'hormonothérapie
- F) La thérapie ciblées

Réponse N°7) Citer les traitements utilisés dans le cancer du sein

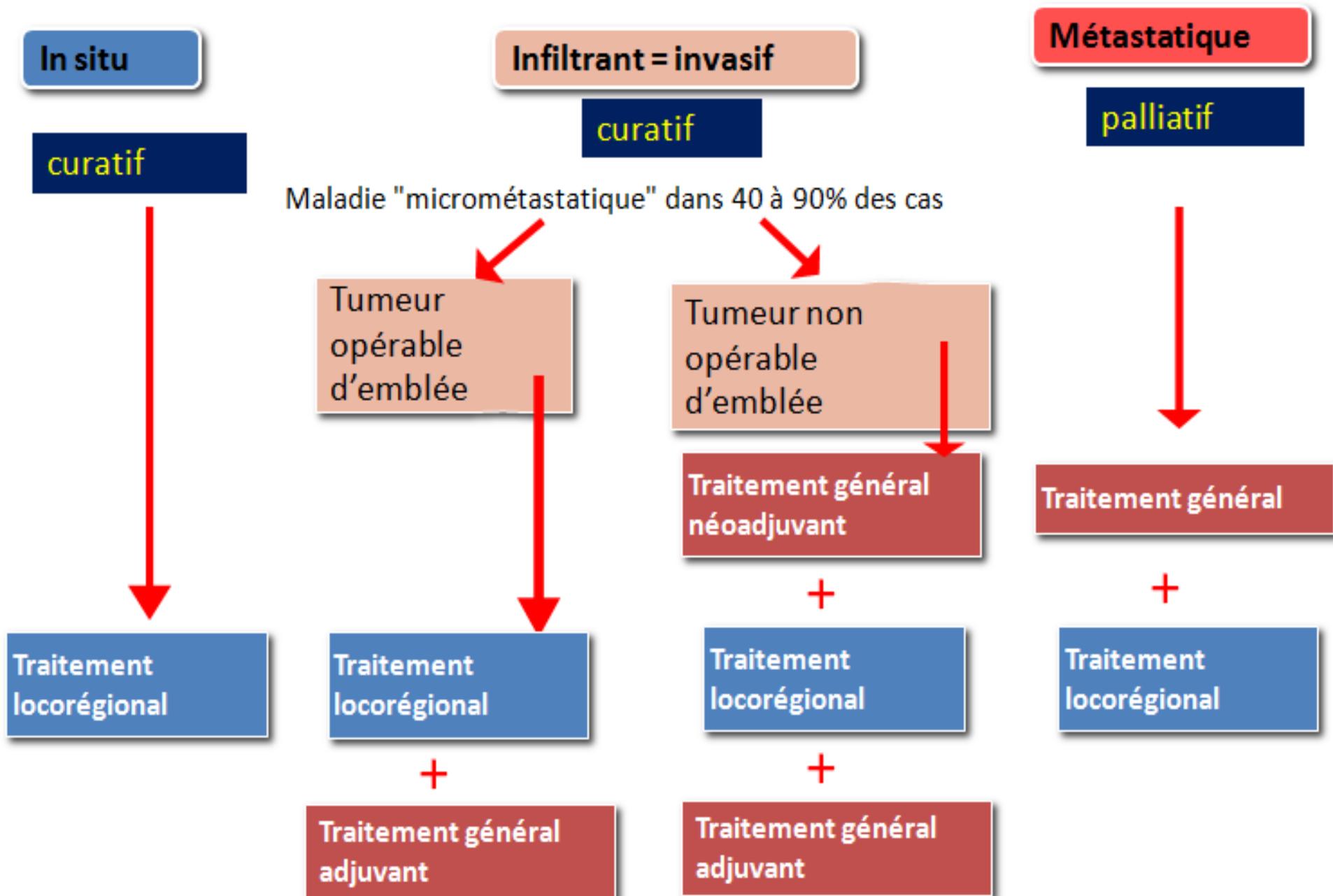
- ✓ La chirurgie du sein
- ✓ La radiothérapie
- C) La curiethérapie
- D) L'irathérapie
- ✓ L'hormonothérapie
- ✓ La thérapie ciblées

Le traitement doit idéalement être discuté par une équipe multidisciplinaire dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire.

- **Le traitement locorégional** est toujours nécessaire, il peut être chirurgical, radiothérapique ou très souvent combiné radio chirurgical.
- **Le traitement général** (chimiothérapie et hormonothérapie) est utilisé dès lors qu'existe un risque significatif de maladie résiduelle et de récurrence. Le traitement général est par conséquent le traitement d'un « risque » de maladie résiduelle.

-TRT locorégional=XIE /RT

-TRT général =CT/Hormonothérapie



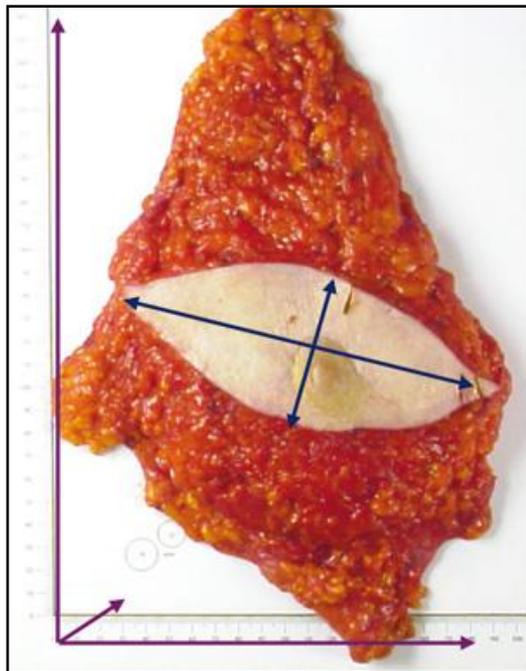
Chirurgie du sein

- **Indications de traitements conservateurs :**

- Taille inférieure à 3 cm - berges saines.
- Tumeur unifocale ou multifocale (plusieurs foyers dans le même quadrant), mais non multicentrique (plusieurs quadrants)

- **Indications de mastectomie :**

- Taille > 3 cm - multicentricité (différents quadrants) - situation rétro-aréolaire
- Berges non saines (cancer in situ ou infiltrant sur les berges), si une reprise du lit tumoral n'est pas réalisable : une marge minimale de tissu sain de 2 mm pour la composante infiltrante et de 5 mm pour la composante in situ est nécessaire.



Chirurgie conservatrice du sein



mastectomie





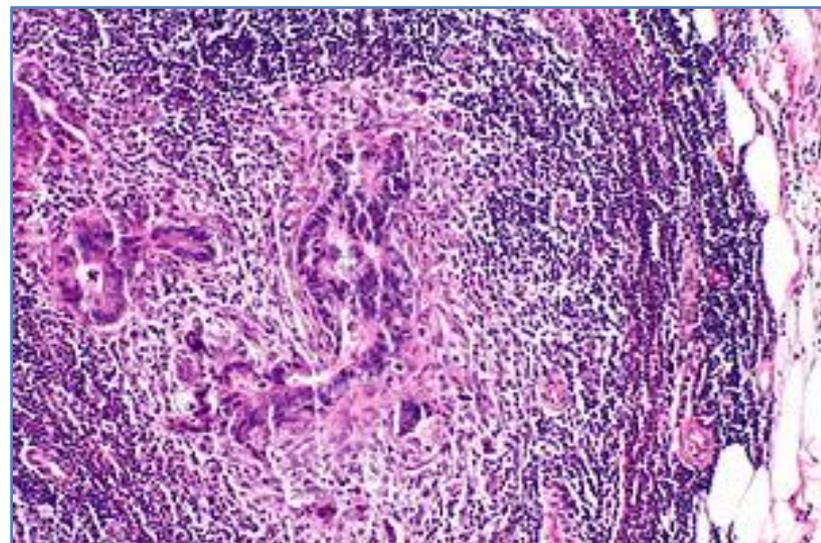
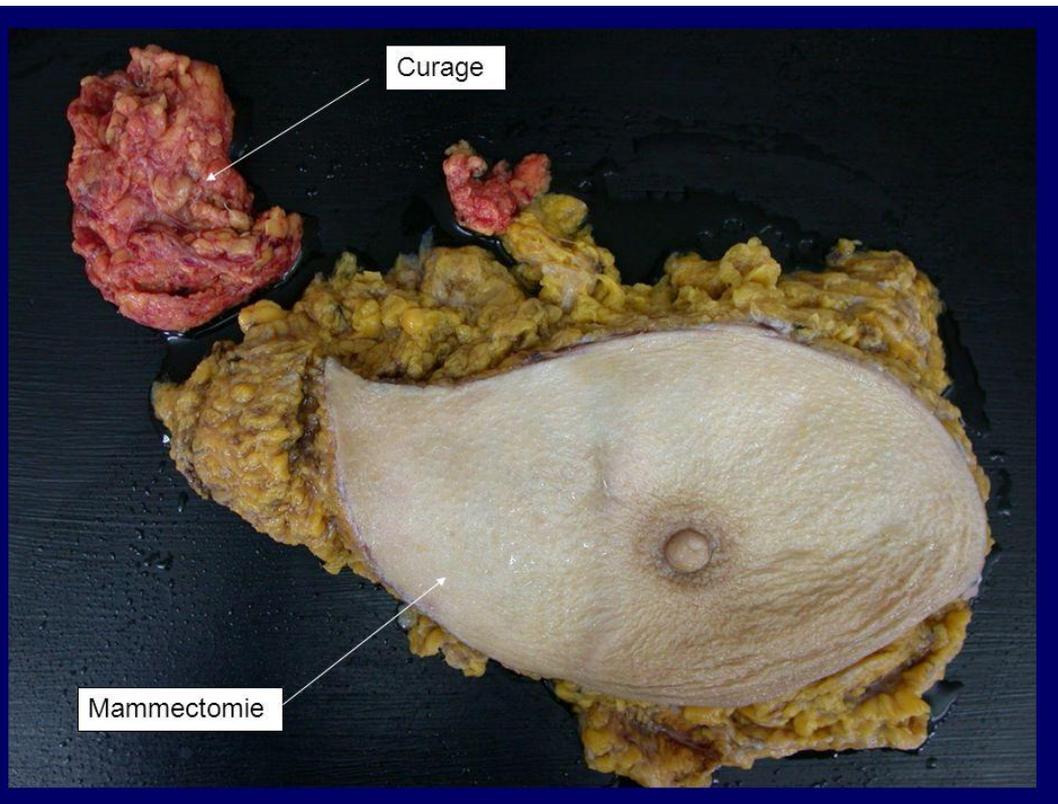
-Curage ganglionnaire

- *Retire les étages inférieurs et moyens de Berg.*
- *Recommandation : au moins 10 ganglions prélevés.*
- *Morbidité élevée : 80 % troubles sensitifs, 20 % moteurs, 40 % gêne quotidienne, 10 % lymphoedème, raideur de l'épaule*

-Chirurgie plastique et reconstructrice Secondaire ou immédiate.

- Principales techniques de reconstruction du sein utilisent soit une prothèse soit un lambeau musculaire (grand dorsal ou grand droit) soit les deux.
- Oncoplastie permet d'associer exérèse large avec passage *in sano* et résultat esthétique y compris dans les lésions étendues. Elle permet remodelage et symétrisations

Examen des ganglions du curage +++



Métastase ganglionnaire d'un CCI

Complications de la chirurgie

- Complications mastectomie
 - Esthétiques
 - Fonctionnelles
 - Psychologiques
- Complications curage axillaire (moins importantes si ganglion sentinelle)
 - Lymphocèle (collection lymphatique locale)
 - Complication précoce, très fréquente
 - Ponctions évacuatrices
 - Lymphoedème (gros bras)
 - À distance, parfois plusieurs années après chirurgie
 - Éviter ponction veineuse, prise TA, plaies...
 - Douleur, dysesthésie de la face interne du bras, limitation mouvement de l'épaule (capsulite rétractile)
 - 15 à 20% des cas, régressif.



