

Recommandations pour la prise en charge du CANCER DE L'OVaire PENDANT LA GROSSESSE

Date de publication : 16 décembre 2008

Promoteurs :

Société Française d'Oncologie Gynécologique (SFOG)

Société Française de Chirurgie Pelvienne (SFCP)

Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF)

Groupe de travail : Philippe Morice, Catherine Lhommé, Fabrice Lecuru, Michel Canis, Jean Levèque, Francois Golfier, Henri Marret.

Coordonateur : Henri Marret.

Centre Hospitalo-Universitaire de Tours, Hôpital Bretonneau, Pôle de Gynécologie Obstétrique, Médecine fœtale, Médecine et Biologie de la Reproduction - 37044 Tours Cedex 1.

Un avis thérapeutique d'une RCP spécialisée à compétence oncologique mais aussi parfois pédiatrique doit intervenir chaque fois que possible très en amont dès que le diagnostic de tumeur annexielle maligne est suspecté. (Grade A).

Il est rappelé que cancer et grossesse implique toujours une décision partagée avec la patiente, faisant intervenir au minimum un chirurgien à compétence oncologique, un obstétricien, un oncologue médical un anatopathologiste et un pédiatre.

L'échographie pelvienne endovaginale et transpariétale est indispensable pour orienter avec une bonne fiabilité le clinicien vers le diagnostic de tumeur ovarienne pendant la grossesse.

Environ 10% des masses sont complexes et méritent un second test diagnostique par un échographiste référent. L'échographie doit préciser l'origine de la masse, sa localisation, sa taille, sa structure interne (l'existence de végétations ou de cloisons) et classer la masse dans l'une des cinq catégories suivantes : uniloculaire, uniloculaire solide, multiloculaire, multiloculaire solide ou solide (Grade A). Un Doppler couleur doit être associé pour toute masse ovarienne permettant une cartographie vasculaire de la masse ovarienne. (Grade B).

L'IRM pelvienne est possible après le premier trimestre pour l'injection de gadolinium.

Examen de seconde intention, elle ne sera indiquée pendant la grossesse que devant une incertitude ou une insuffisance de l'échographie ou pour effectuer le bilan d'un cancer de l'ovaire (Grade B). Le scanner pelvien n'est pas indiqué pendant la grossesse, un scanner thoracique avec cache pelvien reste possible pour le bilan d'extension d'une tumeur à un stade avancé. Le CA 125 augmente au cours du premier trimestre et diminue ensuite, il est donc peu utile en diagnostic mais conservera son intérêt pour le suivi (Grade B).

Quel que soit le terme, l'association d'une symptomatologie aiguë sous forme de douleur, défense ou choc associée à une tumeur suspecte de l'ovaire fait craindre une complication (torsion, hémorragie ou rupture). La chirurgie sera immédiate, la voie d'abord n'étant pas différente de celle pratiquée en dehors du contexte d'urgence.

Pour les masses annexielles asymptomatiques, ne seront opérées pendant la grossesse que les masses suspectes ou les tumeurs malignes évidentes.

Le cahier des charges de l'intervention chirurgicale proposée devant une image suspecte de tumeur maligne de l'ovaire pendant la grossesse répond à trois objectifs :

- l'élaboration d'un diagnostic: où il faut obtenir une preuve histologique définitive, ou une preuve extemporanée fiable (malin épithelial ou non, ou à malignité limitée), sans aggraver la dissémination (rupture) et sans nuire à la grossesse ;
- la stadification histopathologique (avec la distinction : tumeur disséminée, tumeur infiltrante apparemment localisée, tumeur frontière apparemment localisée) ; le cahier des charges est alors de fournir une information utile à la prise en charge, dans un délai acceptable à discuter en fonction de l'âge de la grossesse ;
- la prise en charge thérapeutique initiale (chirurgicale ou chimiothérapique) ; le cahier des charges est alors : d'établir le standard hors grossesse pour la même situation ; d'évaluer une par une les altérations de ce standard subies ou librement acceptées du fait de la grossesse; cela implique de connaître les risques réels et démontrés de la prématurité versus ceux de la chimiothérapie pergravidique et/ou le délai à l'instauration du traitement chaque fois que la question est posée.

Les tumeurs à malignité limitée confirmées peuvent bénéficier d'un traitement conservateur par annexectomie, cytologie et exploration péritonéales avec biopsies. Ce diagnostic ne doit en aucun cas faire interrompre la grossesse (Grade A). Ce

traitement devra se faire sans rupture et par une équipe chirurgien/anesthésiste entraînée à ce type de chirurgie pergravidique oncologique. Le plus souvent réalisé par laparotomie pour des raisons anatomique, il peut être réalisé par cœliochirurgie avant 24 SA sous réserve de respecter l'absence de rupture et la stadification complète. Un traitement super-conservateur (kystectomie seule) n'est indiqué que si la patiente n'a plus qu'un seul ovaire ou en présence d'une tumeur borderline bilatérale. Si la tumeur borderline est de découverte histologique sur pièce opératoire il semble raisonnable, compte tenu du bon pronostic de ces tumeurs, de laisser se terminer la grossesse. La stadification chirurgicale sera complétée entre 3 et 6 semaines après l'accouchement.

