

Ovaire et trompe

A. Renseignements cliniques

Renseignements de base, voir chapitre « Pathologie chirurgicale »

Localisation et type du tissu soumis à l'examen :

unilatéral ou bilatéral, latéralité, salpingectomie (subtotale ou partielle), oophorectomie, salpingo-oophorectomie, etc.

diagnostics différentiels cliniques (par ex.) :

- tumeur solide
- inflammation (PID)
- torsion
- kyste (fonctionnel, endométriose, néoplasie kystique)
- gravidité tubaire

Analyses de laboratoire significatives

Informations supplémentaires :

- interventions antérieures
- autres maladies significatives/syndromes génétiques : par ex. porteuses de mutation de BRCA1/2, HNPCC, etc.

B. Examen macroscopique

Résection/ectomie

État du tissu

- natif (par ex. extemporané/fixé)
- non ouvert/ouvert ou incisé/fragmenté, voire morcelé

Type du tissu

- salpingectomie totale ou partielle
- oophorectomie totale ou partielle
- salpingo-oophorectomie (adénectomie)

Description de la lésion

Trompe

- localisation (par ex. isthme, ampoule, région infundibulaire, pavillon)
- taille et profondeur d'invasion
- description de la lumière (normale, dilatée, kystique, oblitérée)
- aspect du pavillon (normal, non identifiable, extension en direction de l'ovaire, épaissi, tumoral) et consistance (molle, élastique, rugueuse)
- description de la surface sérosale (nette, rugueuse, présence d'hémorragie, inflammée, tumorale)
- tumeurs : taille en trois dimensions. aspect de la surface de coupe (parts solides, nécroses, saignements) profondeur d'invasion (mucosale, intramurale, perforation de la séreuse) relation avec les structures adjacentes (ovaire, péritoine, endomètre, etc.)
- kystes, nodules : taille en trois dimensions. contenu (séreux, mucineux, hémorragique). papillaires ou parts solides

Ovaire

- tumeurs : tailles en trois dimensions ou indéterminable, poids aspect de la coupe (normal, kystique, présence de nécroses, d'hémorragie, régions myxoides, tumeur solide, etc.)
indication de la taille des zones modifiées en trois dimensions. description du contenu (séreux, mucineux, couleur, etc) et de la surface interne des kystes (par ex. lisse, formations papillaires solitaires/ multiples)
description de la relation de la tumeur avec la surface (perforation de la capsule ?) et consistance de la surface (lisse, adhésion, aspect papillaire, foyers tumoraux)
- lésion para-tubaire et para-ovarienne (avec description et indication de la taille)

C. Prise en charge/prélèvements

Résection/ectomie

Inclure toute région suspecte. Prélever dans tous les cas les blocs suivants :

- zone de transition jusqu'au tissu normal
- centre de la lésion et 2 blocs par cm en périphérie
- inclure les trompes en totalité, en coupes transversales (3-5 mm d'écart)
trois coupes transversales de l'isthme, ampoule, infidibulum/pavillons (1 bloc)

Ovaires sans pathologie macroscopique

- coupe longitudinale, inclure une moitié en totalité
- oophorectomie prophylactique (porteuses de mutation BRCA) :
inclure les trompes et les ovaires en totalité dans l'examen histologique.
Trompe : coupes transversales plus étroites (2-3mm d'écart). Découpes longitudinales des pavillons pour améliorer l'examen de transition entre la séreuse et les muqueuses de la trompe en parallèle à des axes longitudinaux de la trompe de Fallope (protocole (SEE-FIM) d'exposition maximale de franges, Crum et al. 2007).

Torsion/inflammation/kystes

- torsion : inclure si possible les régions vitales (1 bloc par cm de diamètre, cf. tumeur)
- en cas d'inflammation; colorations spéciales Gram et PAS, le cas échéant colorations Ziehl-Neelsen (Tbc)
- kystes : 1 bloc par cm de diamètre en cas de surface interne du kyste
normalement lisse: 1 bloc par 2 cm de diamètre; 2 blocs par 1 cm de diamètre en présence d'un aspect papillaire

Tumeur dans l'ovaire

- tumeurs : 1 bloc par cm de diamètre de la tumeur, mais un minimum de 5 blocs
- coupes supplémentaires représentatives de toutes les régions suspectes en macroscopie
- relation avec les trompes. inclure les pavillons en totalité.
- lien avec la surface : coupes représentatives
- tératome (kystes dermoïdes) : inclure toutes les régions solides en macroscopie

Tumeur de la trompe

- coupe transversale pour la tranche de section, transition entre muqueuse normale et tumeur, profondeur d'invasion et relation avec les structures avoisinantes
- petites tumeurs : procéder à un examen histologique complet
- grandes tumeurs : au minimum 1 bloc par cm de diamètre de la tumeur

Implication d'autres tissus

- ovaire controlatéral
oviducte
utérus
péritoine/omentum
- prélèvements des échantillons pour l'examen microscopique

Utérus

En cas de tumeur macroscopiquement visible : profondeur d'invasion du myomètre, échantillon de l'endomètre pour conclure la présence de la tumeur dans l'endomètre. Relation de la trompe / de l'ovaire avec la tumeur (tumeur métastatique des trompes/ovaires voir tumeurs primaires séparées dans l'utérus et dans l'ovaire). Autre prise en charge cf. chapitre utérus

Péritoine/omentum

En cas de tumeur borderline ou de tératomes non développés, examiner in toto toutes lésions macroscopiquement visibles (en cas de grosses lésions inclure un minimum de 10 cassettes).