Complications esthétiques



Lymphoedème

Radiothérapie

- Traitement locorégional
 - Rayons X : action sur l'ADN
- Objectif
 - **En néoadjuvant** : réduction de la taille tumorale → traitement chirurgical conservateur
 - **En adjuvant** : destruction des foyers infra-cliniques → diminution du taux de récidives locales de 30%
 - **En palliatif** (stades inopérables ou métastatiques) : ralentissement du processus tumoral, soulagement des symptômes

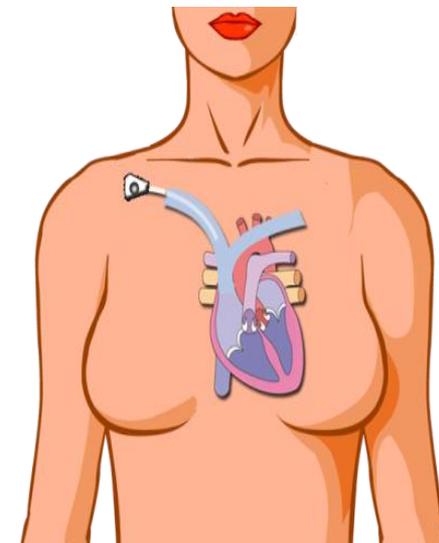


Modalités

- **Situation adjuvante**
- Après chirurgie, et après chimiothérapie adjuvante si celle-ci est indiquée
- Rayonnement et fractionnement : radiothérapie externe par accélérateur linéaire, rayons gammas (couplés aux électrons pour les champs superficiels), 2 Gy par séance, 5 séances par semaine.
- Doses : - sein : 50 Gy + surdosage de 10 à 16 Gy au lit tumoral - paroi, chaînes mammaire interne et sus-claviculaire homolatérales : 50 Gy
- **Situation métastatique** : champs et doses adaptées à chaque situation méta os a visée antalgique

Chimiothérapie

- Substances chimiques cytotoxiques
- Objectif
 - **En néoadjuvant** si $T > 3\text{cm}$ et bilan d'extension négatif
 - Diminution taille tumeur → tumorectomie possible
 - Augmentation survie
 - **En adjuvant** après la chirurgie, avant RT et avant HT
 - Traitement micro métastases
 - Augmentation survie
 - **En palliatif**
 - Augmente qualité de vie , Augmente la survie

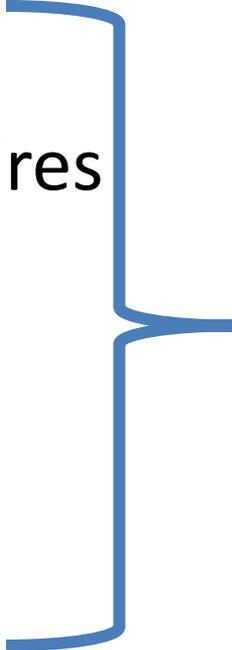


Protocoles de chimiothérapie

- Chimiothérapie adjuvante*
 - FEC : 5 FU + épirubicine + cyclophosphamide → 6 cycles
 - AC : doxorubicine (= adriamycine) + cyclophosphamide → 4 cycles
 - TC : Taxotère® (docetaxel) + cyclophosphamide → 4 cycles
- Chimiothérapie adjuvante séquentielle*
 - FEC + T : 3 cycles de chaque
 - AC + T : 4 cycles de chaque
- Métastatique
 - Taxanes, gemcitabine (Gemzar®), capécitabine (Xeloda®)
 - Bithérapie ou monothérapie

Chimiothérapie

Chimiothérapie adjuvante (après chirurgie)

- Toutes les tumeurs N+
 - Tumeurs N- et **l'un** des facteurs de risque suivant :
 - T > 2 cm
 - Présence d'embols vasculaires
 - RH négatifs: RE- & RP-
 - âge < 35 ans
 - Grade SBR 2 ou 3.
- 

Chimiothérapie

chimiothérapie néo-adjuvante (avant chirurgie)

- Après confirmation histologique du diagnostic de cancer infiltrant par microbiopsie.
- CSLA: **inopérables d'emblée**; tumeurs classées T4 et/ou N2 N3.
- **Cancers opérables d'emblée $3 < T < 5$ cm**, permettre chirurgie conservatrice.
- Repérage de la tumeur est nécessaire, dans la mesure où la tumeur peut ne pas être palpable au décours de la chimiothérapie, lorsqu'on envisage un traitement conservateur. Il est radiologique ou chirurgical.

chimiothérapie palliative

En phase métastatique

- métastases viscérales : d'emblée chez toutes les patientes.
- Métastases osseuses: d'emblée chez les RH- ,après échec à l'hormonothérapie chez les RH positifs.

Séquentiel vs concomitant : INTENS (BOOG, Hollande)

cT2 \geq 3 cm
ou cT3
ou cT4
ou cN+

Lésions mesurables

18 à 70 ans

Karnofsky \geq 70%

201 ptes



100 ptes

4 AC + 4 T

6 TAC

101 ptes

C
H
I
R
U
R
G
I
E

CT Néo adjuvante

- Doses classiques
+ trastuzumab si HER2+++
+ hormonothérapie si RH+

Réponse complète histologique

4 AC + 4 T : 28%

6 TAC : 19%

OR = 1,61 – 95% CI : 0.79-3.33



Recommandations SPV

Patientes HER2(-) naïves de Taxanes

Recommandation : taxane

- **Si choix de mono chimiothérapie**

Docétaxel /3 semaines , Paclitaxel hebdomadaire

- **Si choix d'association**

Docétaxel-gemcitabine , Docétaxel-capécitabine

Paclitaxel-gemcitabine

- **Thérapies ciblées : Paclitaxel bevacizumab**

Patientes HER2(+)

- **Standard : chimiothérapie + Trastuzumab (Herceptine)=H**

Durée du traitement du trastuzumab (phase de consolidation) : jusqu'à progression accord d'experts

- Patientes ayant reçu anthracyclines, taxanes et trastuzumab

Trastuzumab et chimiothérapie ou lapatinib et capécitabine

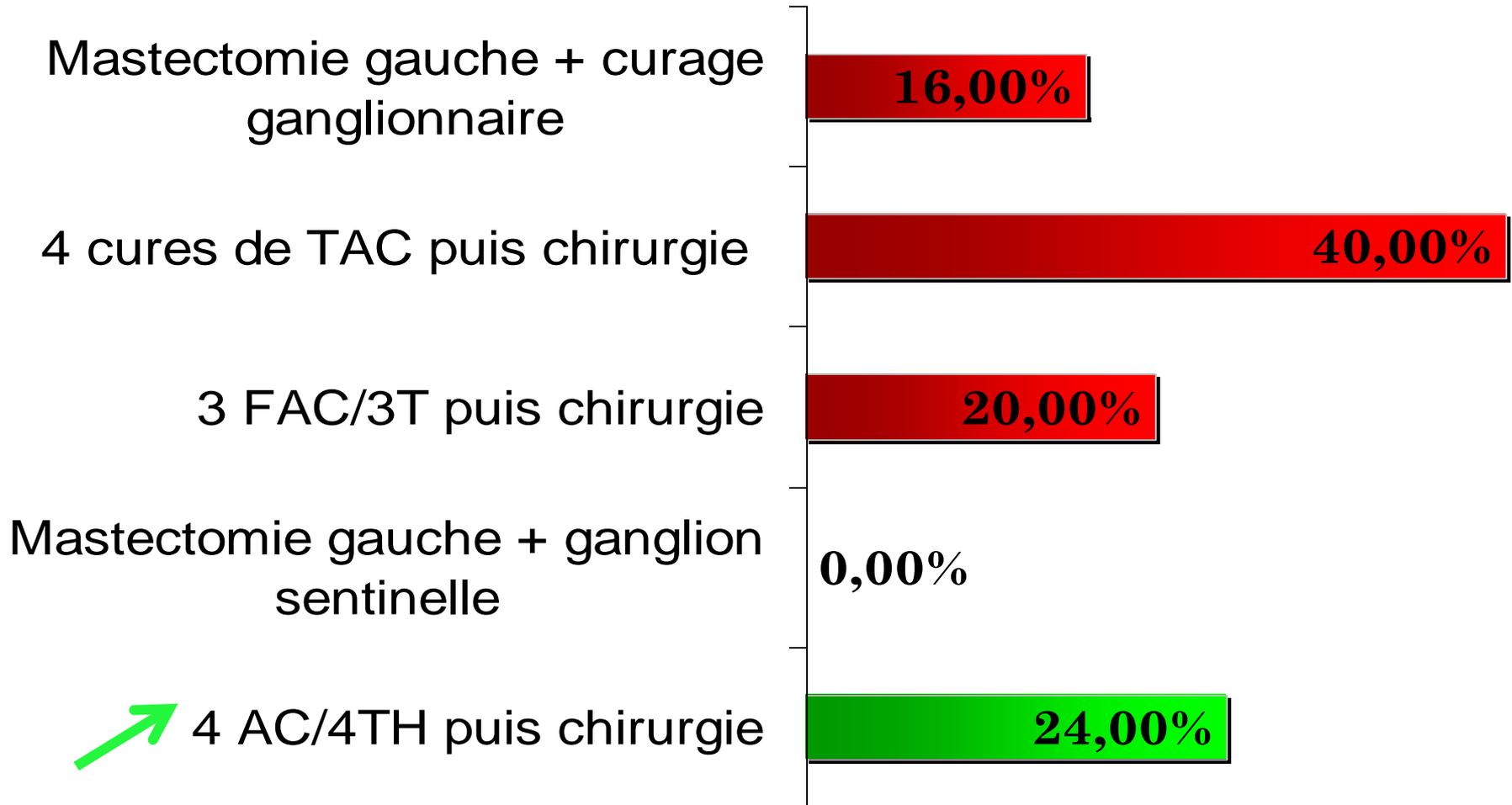
Q N°8) QUEL TRAITEMENT PROPOSEZ VOUS ?

On rappelle le stade de la patiente =T4N2MO , HER 2+++
,avec phénomènes inflammatoires ,bilan d'extension négatif

- A) Mastectomie gauche + curage ganglionnaire
- B) 4 cures de TAC puis chirurgie
- C) 3 FAC/3T puis chirurgie
- D) Mastectomie gauche + ganglion sentinelle
- E) 4 AC/4TH puis chirurgie

**Réponse
N°8**

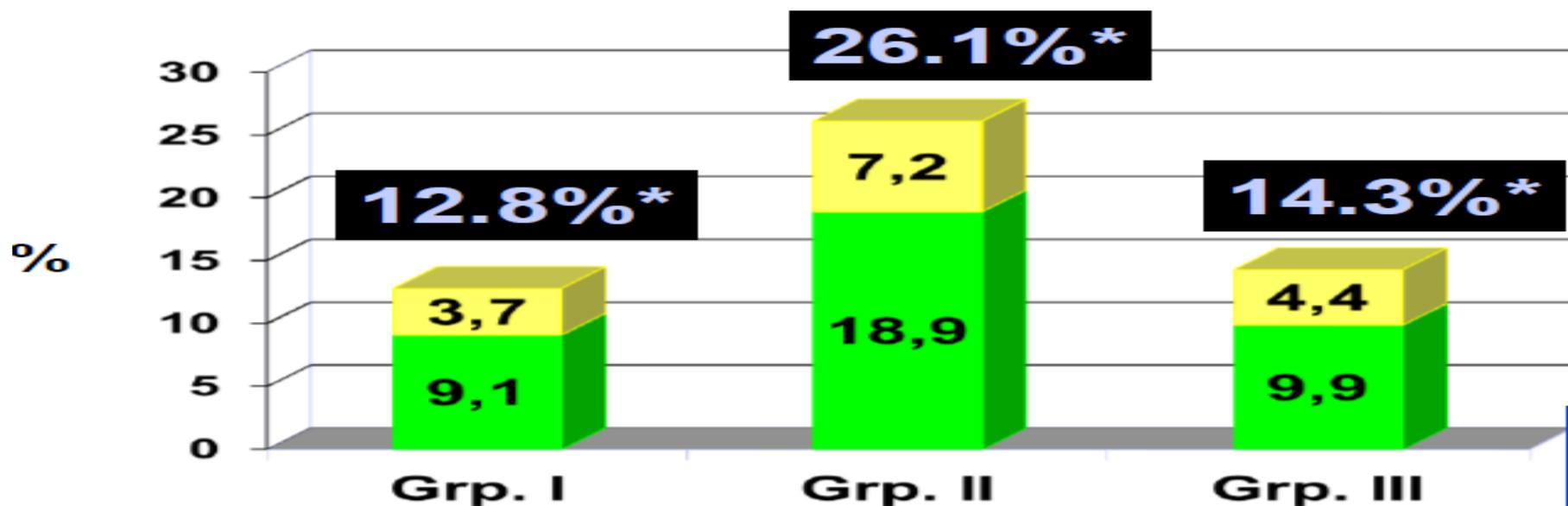
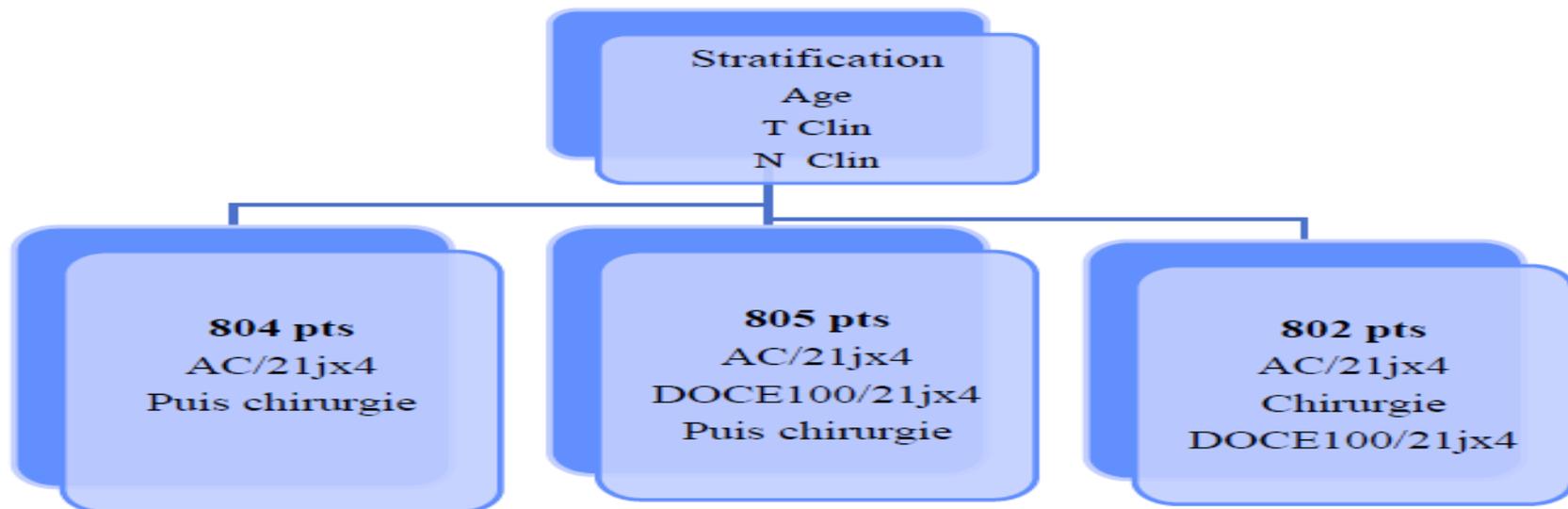
QUEL TRAITEMENT PROPOSEZ VOUS ?