Pour les tumeurs invasives épithéliales : dans tous les cas, il est nécessaire que l'intervention, si elle est prévue, soit faite ou assistée par un chirurgien entraîné à la prise en charge des tumeurs ovariennes malignes. De la même façon, les examens extemporanés doivent être réalisés par des pathologistes entraînés à la pathologie ovarienne. Il convient devant une suspicion échographique de tumeur maligne de stade I de réaliser une annexectomie unilatérale sans rupture pour les tumeurs IA et bilatérale si IB, avec dans tous les cas, cytologie péritonéale et exploration abdominopelvienne complète (grade B). Les indications de chimiothérapie adjuvante selon le stade d'extension et le type histologique sont les mêmes que celles recommandées en dehors de la grossesse. Elle sera basée sur les sels de platine (grade A), la décision doit être prise in fine en réunion pluridisciplinaire en accord avec les pédiatres et les obstétriciens et selon l'âge gestationnel. Elle sera réalisée pendant ou après la grossesse selon le pronostic, l'avis de la RCP et les souhaits de la patiente. La voie d'accouchement est libre. Il faut dans le post-partum re-opérer la patiente pour compléter le traitement chirurgical selon les décisions de la RCP et les choix de la patiente. Les modalités de cette chirurgie seront alors identiques à ce qui est réalisé chez une femme hors du contexte per-gravidique.

Pour les tumeurs de stades plus avancés (II à IV) il semble préférable d'interrompre la grossesse si le terme est précoce avant 24 SA pour proposer le traitement chirurgical habituel du cancer de l'ovaire suivi de chimiothérapie. Après 24 SA, après avis de la RCP, l'objectif est alors souvent d'obtenir une histologie. Une biopsie peut être effectuée par voie transpariétale sous échographie, par laparoscopie ou par microlaparotomie. Selon le bilan de stadification et l'âge gestationnel, soit un traitement chirurgical sera effectué pendant la grossesse s'il est possible soit une chimiothérapie néoadjuvante sera la seule solution

raisonnable (Grade C). L'objectif est de ne pas retarder le traitement maternel mais de limiter la prématurité ou la toxicité fœtale. Dans ce cas, les dates de la dernière cure de chimiothérapie et de l'accouchement qui aura alors lieu le plus souvent par césarienne doivent être choisies en fonction l'une de l'autre. Un délai de 4 semaines entre eux est recommandé pour éviter que la césarienne ne soit réalisée en période d'aplasie, dangereuse pour la mère et pour l'enfant (aplasie possible chez ce dernier) (Grade B). Un terme de naissance entre 32 et 36 SA est raisonnable. Le traitement chirurgical complet sera effectué par un chirurgien oncologue pendant la césarienne si possible ou après l'accouchement.

Les tumeurs malignes non épithéliales : du fait de l'âge des patientes, les tumeurs malignes annexielles pendant la grossesse sont le plus souvent des tumeurs non épithéliales (tumeurs germinales 30-35 %, tumeurs des cordons sexuels 17-20 %). Les stades I sont les plus fréquents. L'exploration chirurgicale, par coelioscopie ou par laparotomie selon le terme et la taille de la tumeur, permet la réalisation d'une annexectomie unilatérale si stade IA ou bilatérale si stade IB avec un examen extemporané. Il est parfois possible d'éviter en fin de grossesse l'annexectomie bilatérale pour certaine tumeur de bon pronostic très chimiosensible. Une stadification péritonéale doit être effectuée. L'omentectomie n'est pas nécessaire. Les curages pelviens et lombo-aortiques ne sont plus proposés (Grade B). La chirurgie de restadification dans le postpartum se discute selon le type histologique. Pour une tumeur de stade plus avancé il sera effectué une proposition d'un traitement adjuvant par chimiothérapie discutée au préalable lors d'une RCP avec avis d'experts. Le terme de l'accouchement sera discuté selon la nécessité ou non d'une chimiothérapie. Les modalités de la chimiothérapie seront adaptées au type histologique de la tumeur, à son stade d'extension et au terme de la grossesse.

Conclusion

Étant donné la rareté des cancers invasifs et des tumeurs borderline de l'ovaire diagnostiqués au cours de la grossesse, les propositions de prise en charge thérapeutique dans cette situation doivent idéalement être structurées en « Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) spécialisées » et les cas référencés dans la base de données nationale du CNGOF (cancer.grossesse@tnn.aphp.fr).