L'identification d'une lésion invasive et/ou immature influence le diagnostic et la thérapie. Inclusion représentative en cas de tumeur macroscopiquement visible dans l'omentum. en cas de tumeur macroscopiquement non visible, inclure du tissu de plusieurs parties (minimum 5 cassettes)

Ganglions

en cas de ganglions macroscopiquement positifs, prélever des tissus représentatifs. Inclure in toto les ganglions lymphatiques macroscopiquement normaux.

Biopsies:

- nombre de fragments
- inclure et examiner tous les fragments de biopsies reçus

Colorations histopathologiques

- hématoxyline éosine
- colorations spéciales selon besoin (par ex. pour classification de la tumeur, détection du pathogène, voir ci-dessus)

Colorations immunohistochimiques

- Pax8, wt1, p53, Mib1, récepteurs d'hormones et selon la constellation diverses autres immuno-incubations en lien avec l'apparition de métastases des tumeurs extraovariennes

D. Rédaction du rapport

Généralités :

- localisation de la lésion
- sous-type histologique (actuelle classification OMS)
- grade de la tumeur (classification OMS ou 2 niveaux)
- stades précurseurs voire lésions touchées (STIC ; kyste endométriosique, etc.)
- stade TNM : selon l'actuelle classification TNM de l'UICC
- invasion des vaisseaux lymphatiques péritumorale
 - présente
 - Absente
- invasion vasculaire péritumorale
 - présente
 - Absente
- invasion périneurale
 - présente
 - Absente

Affections non néoplasiques et bénignes de la trompe

- salpingite (aiguë/chronique/granulomateuse),
- salpingite isthmique noueuse
- hydrosalpinx
- hématosalpinx
- kystes paratubaires et hydatides
- adhésions tubo-ovariennes, endosalpingiose, endométriose etc.
- salpingectomie partielle en cas de stérilité (s'assurer qu'un anneau complet de la trompe est visualisé sur la coupe avec toutes les couches de la paroi tubaire)
- gravidité tubaire (cellules trophoblastiques/tissus, év. site de rupture)

Affections non néoplasiques et bénignes de l'ovaire

- maladies infectieuses/auto-immunes
- kystes simples/kystes adénoïdes/fibromes
- diverses tumeurs bénignes

Tumeur borderline et maligne de l'ovaire

Séreux

Séreux, borderline / proliférative atypique

Séreux, carcinome, non invasif et low grade invasif

Séreux, carcinome, high grade

Mucineux

Mucineux, borderline, proliférative atypique, type entéral

Mucineux, borderline voire proliférative atypique, type endocervical (séro-mucineux)

Mucineux, carcinome

Endométrioïde

Endométrioïde, borderline/proliférative atypique

Endométrioïde, carcinome

Cellules claires

Cellules claires, borderline/prolifératives atypiques

Cellules claires, carcinome

- Tumeur de Brenner,
 - Foyer tumoral, borderline resp. prolifératif atypique
 - Foyer tumoral, malin
- Séro-mucineux,
 - Séro-mucineux, borderline / prolifératif atypique
 - Séro-mucineux, carcinome, non invasif et low grade invasif
- Carcinome indifférencié
- Tumeurs mésoenchymateuses
 - Sarcome du stroma endométriosique low grade
 - Sarcome du stroma endométriosique high grade
- Tumeurs épithéliales et mésoenchymateuses mixtes
 - Adénosarcome
 - Carcinosarcome (tumeur müllérienne mixte maligne)
- Tumeurs épithéliales – du stroma (pures et mixtes)
 - Tumeur à cellules de la granulosa
 - Tumeur à cellules de Sertoli-Leydig
 - Autres tumeurs épithéliales du stroma (indication du type)
- Tumeurs germinales
 - Dysgerminome
 - Tumeur germinale
 - Carcinome embryonnaire
 - Choriocarcinomes non gestationnels
 - Tératomes immatures
 - Carcinome dans le tératome
 - Tumeurs cellulaires malignes mixtes (indication du type et de la part pourcentuelle)
- Diverses tumeurs secondaires