S. SAMIA 50 ans

- Chimiothérapie première + thérapie ciblée
(H= herceptine)
- **4 AC60 / 4T100+H**
 - C1: 26-04-11
 - C8: 27-09-11
- Bonne tolérance sur l'ensemble des cures
- **Examen clinique à C8:** disparition des phénomènes inflammatoires; des ADP; persistance de la rétraction du mamelon + peau d'orange.

Protocole B-27: Etude de phase 3 à 3 bras de cancers du sein opérables

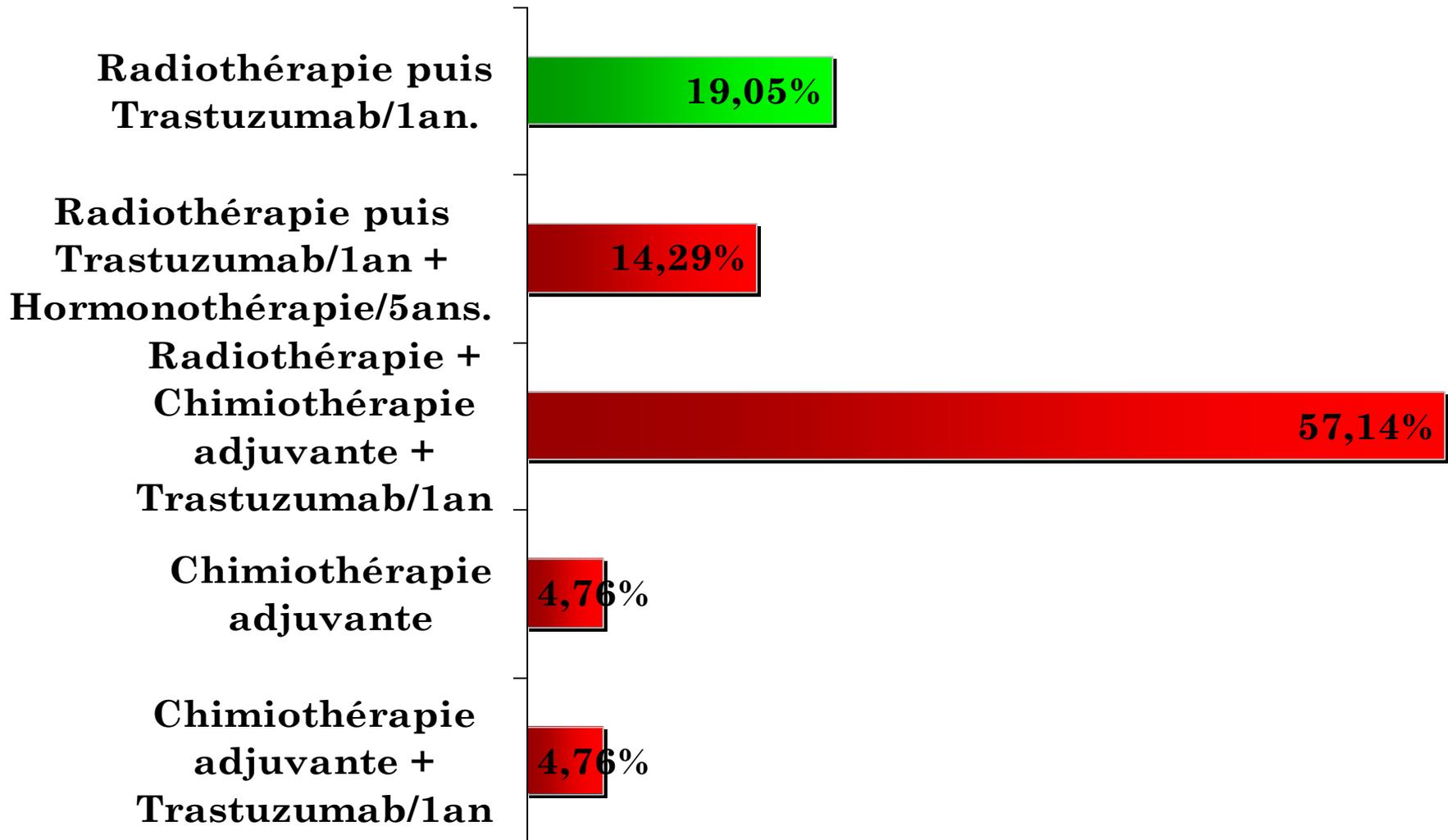


S. SAMIA 50 ans

- **Echographie mammaire du 17-10-11:** masse tumorale de 28X5X15 mm
- **Mammographie:** micro calcification du QSE gauche
- **Opérée le 30-10-11:** MC+ curage à gauche +TC à droite
- **Anapath:** absence de reliquat tumoral sur la mastectomie = réponse complète
- Le nodule droit correspond à une tumeur phyllode de grade I

Q9°) QUE PRÉCONISEZ VOUS ?

- 1) Radiothérapie puis Trastuzumab/1an.
- 2) Radiothérapie puis Trastuzumab/1an + Hormonothérapie/5ans.
- 3) Radiothérapie + Chimiothérapie adjuvante + Trastuzumab/1an
- 4) Chimiothérapie adjuvante
- 5) Chimiothérapie adjuvante + Trastuzumab/1an

**Réponse
N°9****4) QUE PRÉCONISEZ VOUS ?**

S. SAMIA 50 ans

- Radiothérapie faite
- Suivie de Trastuzumab (Herceptine) 1 an
- Actuellement vivante en rémission complète
- Recul : 7 ans en avril 2018
- Surveillance à vie clinique :examen des seins et les aires ganglionnaires (cicatrice de MC à gauche +sein droit)
- Radiologique :mammographie du sein controlatérale 1X/an
- Téléthorax + échographie abdomino-pelvienne 1X/an

MERCI POUR VOTRE ATTENTION



II/ Cancer de l'ovaire

Cas clinique

Cas clinique

- Mme M G est âgée de 58 ans
- ATCD: Cholécystectomie, appendicectomie, hypercholestérolémie, allergie à l'aspirine.
- - Ménarchie à 12 ans , cycle régulier,
 - G2P1A1 1ère Grossesse à 24ans,
 - prise de CO pendant 2ans,
 - Inducteurs de l'ovulation pour stérilité secondaire pendant 6ans,
 - 2 inséminations artificielles échouées
- - ménopausée à 47 ans.

ATCDS familiaux:

-Sœur : cancer du sein

-Une 2ème sœur atteinte d'un carcinome spino cellulaire

-Grand-mère maternelle décédée à un âge jeune suite à une pathologie gynécologique non précisée.

HDM: depuis 1 mois, augmentation du volume de l'abdomen, douleur pelvienne et constipation.

-Est adressée dans un centre de cancérologie pour un tableau de carcinose péritonéale clinique.

QN°1 : Quel est le 1^{er} examen à réaliser en urgence pour avancer dans le diagnostic?

A: Faire un ASP

B:Faire une rectoscopie, hystérosalpingographie

C:Faire une échographie abdominopelvienne

D:Faire une colposcopie

E: Faire un frottis cervico vaginal

F: Faire un télé thorax

Réponse N°1 : Quel est le 1^{er} examen à réaliser en urgence pour avancer dans le diagnostic?

A: Faire une ASP

B: Faire une rectoscopie hystérosalpingographie

C: Faire une échographie abdominopelvienne

D: Faire une colposcopie

E: Faire un frottis cervico vaginal

F: Faire un télé thorax

Q 2 Quels sont les facteurs de risque du kc de l'ovaire que notre patiente présente:

- A Prise de contraceptifs
- B L'âge à la 1^{ère} grossesse.
- C La notion d'avortement.
- D Inducteurs de l'ovulation.
- E Ménopause précoce
- F L'hypofertilité traitée.
- G L'hérédité.
- H L'âge.

Réponse 2 Quels sont les facteurs de risque du kc de l'ovaire que notre patiente présente:

- A Prise de contraceptifs
- B L'âge à la 1ère grossesse.
- C La notion d'avortement.
- D Inducteurs de l'ovulation.
- E Ménopause précoce
- F L'hypofertilité traitée.
- G L'hérédité.
- H L'âge.



Synthèse :

- Le risque du cancer de l'ovaire augmente avec le nombre d'années d'ovulation,
- Le rôle protecteur de la mise au repos de l'ovaire par des grossesses répétées ou par la prise de contraceptifs oraux est remarquable.
- Le risque : hypofertilité , hérédité
- L'HTA, le diabète, l'obésité, une alimentation riche en graisses et pauvre en légumes et fruits frais augmentent le risque.

L' échographie retrouve une masse ovarienne bilatérale associée à une carcinose péritonéale.

Le taux de CA 125 est à 8560 U/ml (N < 35)

Q N°3 :Quels bilans diagnostique et d'extension proposez-vous?

A: Pet scan

B: Hystérocopie

C: Echo endoscopie

D: TDM TAP

E: IRM Pelvienne

F: Scintigraphie

Réponse N°3 : Quels bilans diagnostique et d'extension proposez-vous?

A:Pet scan-----OPTION

B:Hystérocopie

C: Echo endoscopie

D:TDM TAP

E: IRM Pelvienne

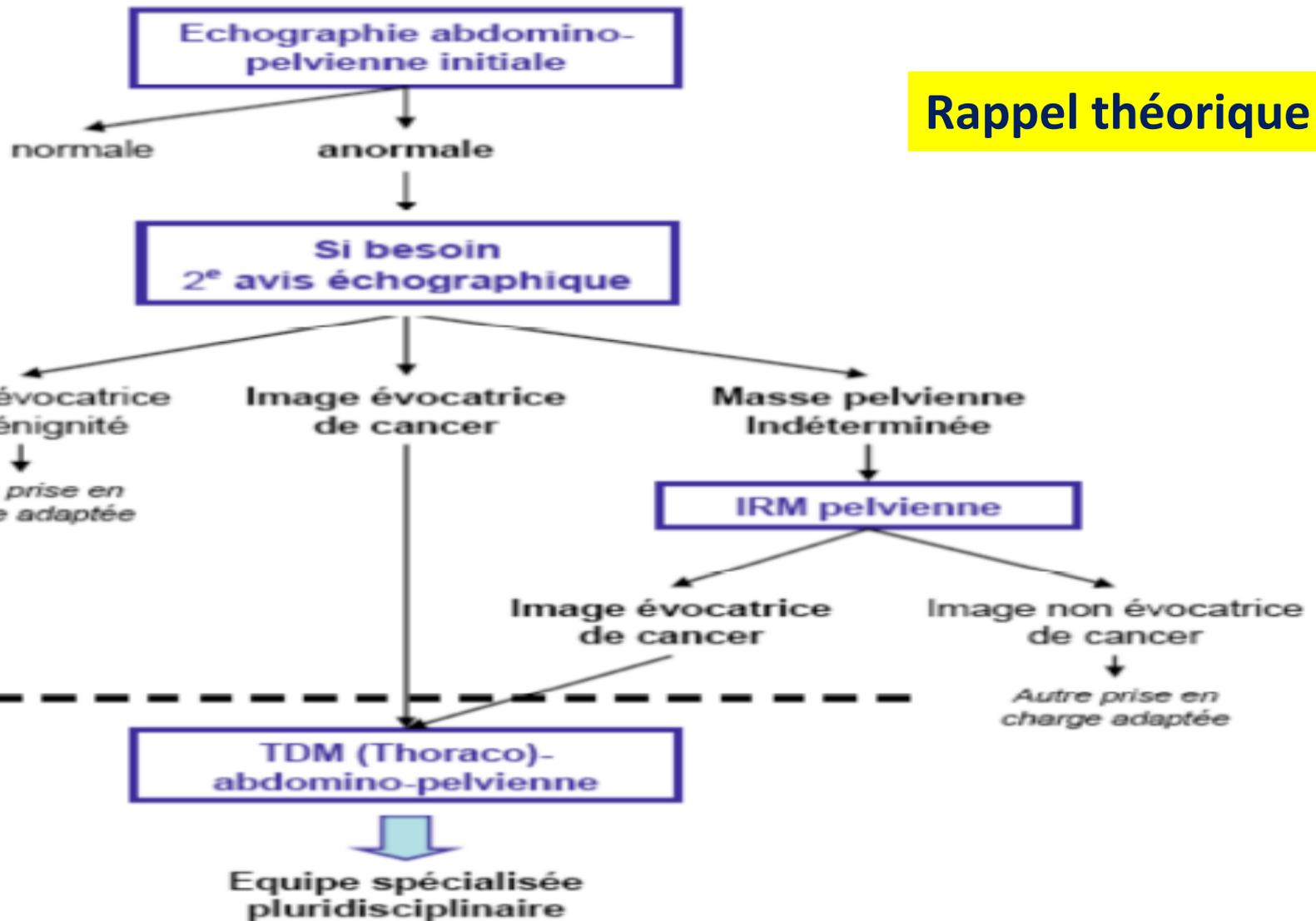
F:Scintigraphie

Standard : Diagnostic

- Le diagnostic repose, en première intention, sur l'échographie pelvienne et endovaginale éventuellement complétée par une IRM, si elle ne retarde pas la prise en charge.

