

Borderline Ovarian Tumors

Merieme Alami Merrouni, Ismail Alilou, Mohamed Karam Saoud, Nisrine Mamouni,

Sanaa Errarhay, Chahrazad Bouchikhi & Banani Abdelaziz
Gynecology-Obstetrics Service I, CHU HASSAN II of Fez, Morocco.

Abstract: *Borderline ovarian tumors represent 15 to 20% of ovarian tumors and affect young women for whom fertility preservation is an important therapeutic challenge. Radiological and biological examination oriented preoperative diagnosis. However, surgical exploration and histological examination make the diagnostic. The treatment for the early stages should be as conservative as possible for young patients. This is a retrospective study of 30 observations diagnosed and treated at the department of Gynecology and Obstetrics 1 of University Hospital Hassan II in Fes over a period of 9 years. The average age of our patients was 38 years, 50% were nulliparous. 95,5% of our patient complain about abdominal pelvic pain and 45.5% of patients have an increase abdominal volume. 73% of patients had clinically palpable pelvic tumors. Pregnancy was the circumstance of discovery in tow patients. The supra-pubic pelvic ultrasound was performed in all our patients. The average size of the masse is 114mm. Histological Study Shows borderlineserous tumor in 63,6%, and mucinous tumors in 27,3%. 45 % of our patients underwent conservative surgery, and 55% patients underwent radical surgery. 10 patients had regular follow-up in oncology with a favorable evolution. 3 patients received adjuvant chemotherapy for the presence of invasive peritoneal implants. 11 patients received regular follow the gynecology department with a favorable evolution. One of patients, who benefited from a conservative treatment spontaneously fell pregnant after primary infertility of 7 years. Seven patients had loosed from regular surveillance. Borderline ovarian tumors usually occur in young patients. The clinical presentation, the prognosis and the treatment are different from ovarian adenocarcinomas. They are often diagnosed at stage I of the FIGO classification. Their prognosis is excellent with a survival rate after 5 year of 95%.*

Keyword : borderline ovarian tumors, giagnosis, conservative treatment

INTRODUCTION :

Les tumeurs borderline de l'ovaire (TBO) représentent 15 à 20% des tumeurs ovariennes et concernent les femmes jeunes pour lesquelles la préservation de la fertilité est un enjeu thérapeutique majeur. Ce groupe de tumeurs a été reconnu par la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) en 1961 et adopté par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1973. (2) La définition des tumeurs borderline de l'ovaire est pathologique (3). Le diagnostic préopératoire, non spécifique, repose sur des critères radiologiques et biologiques. L'exploration chirurgicale et l'examen histopathologique permettent le diagnostic. L'intérêt de ces tumeurs épithéliales est justifié par leur âge de survenue, généralement dix ans plus tôt que les tumeurs ovariennes invasives, leur fréquence relative et leur pronostic qui est bien meilleur.

RÉSULTATS :