Tumeur borderline et maligne de la trompe

- Séreuse
 - Séreux, stade préliminaire, carcinome tubaire séreux intra-épithéal (STIC)
 - Séreux, borderline / prolifératif atypique
 - Séreux, carcinome, low grade
 - Séreux, carcinome, high grade
- Endométrioïde
 - Endométrioïde, carcinome
- Cellules claires
 - Cellules claires, carcinome
- Mucineux
 - Mucineux, carcinome
- Cellules de transitions
 - Cellules de transition, carcinome
- Carcinome indifférencié
- Tumeurs épithéliales et mésoenchymateuses mixtes
 - Adénosarcome
 - Carcinosarcome (tumeur müllérienne maligne mixte)
- Tumeurs germinales
 - Tératomes immatures
- Diverses tumeurs secondaires

Degré histologique

Grade histologique des carcinomes ovariens et tubaires selon l'OMS
(valable pour tous les carcinomes, y compris les carcinomes séreux)

G1 : bien différencié

G2 : moyennement différencié

G3 : peu différencié

G4 : indifférencié

carcinome endométrioïde : analogue à l'utérus

Système de gradation à deux niveaux (Two-Tier) (en cas de carcinomes séreux et de tératomes immatures):

bas grade (low-grade)

haut grade (high-grade)

critères pour « high grade » en cas de carcinomes séreux : base variable (>3-
divisions

différence des valeurs-clé) et activité mitotique (> 12 mitoses/10 HPF)

Lésions du péritoine low grade

implants en cas de tumeurs séreuses/séro-mucineuses de prolifération atypique-
(borderline)

métastases péritonéales (« implants invasifs ») d'un carcinome séreux low grade

Métastases dans l'ovaire

en cas de tumeurs « pseudo endométrioïdes » ou mucineuses bilatérales,
généralement petites (<10cm), il faut généralement par analyse
immunohistochimique exclure des métastases des tumeurs extraovariennes
(colon, col de l'utérus, pancréas etc.).

des invasions de vaisseaux lymphatiques ou vasculaires peuvent signaler des
tumeurs métastatiques

Tumeur borderline, tumeur du stroma

Implants de tumeurs immatures à examiner avec des éléments immatures, de type
tissus gliaux (gliomatosis peritonei).

Les tumeurs à cellules de la granulosa ne sont pas gradées. Le stade de gradation
est le paramètre diagnostique le plus important.

Lésions associées

Le carcinome intra-épithélial tubaire de type séreux (STIC) à trouver dans >60%
des carcinomes séreux de haut grade.

L'endométriopse, surtout en lien avec l'endométrioïde ou le carcinome de cellules
claires est un dépistage important d'une tumeur primaire de l'ovaire.

Autres examens

le cas échéant FISH (hybridation in situ en fluorescence) pour HER2 et autres examens pathologiques moléculaires (surtout pour la détection de mutation BRCA1 et 2 variantes; HNPCC (IHC et MSI) etc.)

Effets du traitement

(pour carcinome après thérapie néoadjuvante)
pas ou peu de réaction (pas de réponse ou mauvaise réponse)
réaction importante (pas ou peu de tumeur résiduelle)

E. Modèles de rapport

Préparations hystérectomie, adnexectomie, omentectomie et lymphadénectomie :
Carcinome séreux peu différencié dans l'ovaire gauche (haut grade).
Carcinome tubaire séreux intra-épithéal dans le pavillon gauche (STIC).

Multiples métastases sérosales dans les trompes, l'utérus et l'ovaire droit (taille jusqu'à 2 cm)

Métastases nodulaires dans l'omentum majus (taille jusqu'à 4 cm)

Pas d'infiltration lymphatique ou vasculaire

Absence d'invasion périnerveuse

Ganglions lymphatiques métastatiques dans ganglion lymphatique pelvien droit (12 mm invasion).

47 ganglions lymphatiques non tumoraux du pelvin gauche et para-aortal gauche et droit.

Classification TNM (UICC 2017):

pT3c pN1b (1/48) L0 V0 Pn0 high grade

Stade FIGOIIIC

F. Références

1. Kindelberger DW, Lee Y, Miron A, et al. Intraepithelial carcinoma of the fimbria and pelvic serous carcinoma: evidence for a causal relationship. *Am J Surg Pathol.* 2007;31(2):161-169.
2. Crum CP, Drapkin R, Miron A, et al. The distal fallopian tube: a new model for pelvic serous carcinogenesis. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2007;19(1):3-9
3. Mingels MJ, Van Ham MA, de Kievit IM et al. Müllerian precursor lesions in serous ovarian cancer patients: using the SEE-Fim and SEE-End protocol. *Modern Pathology (2014) 27, 1002–1013*
4. Kurman RJ and Shih I-M. The Dualistic Model of Ovarian Carcinogenesis Revisited, Revised, and Expanded. *Am J Pathol 2016, 186: 733-747*
5. Brierley J, Gospodarowicz M, Wittekind Ch. *UICC TNM Classification of malignant tumors (8th edition)*. New York: Wiley-Blackwell, 2016

Auteur :

G. Singer
Mai 2017