BILAN D'IMAGERIE
DIAGNOSTIQUE

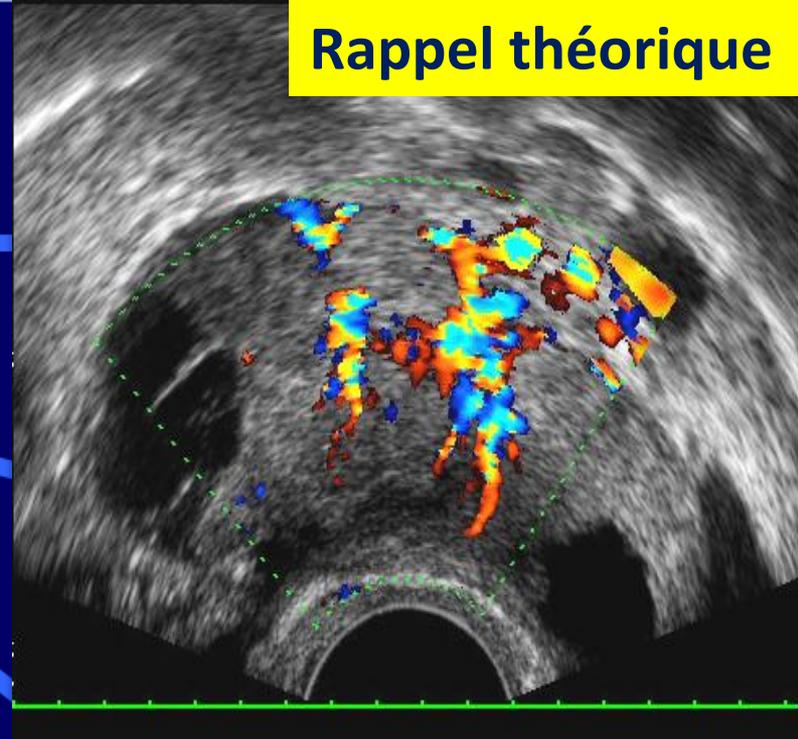
Rappel théorique



Examens complémentaires

- L'examen de base est l'échographie
- réalisée par voie abdominale (vessie pleine)
- et vaginale (sauf si la patiente est vierge).
- Aspect d'une masse uni ou bilatérale d'échostructure souvent mixte (solido-kystique)
- cloisonnée avec des végétations intra et extra kystiques
- Signes évocateurs de malignité devant une masse latéro-utérine en apparence isolée (ascite, hépatomégalie, ganglions profonds, épanchement pleural)
- Précise l'extension réelle et notamment péritonéale (+/-)

Rappel théorique



- Détection
- Caractérisation de la lésion
- Critères de malignité :
 - Portion solide +/- végétation
 - Vascularisée en mode Doppler

Signes échographiques

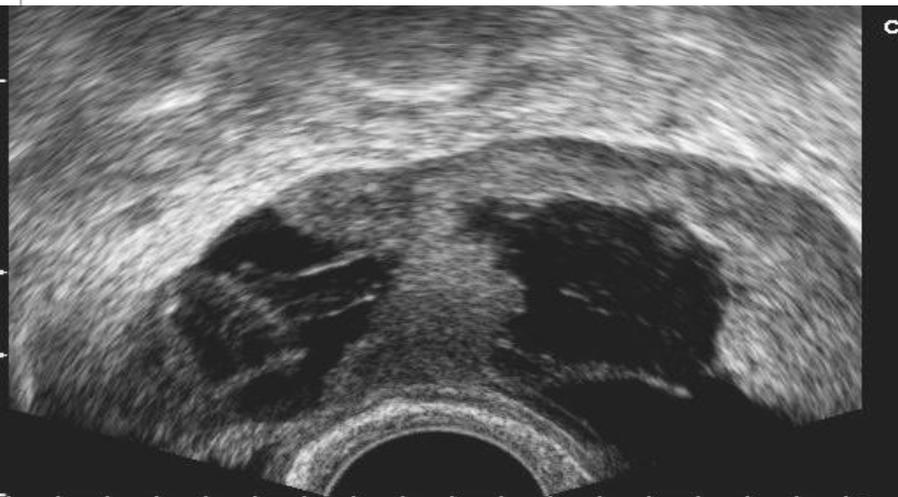
suspects

Suspect

- Taille > 8cm
- Tumeur mixte solide/liquide
- Paroi irrégulière
- Bilatéralité

Très suspect

- Ascite
- Septations épaisses intrakystiques
- Végétations intrakystiques
- Nodularités péritonéales
- Vascularité centrale accrue



RMI = Index de risque de malignité

Risk of Malignancy Index

Caractéristiques échographiques	Score RMI	Rappel théorique
Kyste multiloculaire	1 = aucune ou une seule anomalie 4 = deux anomalies ou plus	
Présence de zones solides		
Bilatéralité des lésions		
Présence d'ascite		
Présence de métastases intra-abdominales		
Pré-ménopausée	1	
Post-ménopausée	4	
Taux de Ca-125	U/ml	

Calcul du RMI

- Multiplier les 3 scores pour obtenir le score total; par exemple:
 - femme de 20 ans avec kyste ayant des nodules solides avec loculations et un Ca-125 à 30: $1 \times 4 \times 30 = 120$ (bénin, dermoïde probable)
 - Femme de 40 ans avec kystes complexes, bilatéraux et Ca-125 à 80: $4 \times 4 \times 80 = 1280$ (suspect de cancer)

- **UN RMI supérieur à 200 = forte suspicion de malignité avec VPP de 80%**

SOGC Guidelines no.230, Juillet 2009

- IRM : **Demandé après l'échographie but Diagnostic**
 - masse pelvienne d'origine indéterminée en échographie
 - meilleure caractérisation de la masse ovarienne
 - recherche d'adénopathies pelviennes et lombo-aortiques
- CT : **Demandé dans le bilan d'extension**
 - n'est pas un examen à visée diagnostique, mais indiqué dans le bilan d'extension, à la recherche des métastases
 - hépatiques
 - pulmonaires
 - péritonéales

TDM TAP

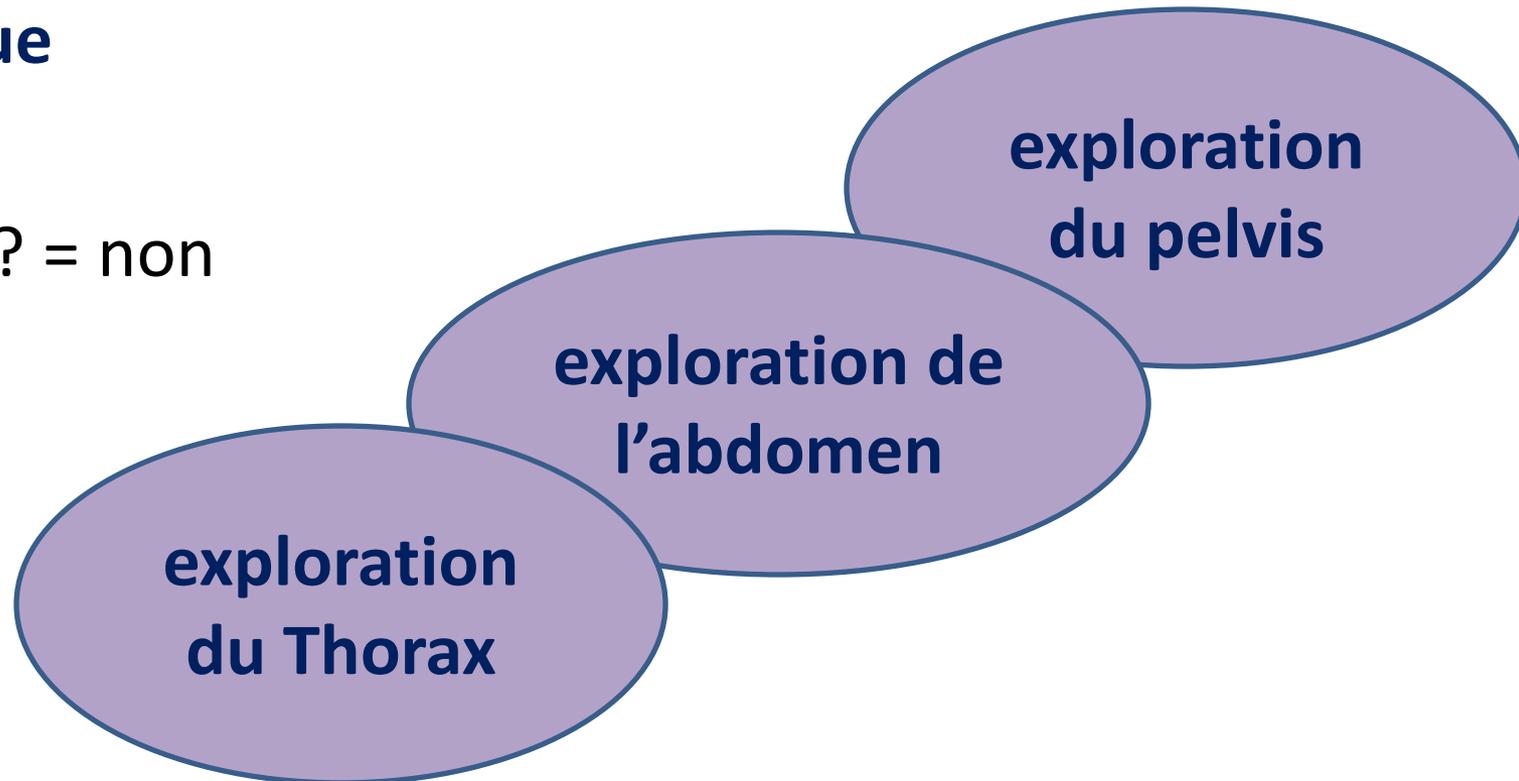
Pas de place actuellement pour PET-CT dans le bilan d'imagerie initial d'une masse annexielle

✓ Extension à distance:
si épanchement ⇒ faire Cytodiagnostic

TDM thoraco abdomino-pelvien (TDM TAP):
localisations pleuro-pulmonaires ;

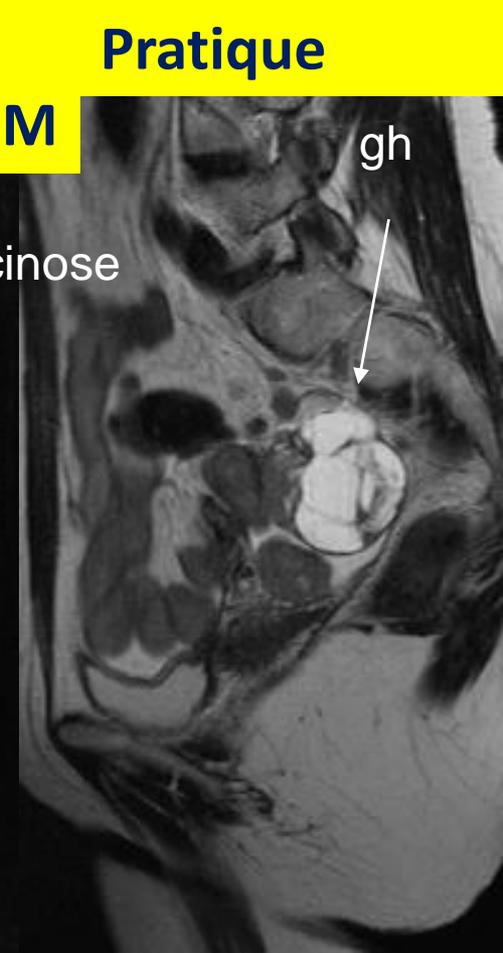
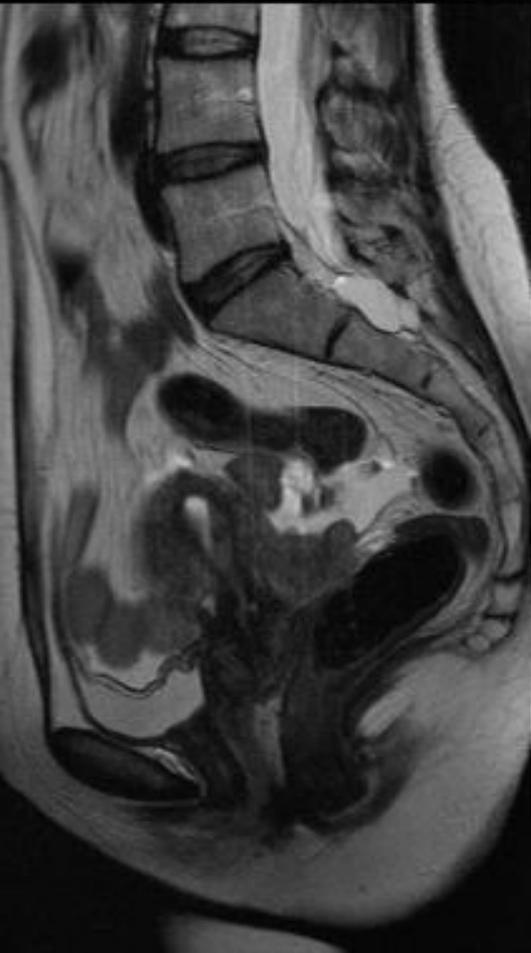
Exploration digestive : si tumeurs ovariennes bilatérales ou signes d'appel cliniques (constipation, dysurie)
(Colonoscopie, Rectosigmoidoscopie, Fibroscopie)

- **Extension pelvienne = IRM**
- **Extension abdominale = TDM multibarrettes et reconstructions multiplanaires (plans coronal et sagittal) et thoracique**
- **Tep-FDG ? = non**



**Notre
patiente : IRM**

Pratique



Tumeur ovarienne bilatérale maligne avec extension péritonéale (douglas et sus-pubienne)

Q N°5 : Quels sont les différents types histologiques des tumeurs malignes ovariennes ?