L'âge de nos patientes se situe entre 18 et 76 ans. L'âge moyen est de 38 ans avec un pic de fréquence entre 30 et 40 ans. 10 de nos patientes étaient nullipares. 9 de nos patientes étaient multipares (23%). 11 patientes étaient paucipares (32%) Aucune de nos patientes n'avait d'antécédents familiaux de cancer de l'ovaire ou du colon. Une patiente a subi une ovariectomie pour une tumeur ovarienne de nature indéterminée, 15 ans avant sa symptomatologie actuelle. Le délai de consultation de nos patientes était en moyenne de 10 mois. La découverte fortuite n'a été la circonstance de découverte que chez 5 patients de notre série. 15 patientes avaient une douleur pelvienne isolée à 50%. 10 patients avaient des douleurs abdominopelviennes associées à d'autres symptômes. L'augmentation du volume abdominal a été décrite dans 10 cas sur 30. Trois patientes aont présenté des métrorragies. Une patiente a eu un signe gastro-intestinal à type de constipation six mois après le début de la symptomatologie initiale qui était une douleur pelvienne. Aucun patient n'a eu une notion de signes urinaires associés. Deux patientes ont eu une notion de perte de poids quantifiée ; Dans notre série, la grossesse a été la circonstance de découverte chez deux patientes : La masse ovarienne a été découverte fortuitement lors de l'exploration péri-opératoire au moment de la césarienne chez la première. Et chez la seconde patiente avec une augmentation excessive du volume abdominal lors de la première grossesse et lors de la récurrence lors de la seconde grossesse (elle a bénéficié initialement d'une kystectomie et la récurrence s'est faite dans l'intervalle de 1 an). Une seule patiente a eu une douleur pelvienne aiguë (vingt jours) liée à une torsion de l'appendice. Quatorze patients avaient des tumeurs pelviennes cliniquement palpables (63,6 %), dont trois étaient de grande taille. La taille des masses palpées variait entre 7 cm et 30 cm avec une taille moyenne de 14,7 cm. Des masses difficiles à objectiver cliniquement chez 8 patients, soit 27,3% (5 patients avaient une ascite de moyenne à grande abondance) Les critères de malignité retrouvés sont l'ascite de grande abondance retrouvée chez 5 patients et la consistance dure retrouvée chez quatre patients. Un patient avait une masse fixe par rapport au plan profond. Aucun patient n'avait une masse cliniquement bilatérale Une échographie pelvienne suprapubienne a été réalisée chez 30 patients. Elle a permis de rattacher la masse pelvienne à son origine annexielle chez 15 (68%) de nos patients. La taille des masses a été précisée chez huit patients, avec une taille moyenne de 7,93 mm ; variable entre 40 mm et 180 mm. Dans six cas, la taille n'a pas été précisée car les masses dépassaient le crible (masses énormes arrivant au niveau ombilical ou même au niveau xyphoïde). Un scanner a été réalisé chez onze patients.

Les six patients présentant de grosses masses difficiles à caractériser à l'échographie ont tous bénéficié du scanner. Il a permis de préciser la taille des masses (variant entre 100mm et 300mm) et de préciser les rapports de la masse avec les structures voisines. Deux patientes ont subi une exploration laparoscopique initiale avec la décision peropératoire de convertir en laparotomie. La nécessité de la laparoconversion a été jugée par la difficulté de manipulation du kyste en raison de ces adhérences multiples chez un patient et la difficulté opératoire et la rupture accidentelle du kyste avec pour conséquence un liquide épais mucineux chez le 2ème patient. Les 28 autres patients ont bénéficié d'une laparotomie exploratrice d'emblée. Dix-sept tumeurs (77,2%) ont été classées au stade I (Onze classe Ia, trois classe Ib (bilatérale), trois classe Ic). 5 étaient de classe IIa 8 tumeurs au stade III. Aucune tumeur n'a été classée au stade IV.

Onze patients ont subi un examen extemporané pendant la procédure chirurgicale, soit 54,5%. L'examen extemporané a permis de préciser le caractère borderline chez tous les patients. 20 patientes ont subi un traitement radical : le traitement chirurgical a consisté en une hystérectomie totale + une annexectomie bilatérale + une omentectomie infra-colique + des biopsies péritonéales Une appendicectomie complémentaire a été réalisée chez 6 patientes présentant une composante mucineuse.

Quatorze patients avaient une tumeur limite de type séreux. Six patients avaient une tumeur limite mucineuse dont aucun n'avait de carcinome intra-épithélial. Une patiente avait une tumeur limite mixte bilatérale. Une patiente présentait une tumeur limite endométrioïde. Des biopsies péritonéales ont été réalisées chez tous nos patients Le résultat anatomopathologique a montré des implants tumoraux chez trois patientes, dont deux étaient des implants invasifs. Des biopsies péritonéales ont été réalisées chez toutes nos patientes. Le résultat anatomopathologique a montré des implants tumoraux chez trois patients, dont deux étaient des implants invasifs. 6 patientes ont été proposées à la chimiothérapie sur la base d'un examen pathologique définitif en faveur d'une tumeur séreuse borderline de l'ovaire avec présence d'implants invasifs. Elles ont reçu six cures de chimiothérapie à base de Carboplatine et de Paclitaxel. Deux patientes ont fait l'objet d'un suivi régulier en oncologie pour la présence d'une composante micro papillaire, et deux autres après le début de la chimiothérapie adjuvante. Une surveillance régulière, après chimiothérapie, clinique, radiologique (CT TAP) et des marqueurs tumoraux (Ca125) tous les 3 mois a été mise en place. 3 mois a été établie : Une bonne évolution a été observée. Douze patientes ont été suivies dans le service de gynécologie avec une évolution favorable, dont une patiente, ayant bénéficié d'un traitement conservateur, est devenue spontanément enceinte après une stérilité primaire de 7 ans. L'adhésion au suivi a été partielle. Les sept autres patientes ont été perdues de vue.