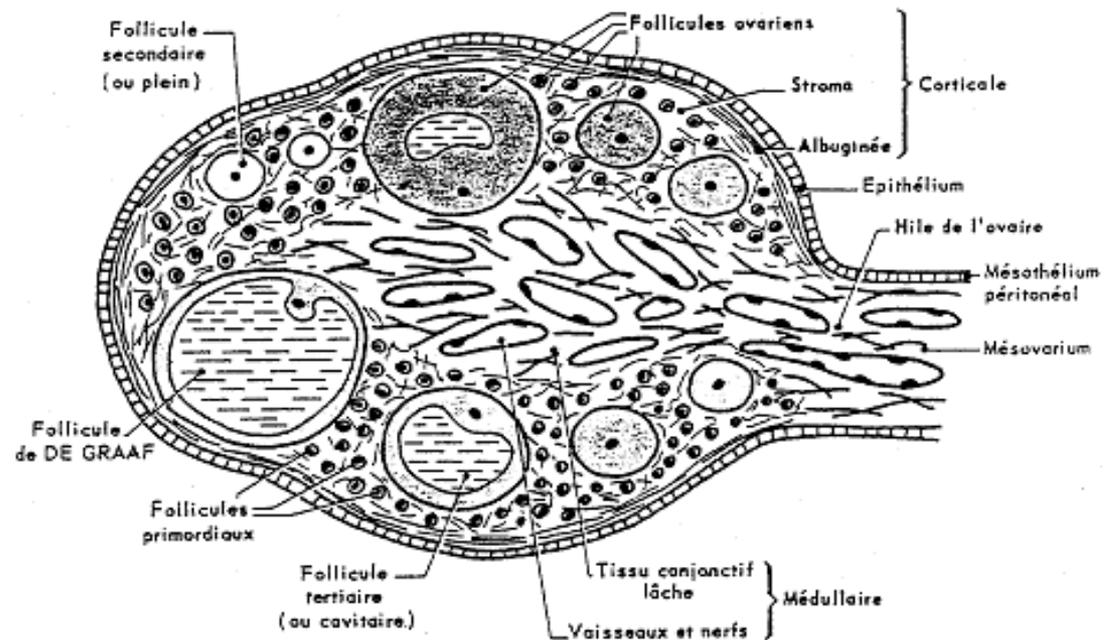
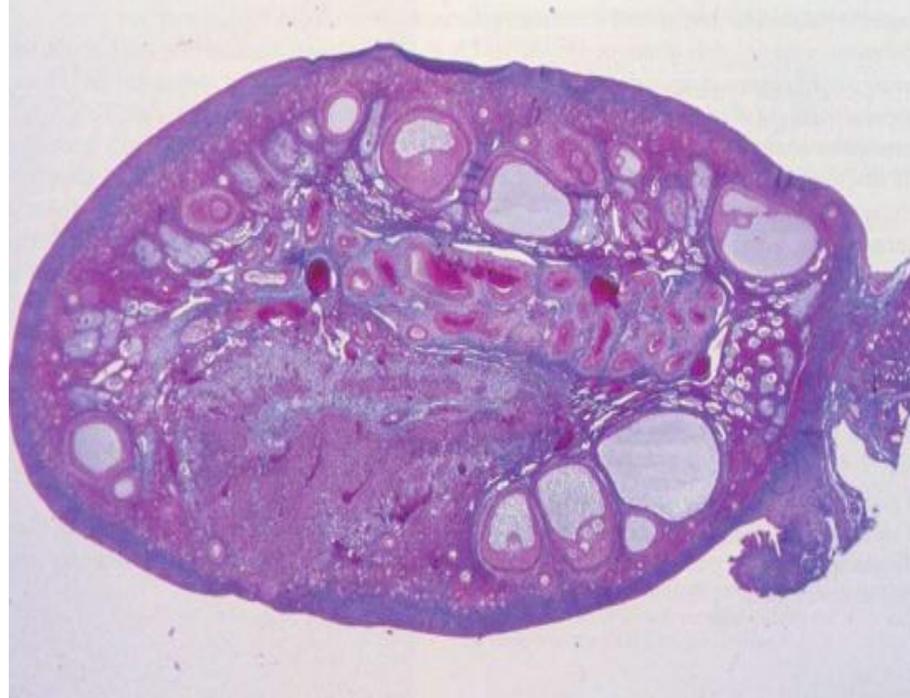
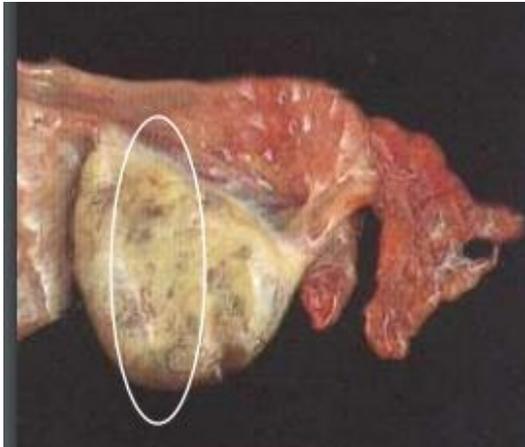
LES OVAIRES

STRUCTURE HISTOLOGIQUE

- L'ovaire est revêtu par un épithélium cubique simple (=épithélium germinatif ovarien)
- L'ovaire comprend ensuite 2 zones :
 - A. zone corticale** (en périphérie) qui comporte:
 - 1- les follicules ovariens** qui contiennent une cellule germinale (ovocyte), des cellules sécrétant des hormones féminines (cellules de la granulosa, cellules thécales)
 - 2- Un stroma spécialisé:** qui contient des fibroblastes et des cellules sécrétant des hormones masculines (cellules de Leydig et Sertoli).
 - B. zone médullaire** (au centre) qui comporte:

Un tissu conjonctif lâche, nerfs, vaisseaux sanguins et lymphatiques.

Rappel histologique



Données anatomopathologiques¹

1

Tumeurs
épithéliales

Plus de 80% de tous les
cancers ovariens

2

Tumeurs du stroma et
des cordons sexuels

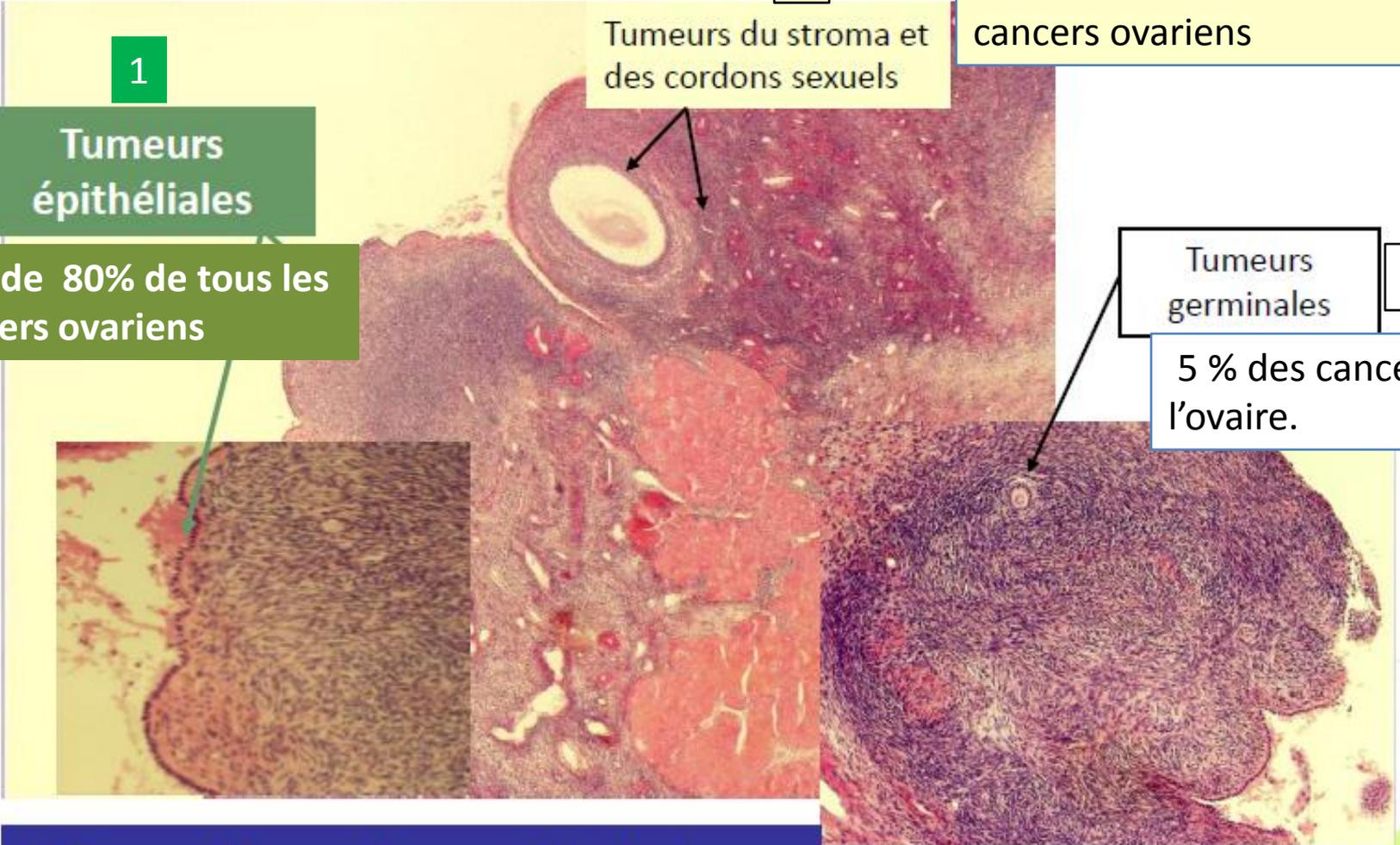
8 à 10 % de tous les
cancers ovariens

Tumeurs
germinales

3

5 % des cancers de
l'ovaire.

Diagnostic anatomopathologique



Classification histologique des tumeurs Ovariennes

4 grands groupes

(O.M.S 2003)

I- Tumeurs épithéliales

Bénignes - Borderline (Frontière) - Malignes

II - Tumeurs germinales

Bénignes - Malignes

III- Tumeurs des cordons sexuels et stromales

Bénignes - Malignes

IV- Tumeurs secondaires (Métastases)

I- Les Tumeurs épithéliales

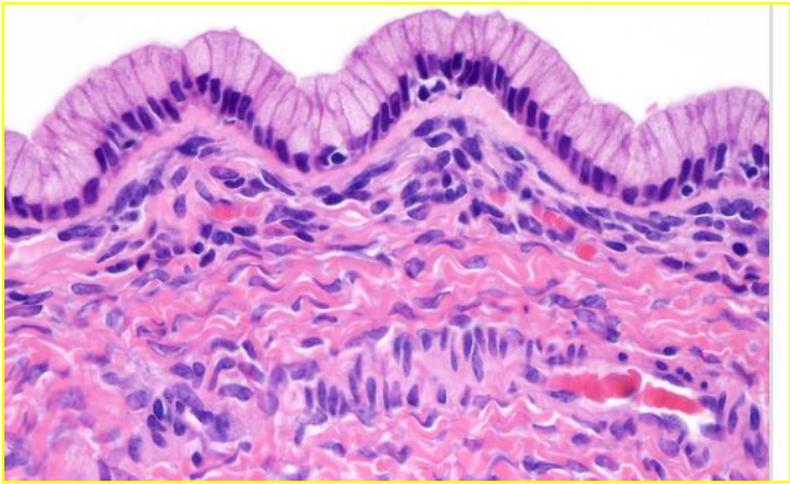
- Représentent 65 % des tumeurs ovariennes et 85 % des tumeurs malignes de l'adulte.
- Origine = revêtement épithélial de l'ovaire
- Reproduisent différentes possibilités de différenciation
- La classification de l'OMS distingue selon le type des cellules qui prolifèrent, 8 catégories principales :
 - Tumeurs séreuses
 - Tumeurs mucineuses
 - Tumeurs endométrioïdes
 - Tumeurs à cellules claires
 - Tumeurs de Brenner
 - Tumeurs mixtes épithéliales
 - Carcinomes indifférenciés
 - Tumeurs non classées
- Dans chaque catégorie, les tumeurs sont classées en :
bénignes- Borderline- malignes.



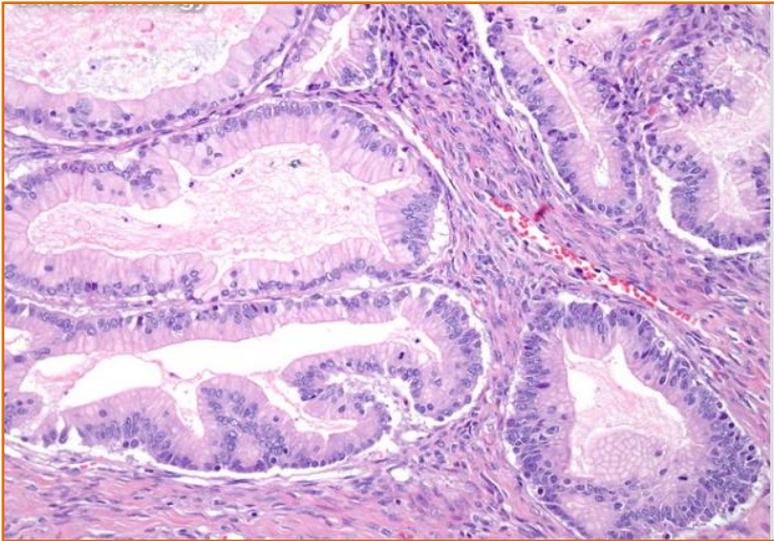
Tumeur mucineuse maligne: mi-solide mi kystique
Présence de foyers gélatineux et de foyers solides



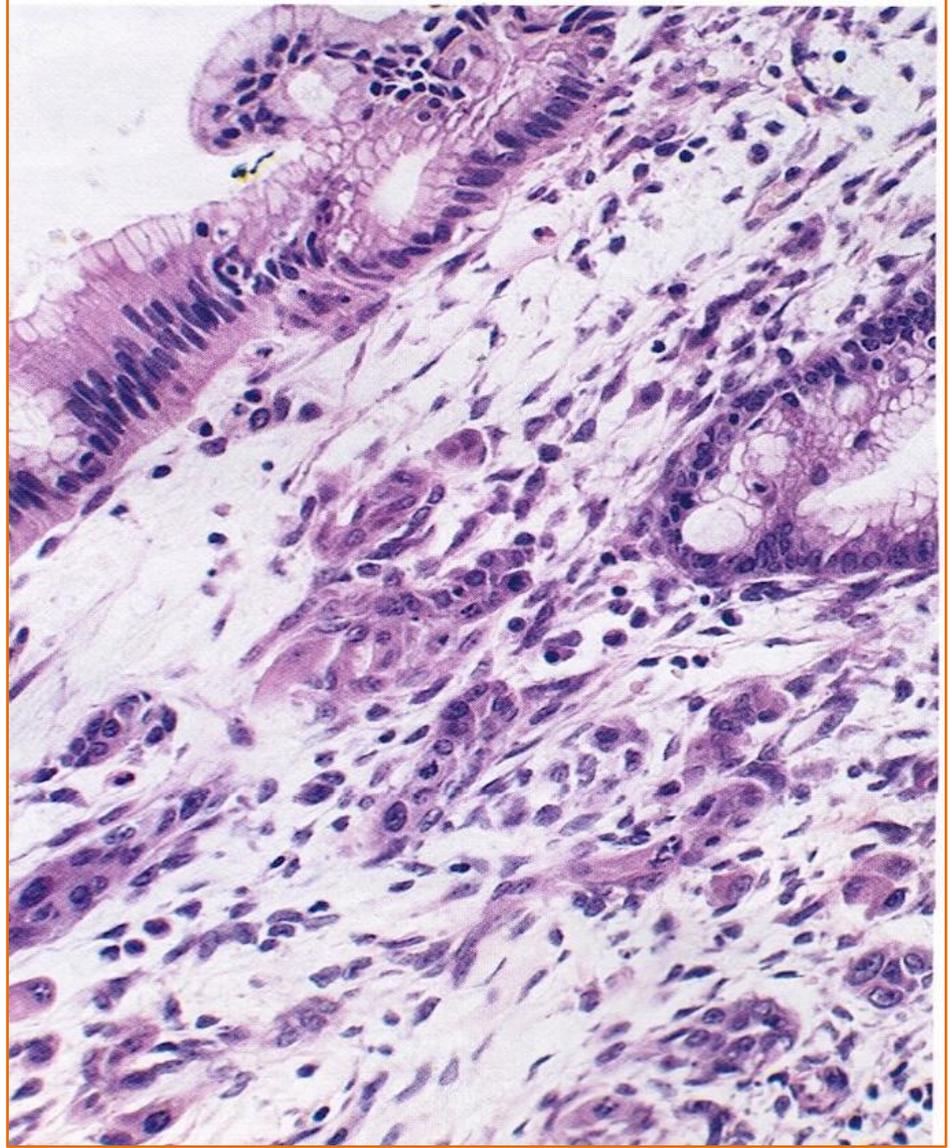
Cystadénome mucineux (benin)
Tumeur kystique multiloculaire à paroi fine
Sans végétations



Tumeur mucineuse bénigne: Cystadénome
Epithélium unistratifié sans atypies



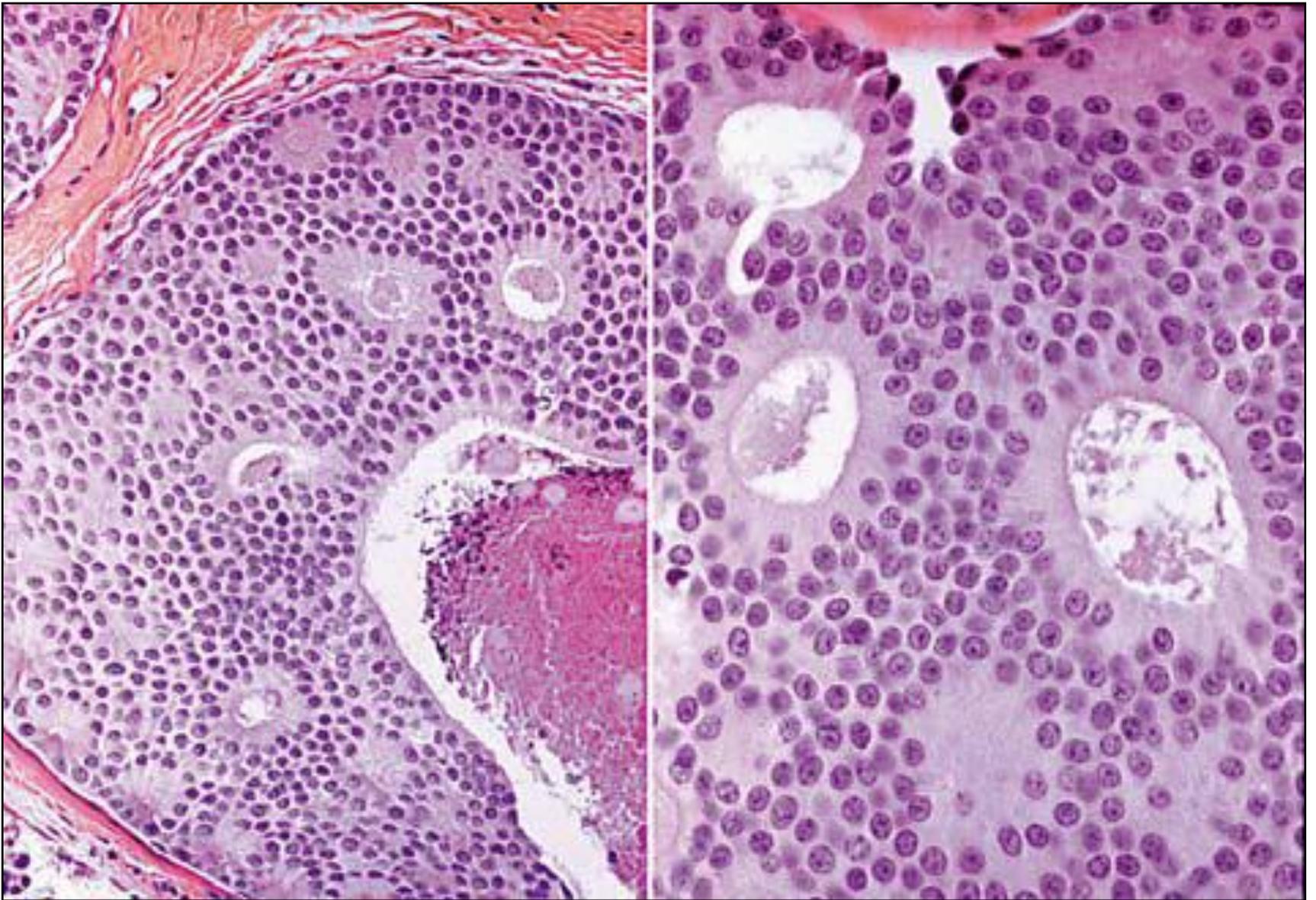
Tumeur mucineuse borderline
Epithélium pluristratifié atypique



Tumeur mucineuse maligne: **Cystadénocarcinome**
Epithélium pluristratifié atypique +
signes d'infiltration du stroma

II- Tumeurs du mésenchyme des cordons sexuels

- Représentent 6 % de l'ensemble des tumeurs de l'ovaire.
- Elles comportent habituellement un certain degré de différenciation dans le sens ovarien ou testiculaire.
- Les Tumeurs féminines sont essentiellement représentées par les tumeurs de la Granulosa et les tumeurs stromales.
- Les Tumeurs mâles correspondent aux tumeurs de Sertoli-Leydig



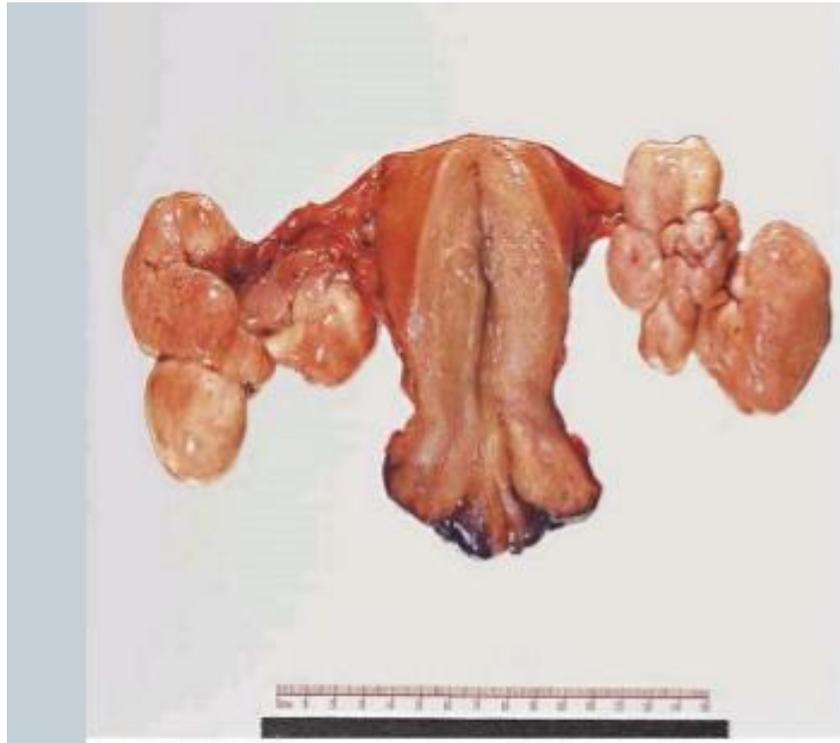
Tumeur de la granulosa

III- Tumeurs germinales

- Rassemblent toutes les tumeurs développées à partir des cellules germinales primordiales de la gonade embryonnaire.
- Représentent 15 à 20 % de l'ensemble des T de l'ovaire et la majorité des T de l'adolescente et de l'enfant.
- 95 % d'entre elles sont représentées par les tératomes matures (bénins)
- Les autres tumeurs (5 %) de cette catégorie sont :
 - Dysgerminomes (Séminomes)
 - Tumeurs du sinus endodermique
 - Carcinomes embryonnaires
 - Choriocarcinomes
 - Tératomes immatures
 - Tumeurs germinales mixtes.

IV- Tumeurs secondaires (Métastases)

- A évoquer en particulier en cas de tumeur bilatérale.
- **Tumeur de Krukemberg:** métastase ovarienne d'un adénocarcinome primitif : côlon le plus fréquent, appendice, estomac.



- **QN°6: Chez cette patiente, quel est le premier diagnostic à évoquer ?**

A- Tumeur épithéliale primitive

B- Tumeur de Krukemberg

C- Kystes mucineux bénins

D- Tératome

E- Tumeur de la Granulosa juvénile

Réponse N°6

- **Chez cette patiente, quel est le premier diagnostic à évoquer ?**

A- Tumeur épithéliale primitive

B- Tumeur de Krukemberg

C- Kystes mucineux bénins

D- Tératome

E- Tumeur de la Granulosa juvénile

- **QN°7: Que faut-il faire en priorité ?**

A- Opérer la patiente

B- La traiter directement par chimiothérapie

C- Discuter le dossier en RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire)

D- Faire une fibroscopie digestive pour rechercher un cancer primitif

E- Faire le dosage des marqueurs tumoraux

Réponse N°7:

Que faut-il faire en priorité?