DISCUSSION :

Les TBO sont définis par l'OMS comme une catégorie de tumeurs intermédiaires entre les lésions morphologiquement bénignes et celles qui sont manifestement malignes.

Elles se distinguent histologiquement (3) des tumeurs malignes par l'absence d'infiltration du stroma ovarien par les cellules tumorales.

Elles se distinguent des tumeurs bénignes par la présence de l'un ou de tous les caractères histologiques suivants : épithélium, bourgeonnement, stratification multiple, et absence d'infiltration du stroma ovarien par les cellules tumorales, activité mitotique importante avec atypies nucléaires.

Trois termes sont actuellement utilisés pour désigner ces tumeurs : tumeur limite, tumeur à faible potentiel de malignité et tumeur à prolifération atypique. Elles représentent environ 15 à 20 % de toutes les tumeurs épithéliales ovariennes avec une incidence de 1,8 à 4,8 pour 100 000 femmes par an (4).

Les patientes atteintes de tumeurs ovariennes borderline sont généralement dix ans plus jeunes que les femmes atteintes de cancer épithélial de l'ovaire (45 contre 55).

Dans le cadre du TBO, Valentin et al. ont démontré que les tumeurs restant indéterminées après une échographie réalisée par un opérateur expérimenté étaient largement représentées par des tumeurs frontières (10). Cependant, la classification correcte des TBO en termes de diagnostic spécifique sur la base d'images échographiques est difficile Les tumeurs ovariennes épithéliales de la bordure sont des tumeurs kystiques mono- ou multiloculaires présentant généralement des végétations endocystiques vascularisées avec souvent un croissant de parenchyme ovarien sain résiduel. (9)

L'intérêt de l'IRM pelvienne pour optimiser la caractérisation de ces tumeurs ovariennes (18).

L'intérêt du dosage des marqueurs tumoraux dans le diagnostic des tumeurs ovariennes borderline n'est pas démontré. Le principal marqueur utilisé est le CA 125 bien que son élévation reste inconstante.

La majorité des études s'accordent sur le fait que le traitement adjuvant (chimiothérapie ou radiothérapie) n'améliore pas la survie des patientes dans les cas de cancer ovarien borderline (18). Cependant, elle est proposée en cas d'invasion péritonéale dans la majorité des centres spécialisés et doit être discutée dans le cadre d'une consultation individuelle et doit être discutée au cas par cas. (15)

CONCLUSION :

Les TBO touchent principalement les jeunes femmes. La majorité d'entre eux sont diagnostiqués à un stade précoce (stade I). Le pronostic est excellent et le taux de survie globale des TBO est beaucoup plus élevé que celui des carcinomes ovariens. Choisir le bon traitement pour chaque patiente est un grand défi pour le praticien. Le recours à un traitement conservateur est recommandé pour les jeunes femmes qui n'ont pas achevé leur désir de procréation et qui sont complices d'une surveillance étroite et régulière. la

préservation de la fertilité dans les TBO est en expansion car le nombre de grossesses contractées chez des patientes subissant une TBO avec un faible risque de récurrence. Cependant, chaque cas doit être analysé par une équipe multidisciplinaire.

RÉFÉRENCES :