- A- Opérer la patiente
- B- La traiter directement par chimiothérapie
- C- Discuter le dossier en RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire)
- D- Faire une fibroscopie digestive pour rechercher un cancer primitif
- E- Faire le dosage des marqueurs tumoraux

La fibroscopie digestive est sans anomalies, un traitement est envisagé.

Q N°8: Quels sont les moyens thérapeutiques utilisés dans le cancer de l'ovaire?

A: Chirurgie

B: chimiothérapie

C: Radiothérapie

D: Hormonothérapie

E: Thérapies ciblées

F: irathérapie

Réponse N°8

Quels sont les moyens thérapeutiques utilisés dans le cancer de l'ovaire?

A: Chirurgie

B: chimiothérapie

C: Radiothérapie

D: Hormonothérapie

E: Thérapies ciblées

F: Irathérapie

- La discussion radio-chirurgicale en RCP débouche sur une possibilité de chirurgie maximaliste première en vue d'une chirurgie optimale.
- **Q N°9 Quelle doit-être la stratégie chirurgicale?**
 - A: Faire d'emblée une laparotomie exploratrice chirurgicale
 - B: Faire une biopsie scano guidée
 - C: Faire une coelioscopie exploratrice 1^{ère}
 - D: Faire un curetage sous Hystéroskopie guidée 1^{ère}
 - E: Faire une simple cytologie péritonéale la maladie est trop avancée
 - F: Faire une chimiothérapie palliative

Réponse N°9 Quelle doit-êre la stratégie chirurgicale?

Pratique

- A: Faire d'emblée une laparotomie exploratrice chirurgicale
- B: Faire une biopsie scano guidée
- C: Faire une coelioscopie exploratrice 1^{ère}
- D: Faire un curetage sous Hystéroskopie guidée 1^{ère}
- E: Faire une simple cytologie péritonéale la maladie est trop avancée
- F: Faire une chimiothérapie palliative

Le Diagnostic anatomopathologique :

Est porté à partir d'une **biopsie** radioguidée ou
coelioscopique

✓ -Une **coelioscopie** visant à obtenir un bilan d'extension péritonéale et un diagnostic histologique est recommandée si le bilan préopératoire ne contre-indique pas une chirurgie initiale.

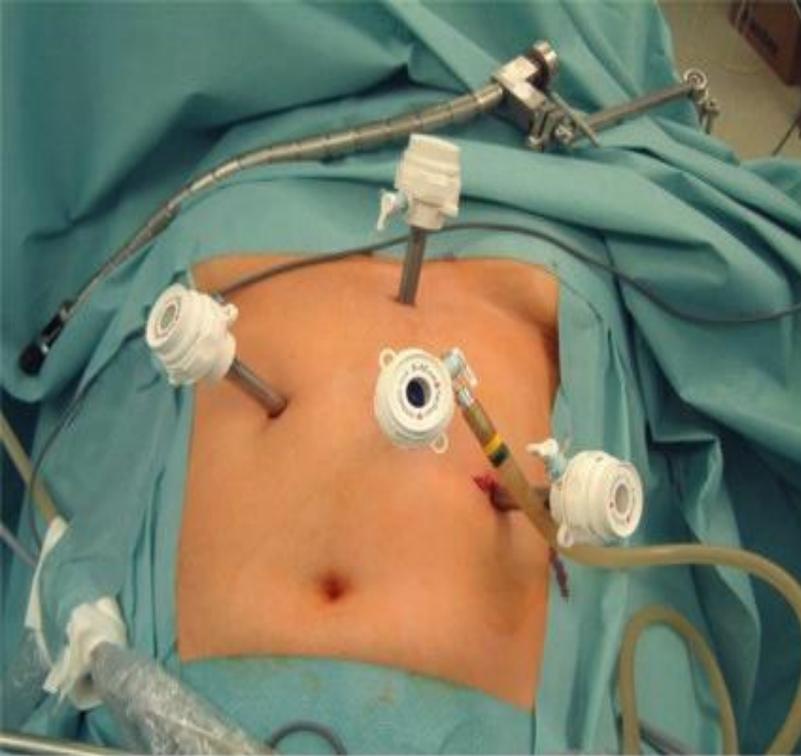
✓ Le compte rendu opératoire de la coelioscopie doit donner une description analytique de la **carcinose** et utiliser au moins un score reconnu

(PCI= l'index de carcinose péritonéale ou le score de Fargotti)

+++ La **coelioscopie** doit être réalisée par une équipe entraînée à la pathologie ovarienne ,de préférence celle qui réalisera secondairement la laparotomie.

BILAN LESIONNEL

COELIOSCOPIE EXPLORATRICE



Évaluation de la résécabilité

Arguments cliniques, biologique
et radiologique ⁽¹⁾

+

Coelioscopie Exploratrice ⁽¹⁾

- S'impose comme le meilleur outil pour l'évaluation de la résécabilité initiale ⁽²⁾, avec possibilité de calculer le score Fagotti ^(2,3)
 - Le calcul de l'indice de carcinose péritonéale (PCI) de Sugarbaker est possible, mais ce dernier a été validé lors de la laparotomie ^(2,4)
- Permet la réalisation d'un compte-rendu détaillé, essentiel pour la prise en charge thérapeutique ⁽⁵⁾

Le score Fagotti ⁽¹⁾ (1/3)



- Ce score décrit l'extension de la maladie tumorale lors de la coelioscopie exploratrice selon les paramètres suivants :
 - **Carcinose péritonéale : 2**
 - Carcinose extensive et ou carcinose non réséquable
 - **Carcinose de la coupole diaphragmatique (droite et/ou gauche) : 2**
 - Infiltration du muscle et/ou nodules confluents sur plus de 50 % de la surface
 - **Carcinose du mésentère : 2**
 - Atteinte de la racine du mésentère et/ ou nodules infiltrant le mésentère et/ ou atteinte non éligible à une destruction par coagulation
 - **Carcinose épiploïque : 2**
 - Atteinte de la grande courbure gastrique
 - **Atteinte du tube digestif : 2**
 - Atteinte nécessitant une résection digestive et/ou miliaire carcinomateuse du grêle
 - **Infiltration de l'estomac : 2**
 - **Métastases hépatiques : 2**

1. Fagotti, 2008

Le score Fagotti ⁽¹⁾ (3/3)

- **Le score total, pouvant varier de 0 à 14, est obtenu en additionnant le score de chaque paramètre (score = 0 si absent, score = 2 si présent)**



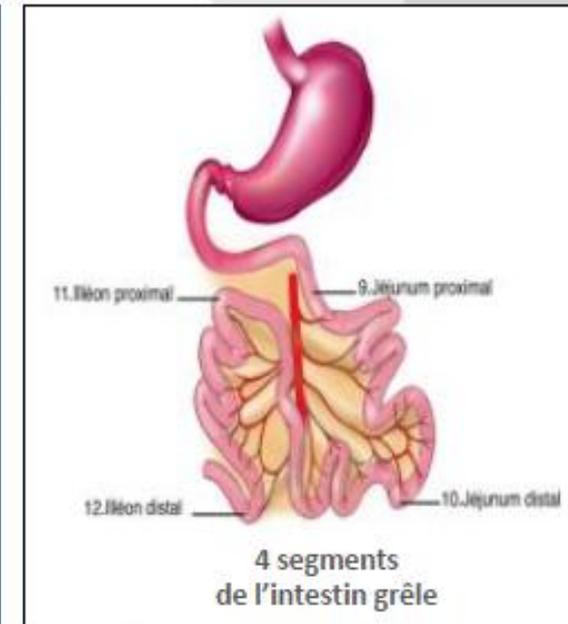
Les patientes ayant un score (Fagotti) ≥ 8 ont un risque élevé de résection incomplète ⁽¹⁾

BILAN LESIONNEL

L'Index de Carcinose Péritonéale

INDEX DE CARCINOSE PÉRITONÉALE (PCI) DE SUGARBAKER

Taille de la tumeur ⁽³⁾	Score
Tumeur absente ou non visible	0
Tumeur < 0,5 cm	1
0,5 cm ≤ tumeur ≤ 5,0 cm	2
Tumeur > 5,0 cm ou confluence	3



La laparoscopie d'évaluation (coelioscopie) doit donc être utilisée s'il existe un doute sur la résecabilité d'emblée

- Trocarts sur la ligne médiane
- Renseigner le PCI (explorer toutes les régions) [L'Index de Carcinose Péritonéale](#)
- Un PCI > 25 peut être considéré comme un facteur de non résecabilité

- ✓ CAT Selon les résultats de la coelioscopie :inventaire des lésions
- ✓ 1°/ si le score est pour la possibilité de la respectabilité le geste sera compléter par une laparotomie pour exérèse tumorale carcinologique et staging le résidu post opératoire doit être préciser à la fin du geste
- ✓ 2°/devant l' extension des lésions , avec l'impossibilité d'être carcinologique ,le geste sera limité à une **biopsie** tumorale et confier la patiente aux oncologues médicaux pour commencer une chimiothérapie néo adjuvante avec possibilité d'une chirurgie d'intervalles

Non résecable

RCP



QN°10: Quels sont les critères classiques de non-résécabilité

Pratique

A: Nodules mésentériques supérieurs à 2 cm (nodule(s) de la racine du mésentère)

B: Adénomégalies supra-rénales

C: Atteintes de la capsule ou du hile du foie?

D: Atteintes diaphragmatiques et pleurales?

E: Tous ces réponses sont fausses

F: A B C D sont justes

Réponse N°10:

Quelles sont les critères classiques de non-résécabilité

A: Nodules mésentériques supérieurs à 2 cm (nodule(s) de la racine du mésentère+++)

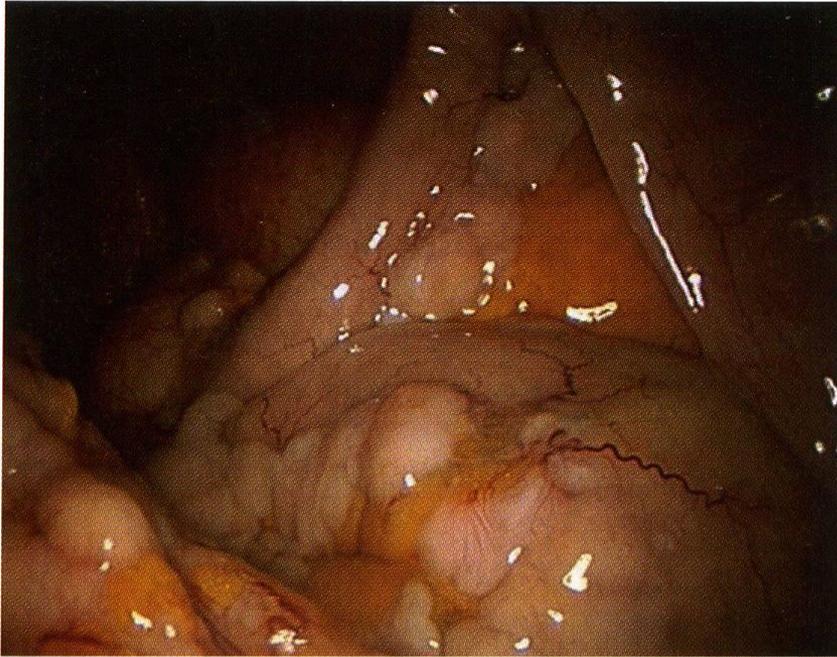
B: Adénomégalies supra-rénales

C: Atteintes de la capsule ou du hile du foie?

D: Atteintes diaphragmatiques et pleurales?