1. Fauvet R, Demblocque É, Morice P, Querleu D, Gondry J, Daraï É. Comparaison des facteurs épidémiologiques des tumeurs frontières séreuses et mucineuses de l'ovaire : implications thérapeutiques. *Bull Cancer (Paris)*. mai 2012;99(5):551-6.
2. Tulpin L, Rouzier R, Morel O, Malartic C, Daraï E, Barranger E. Tumeurs borderline de l'ovaire : état des lieux. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. avr 2008;36(4):422-9.
3. Taïeb S, Fauquet I, Narducci F, Baranzelli M-C, Leblanc É, Ceugnart L. Tumeurs borderline de l'ovaire. *Imag Femme*. févr 2009;19(1):21-7.
4. Skírnisdóttir I, Garmo H, Wilander E, Holmberg L. Borderline ovarian tumors in Sweden 1960–2005: Trends in incidence and age at diagnosis compared to ovarian cancer. *Int J Cancer*. 15 oct 2008;123(8):1897-901.
5. Gokcu M, Gungorduk K, Aşıcıoğlu O, Çetinkaya N, Güngör T, Pakay G, et al. Borderline ovarian tumors: clinical characteristics, management, and outcomes - a multicenter study. *J Ovarian Res*. 1 déc 2016;9(1):66.
6. Cibula D, Gompel A, Mueck AO, La Vecchia C, Hannaford PC, Skouby SO, et al. Hormonal contraception and risk of cancer. *Hum Reprod Update*. 1 nov 2010;16(6):631-50.
7. Morotti M, Menada MV, Gillott DJ, Venturini PL, Ferrero S. The preoperative diagnosis of borderline ovarian tumors: a review of current literature. *Arch Gynecol Obstet*. 1 avr 2012;285(4):1103-12.
8. Bonnamy L, Fignon A, Fetissof F, Berger C, Body G, Lansac J. Tumeurs borderline de l'ovaire. [Httpwwwem-Premiumcomscd-Rproxu-Strasbgfrdatarevues0368231500300003272](http://www.em-premium.com.scd-rproxu-strasbgfrdatarevues0368231500300003272) [Internet]. 8 mars 2008 [cité 16 mai 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.scd-rproxu.u-strasbg.fr/article/114183/resultatrecherche/1>
9. Bazot M, Cortez A, Daraï É, Froment-Leonetti V, Nassar-Slaba J, Haouy D, et al. Imagerie des tumeurs ovariennes épithéliales frontières. *Imag Femme*. mars 2012;22(1):4-11.
10. Valentin L, Ameye L, Jurkovic D, Metzger U, Lécuru F, Van Huffel S, et al. Which extrauterine pelvic masses are difficult to correctly classify as benign or malignant on the basis of ultrasound findings and is there a way of making a correct diagnosis? *Ultrasound Obstet Gynecol*. 1 avr 2006;27(4):438-44.
11. Seong SJ, Kim DH, Kim MK, Song T. Controversies in borderline ovarian tumors. *J Gynecol Oncol*. oct 2015;26(4):343.
12. Uzan* C, Gouy S, Balleyguier C, Zareski É, Lhomme C, Pautier P, et al. Tumeurs borderline de l'ovaire. [Httpwwwem-Premiumcomscd-Rproxu-Strasbgfrdatarevues116319610019000137](http://www.em-premium.com.scd-rproxu-Strasbgfrdatarevues116319610019000137) [Internet]. 10 mars 2009 [cité 13 mai 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.scd-rproxu.u-strasbg.fr/article/203449#N1004B>
13. DaraïE,TulpinL,PrugnolleH,CortezA,DubernardG.Laparoscopicrestagingofborderlineovariantumors.*SurgEndosc*. 1 nov 2007;21(11):2039-43.
14. Camatte S, Morice P, Thoury A, Fourchette V, Pautier P, Lhomme C, et al. Impact of surgical staging in patients with macroscopic « stage I » ovarian borderline tumours: analysis of a continuous series of 101 cases. *Eur J Cancer*. août 2004;40(12):1842-9.
15. ChenX,FangC,ZhuT,ZhangP,YuA,WangS.Identificationoffactorsthatimpactrecurrenceinpatientswithborderline ovarian tumors. *J Ovarian Res* [Internet]. 2017 [cité 3 mai 2017];10. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/scd-rproxu.u-strasbg.fr/pmc/articles/PMC5379723/>
16. Ahmed ASM, Lawton FG. Borderline ovarian tumours: Current concepts and management. *Rev Gynaecol Pract*. sept 2005;5(3):139-51.
17. Burger CW, Prinssen HM, Baak JPA, Wagenaar N, Kenemans P. The management of borderline epithelial tumors of the ovary. *Int J Gynecol Cancer*. 7 mai 2000;10(3):181-97.
18. Faluyi O, Mackean M, Gourley C, Bryant A, Dickinson HO. Interventions for the treatment of borderline ovarian tumours. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(9):CD007696.