E: Tous ces réponses sont fausses

✓ F :A B C D sont justes



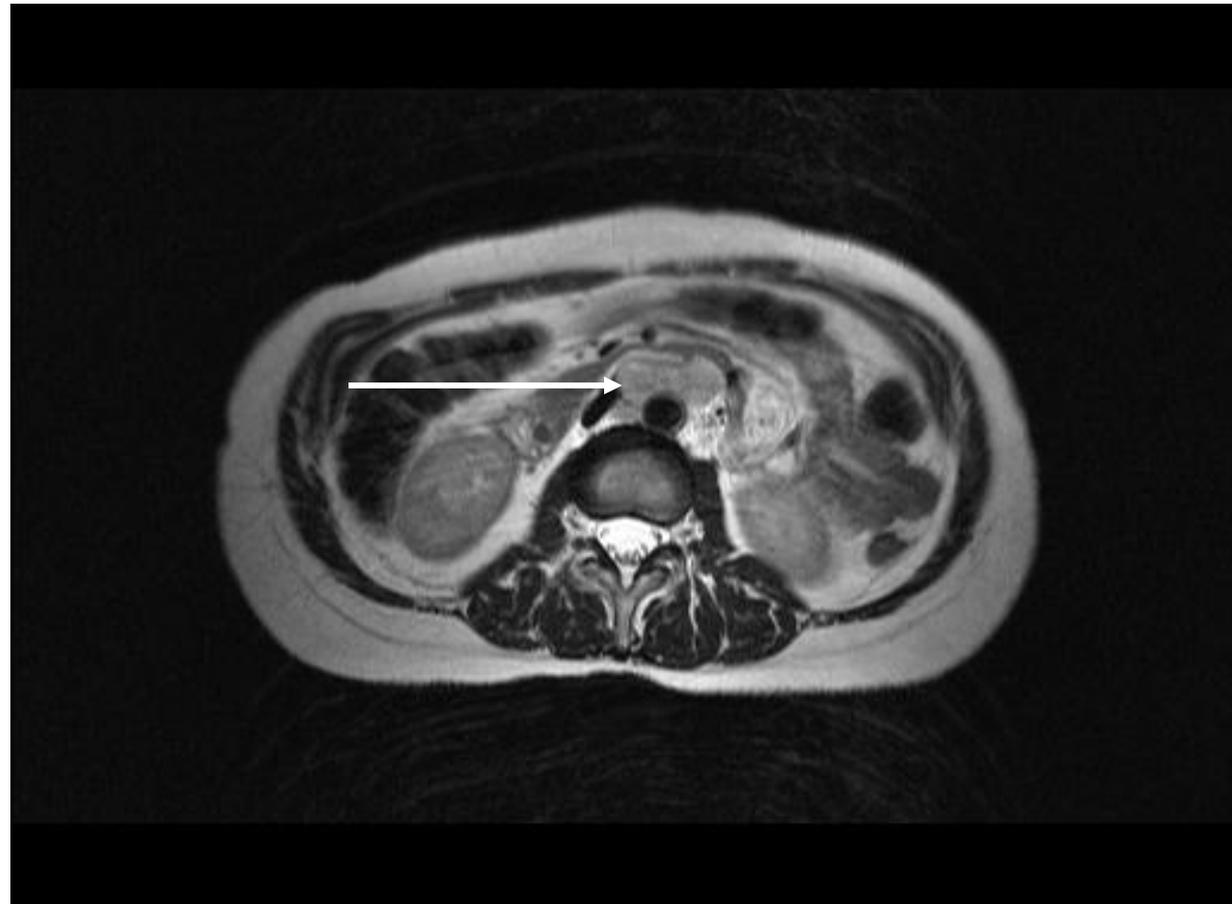
→ **Coelioscopie: carcinose d'origine ovarienne avec atteinte diffuse des tuniques du grêle**



→ **Coelioscopie: atteinte diffuse et rétractile de l'hypochondre droit**

En fait, en TDM....

volumineuse ADP rétro péritonéale



- La cœlioscopie retrouve des lésions mésentériques diffuses contre-indiquant une chirurgie première à visée optimale

Pratique

- **Q N°11:** Que doit faire le chirurgien?

Réponse N° 11: Que doit faire le chirurgien?

Une Biopsie tumorale

QN°9 Donner le stade clinique de la patiente selon le dossier médical ?

Pratique

A: IIA

B: IIIB

C: IIIC

D: IV A

E: IIIA

F: IVB

QN°9 Donner le stade clinique de la patientes selon le dossier médical ?

Pratique

A: IIA

B: IIIB

C: IIIC

D: IV A

E: IIIA

F: IVB

Standard : Classification clinique

La classification utilisée dans ce référentiel est celle de la FIGO en stades évolutifs de la maladie. Elle tient compte des données des examens d'imagerie préopératoires, des constatations chirurgicales, des résultats anatomo cyto-pathologiques.

Classification FIGO 2014



I : Tumeur limitée aux ovaires

IA : un ovaire, pas d'ascite, pas de granulation externe, capsule intacte

IB : deux ovaires, pas d'ascite, pas de granulation externe, capsule intacte

IC : tumeur limitée à un ou aux 2 ovaires : **IC1** : rupture per opératoire ; **IC2** : rupture pré-opératoire ou granulations externes ; **IC3** : cellules malignes dans l'ascite ou le liquide de lavage péritonéal

II : Extension pelvienne

IIA : atteinte de l'utérus ou des trompes

IIB : atteinte du pelvis en dehors de l'utérus

III : Extension en dehors du pelvis et/ou N+ rétro-péritonéal

IIIA1 : N+ rétro-péritonéal (i : $\leq 10\text{mm}$; ii : $> 10\text{mm}$)

IIIA2 : extension péritonéale extra-pelvienne microscopique \pm N+ rétro-péritonéal

IIB : présence de lésions macroscopiques extra pelviennes inférieures à $2\text{cm} \pm$ N+ rétro-péritonéal

IIIC : présence de lésions macroscopiques extra pelviennes supérieures à $2\text{cm} \pm$ N+ rétro-péritonéal

IV : Métastases à distance

IVA : épanchement pleural avec cyto +

IVB : méta à distance, incluant ggs inguinaux ou en dehors de la cavité abdominale

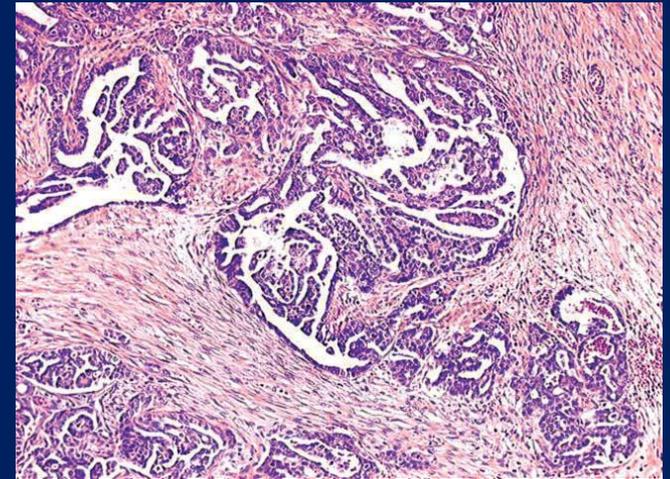
Stade avancés: chirurgie = les objectifs

- **Evaluer la résécabilité des lésions** en vue d'une chirurgie optimale (imagerie)
- **Intérêt de la coelioscopie diagnostique et d'évaluation +/- laparo conversion**
 - Effet loupe (> laparotomie)
 - Valeur de l'exploration du péritoine antérieur et de l'épiploon prédictive de la non atteinte du mésentère
- **Obtenir une chirurgie optimale: non (complète SOR chir 2007) = (résections complètes et résection dont le résidu tumoral est < 1 cm) pour un meilleur pronostic**

Stade avancés: chirurgie = les techniques

- **Chirurgie standard (CS)**: annexectomie bilatérale, hystérectomie totale, omentectomie totale infra-gastrique, appendicectomie, une lymphadénectomie pelvienne et lombo aortique et cytologie péritonéale
- **Chirurgie radicale (CR)**: la même procédure que CS avec résection monobloc du rectosigmoïde et du tractus génital avec anastomose colorectale sous-péritonéale
- **Chirurgie supra-radical (CSR)**: CS+CR + résection digestives, splénectomie, péritonectomies +/- étendues, résection diaphragmatique etc...

- L'examen microscopique montre la présence d'une prolifération tumorale d'architecture tubulo-papillaire et infiltrante. Les papilles sont revêtues d'un épithélium basophile cilié pluristratifié riche en atypies cyto-nucléaires.



- Q N°12 : Il s'agit d'un:
 - A- Cystadénocarcinome mucineux
 - B- Adénocarcinome à cellules claires
 - C- Tumeur du mésenchyme et des cordons sexuels
 - D- Cystadénocarcinome séreux
 - E- Dysgerminome

- L'examen anatomopathologique montre la présence d'une prolifération tumorale d'architecture tubulo-papillaire et infiltrante.

Les papilles sont revêtues d'un épithélium basophile cilié pluristratifié riche en atypies cyto-nucléaires.

- **Q N°12 : Il s'agit d'un:**

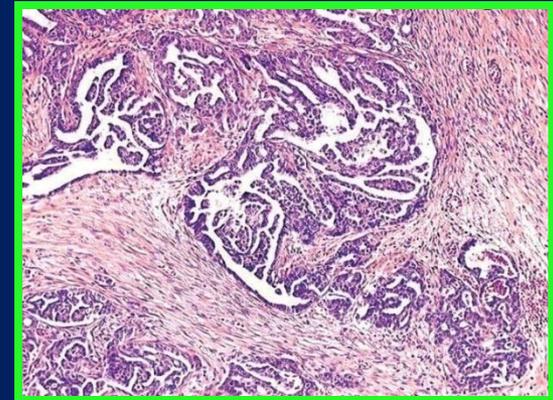
A- Un cystadénocarcinome mucineux

B- Un adénocarcinome à cellules claires

C- Une tumeur du mésenchyme et des cordons sexuels

D- Un cystadénocarcinome séreux

E- Un dysgerminome



Q N° 13: Vous décidez en RCP de débiter une chimiothérapie néo-adjuvante , Quel protocole de chimiothérapie?

- A: Chimiothérapie = Paclitaxel +Carboplatine+ Bécvacizumab
- B: Chimiothérapie = Paclitaxel +Carboplatine
- C: Chimiothérapie = Paclitaxel +Gemcitabine + Bécvacizumab
- D: Chimiothérapie = Paclitaxel +Gemcitabine
- E: Chimiothérapie = Paclitaxel seule
- F: Chimiothérapie = carboplatine seule

Réponse N°13: Quel protocole de chimiothérapie?

- A: Chimiothérapie = Paclitaxel +Carboplatine+ Bécvacizumab
- B: Chimiothérapie = Paclitaxel +Carboplatine
- C: Chimiothérapie = Paclitaxel +Gemcitabine + Bécvacizumab
- D: Chimiothérapie = Paclitaxel +Gemcitabine
- E: Chimiothérapie = Paclitaxel seule
- F: Chimiothérapie = carboplatine seule

QN°14:Combien de cycles à faire pour faire la 1^{ère} évaluation ?

A: 2 Cycles de chimiothérapie puis faire 1^{ère} évaluation

B: 3 Cycles de chimiothérapie puis faire 1^{ère} évaluation

C: 5 Cycles de chimiothérapie puis faire 1^{ère} évaluation

D: 6 Cycles de chimiothérapie puis faire 1^{ère} évaluation

E: 9 Cycles de chimiothérapie puis faire 1^{ère} évaluation

F: 12 Cycles de chimiothérapie puis faire 1^{ère} évaluation

Réponse N°14 : Combien de cycles à faire pour faire la 1^{ère} évaluation ?

A: 2 Cycles de chimiothérapie puis faire 1^{ère} évaluation

B: 3 Cycles de chimiothérapie puis faire 1^{ère} évaluation

C: 5 Cycles de chimiothérapie puis faire 1^{ère} évaluation

D: 6 Cycles de chimiothérapie puis faire 1^{ère} évaluation

E: 9 Cycles de chimiothérapie puis faire 1^{ère} évaluation

F: 12 Cycles de chimiothérapie puis faire 1^{ère} évaluation

Q N°15 : Quels sont vos moyens d'évaluation de la réponse à la chimiothérapie après 3 cures ?

A: faire une IRM pelvienne

B: faire une TDM TAP

C: faire une scintigraphie

D: faire une coelioscopie

E: examen clinique

F: dosage des marqueurs tumoraux CA125

G: dosage des marqueurs tumoraux CA15-3

Réponse N°12 : Quels sont vos moyens d'évaluation de la réponse à la chimiothérapie après 3 cures ?

A: faire une IRM pelvienne

B: faire une TDM TAP

C: faire une scintigraphie

D: faire une coelioscopie

E: examen clinique

F: dosage des marqueurs tumoraux CA125

G: dosage des marqueurs tumoraux CA15-3

Q N°13 : Combien de cycles à faire en moyenne pour proposer une chirurgie d'intervalle ?

- A: 2 Cycles de chimiothérapie
- B: 3 Cycles de chimiothérapie
- C: 5 Cycles de chimiothérapie
- D: 6 Cycles de chimiothérapie
- E: 9 Cycles de chimiothérapie
- F: 12 Cycles de chimiothérapie

Réponse N°13 : Combien de cycles à faire en moyenne pour proposer une chirurgie d'intervalle ?

- A: 2 Cycles de chimiothérapie
- B: 3 Cycles de chimiothérapie
- C: 5 Cycles de chimiothérapie
- D: 6 Cycles de chimiothérapie
- E: 9 Cycles de chimiothérapie
- F: 12 Cycles de chimiothérapie

Q N°15 : Faut il opérer la patiente en cas de réponse clinique et à l'imagerie? Si oui quels sont les gestes à réaliser ?

A: Oui

B: Non

Réponse N°14 : Faut il opérer la patiente en cas de réponse clinique et à l'imagerie? Si oui quels sont les gestes à réaliser ?

A: Oui ,le geste à réaliser : hystérectomie totale +annexectomie bilatérale +omentectomie +curage pelviens et lombo aortiques

Q N°15 : Quels sont les moyens de surveillance en cas de rémission complète de la malade?

A Clinique ,imagerie ,marqueurs tumoraux CA125

B imagerie seule

C marqueurs tumoraux

D Patiente consulte si elle présente des symptômes

Réponse N°15 : Quels sont les moyens de surveillance en cas de rémission complète de la malade?

A Clinique ,imagerie ,marqueurs tumoraux CA125

B imagerie seule

C marqueurs tumoraux

D Patiente consulte si elle présente des symptômes

Merci pour votre attention

