

# PROTOCOL

## CANCERUL OVARIAN

### 1. Introducere

Cancerul ovarian se află pe locul 7 ca incidență a tumorilor maligne ce pot să apară la sexul feminin și survine cu incidență maximă între 40 și 65 de ani. Riscul său de apariție pe parcursul vieții unei femei este de 1,4-1,8%, cu o incidență anuală de aprox. 57,3/100.000 femei care ating vârsta de 75-79 de ani, reprezentând a cincea cauză de deces feminin prin cancer. Rata de supraviețuire la 5 ani pentru toate stadiile este cuprinsă între 35-38%. <sup>(1)</sup>

În România, cancerul ovarian se află pe locul 5 în categoria cancerelor feminine, după cancerul de sân, cel al colului uterin, colo-rectal și pulmonar. Incidența sa este de 4% în rândul cancerelor femeii, iar supraviețuirea la 5 ani depinde de stadiul bolii în momentul diagnosticului, variind între 50-55%. <sup>(2)</sup>

Incidența cancerului ovarian este mai crescută la:

- nulipare
- primipare în vârstă
- femeile cu istoric familial sugestiv pentru cancerul de ovar

Au fost identificați și o serie de factori protectori pentru cancerul de ovar:

- folosirea CO
- multiparitatea
- ligatură tubară
- tratamentul cu progestative
- alăptarea

### 2. Scop

Scopul acestui ghid este de a standardiza managementul cancerului ovarian, pentru a crește numărul cazurilor de neoplasm depistate în stadii incipiente, vindecabile, în detrimentul cazurilor avansate, invazive.

Prezentul ghid clinic pentru cancerul ovarian se adresează personalului de specialitate obstetrică-ginecologie, dar și personalului medical din alte specialități (medicină de familie, oncologie, chirurgie, radiologie) ce se confruntă cu problematica cancerului ovarian.

### 3. Metodologie de elaborare

#### 3.1. Etapele procesului de elaborare

Această versiune a fost prezentată și supusă discuției detaliate punct cu punct în cadrul unei Întâlniri de Consens care a avut loc la Sinaia, în perioada 27 - 30 noiembrie 2008. Participanții la Întâlnirea de Consens sunt prezentați în Anexa 1. Ghidurile au fost dezbătute punct cu punct și au fost aprobate prin consens din punct de vedere al conținutului tehnic, gradării recomandărilor și formulării. Ghidul a fost aprobat de către Ministerul Sănătății Publice prin Ordinul XXX din XXX.

#### 3.2. Principii

Ghidul clinic pe tema „Cancerul ovarian” a fost conceput cu respectarea principiilor de elaborare a Ghidurilor clinice pentru obstetrică și ginecologie

aprobate de Grupul de Coordonare a elaborării ghidurilor și de Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România.

Fiecare recomandare s-a încercat a fi bazată pe dovezi științifice, iar pentru fiecare afirmație a fost furnizată o explicație bazată pe nivelul dovezilor și a fost precizată puterea științifică (acolo unde există date). Pentru fiecare afirmație a fost precizată alăturat tăria afirmației (Standard, Recomandare sau Opțiune) conform definițiilor din Anexa 2.

### 3.3. Data reviziei

Acest ghid clinic va fi revizuit în 2011 sau în momentul în care apar dovezi științifice noi care modifică recomandările făcute.

## 1. Evaluare și diagnostic

### 3.4. Screening

<b>Recomandare</b>	Se recomandă medicului să nu practice screening-ul de rutină pentru depistarea cancerului ovarian.	A
Argumentare	Studiile clinice au demonstrat că screeningul (prin examen clinic, ecografie transvaginală sau CA 125) nu este util în depistarea precoce a cancerului ovarian decât în cazurile cu risc crescut (istoric familial). (3-5)	Ib

### 3.5. Diagnostic, bilanț pre-terapeutic și stadializare

<b>Standard</b>	În cazul descoperirii unei formațiuni tumorale suspecte la nivelul pelvisului, medicul trebuie să indice efectuarea unei examinări ecografice transvaginale, cu examen Doppler color.	B
Argumentare	Ecografia transvaginală are acuratețe mai mare decât cea abdominală <sup>(6-9)</sup> și examinarea Doppler crește specificitatea examenului ecografic pentru identificarea unei tumori maligne ovariene. <sup>(10,11)</sup>	Ila
<b>Standard</b>	În cazul suspiciunii ecografice de cancer ovarian, medicul trebuie să indice determinarea CA 125.	B
Argumentare	CA 125 este crescut în 80% din cancerurile de ovar în stadii avansate și în 50% în stadiul I. CA 125 este mai util însă pentru monitorizarea post-terapeutică. <sup>(12-16)</sup>	Ilb
<b>Standard</b>	În cazul diagnosticării unei mase tumorale ovariene suspecte, medicul trebuie să calculeze RMI. Dacă RMI > 200 (vezi Anexa 4), pacienta trebuie să fie îndrumată spre un centru cu experiență în conduita legată de cancerului ovarian. <sup>(17-21)</sup>	E
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să indice ca bilanțul pre-terapeutic al pacientei să cuprindă ca investigații minime obligatorii:	B
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- radioscopia pulmonară</li> <li>- ecografia hepatică</li> <li>- electrocardiograma</li> <li>- analize de laborator: HLG completă, teste de coagulare (TQ, INR, APTT, TS), CA 125, transaminaze, bilirubină, creatinină, uree</li> </ul>	
Argumentare	Aceste investigații sunt utile pentru determinarea unor eventuale	Ila

	metastaze, dar și a statusului biologic al pacientei. <sup>(22)</sup>	
<b>Opțiune</b>	În funcție de simptomatologie, medicul poate solicita medicului de specialitate imagistică efectuarea TC, RMN, scintigrafia osoasă, colonoscopia.	B
Argumentare	Aceste investigații sunt utile în evidențierea unor metastaze și pentru aprecierea corectă a extensiei bolii. <sup>(23)</sup>	III
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să efectueze examenul senologic al pacientei.	B
Argumentare	Tumora ovariană poate să fie o metastază a unui cancer mamar. <sup>(24)</sup>	IIb
<b>Standard</b>	La descoperirea unei formațiuni tumorale mamare medicul trebuie să solicite medicului de specialitate imagistică efectuarea unei mamografii bilaterale.	B
Argumentare	Este relativ frecventă asocierea cancerului mamar cu cel ovarian în mutațiile genetice BRCA1 și BRCA2. <sup>(25-28)</sup>	Ib
<b>Standard</b>	Pentru a stadializa cancerul de ovar, medicul trebuie să practice laparotomia exploratorie.	B
Argumentare	Explorarea chirurgicală trebuie să fie minuțioasă pentru stadializarea corectă a cancerului de ovar. Tratamentul depinde de stadiul clinic. <sup>(29)</sup>	IIa
<b>Standard</b>	Pentru certitudinea diagnosticului de cancer ovarian, medicul trebuie să practice laparotomia exploratorie printr-o incizie mediană.	B
Argumentare	Diagnosticul de cancer este un diagnostic anatomo-patologic. <sup>(29)</sup> Incizia mediană oferă un acces larg. <sup>(55-57)</sup>	IIa
<b>Standard</b>	Odată stabilit diagnosticul intraoperator de cancer ovarian prin examen histopatologic extemporaneu, medicul trebuie să realizeze stadializarea chirurgicală prin: <ul style="list-style-type: none"> <li>- citologie din lavaj peritoneal / ascită</li> <li>- biopsii peritoneale (fundurile de sac Douglas, preuterin, firdie parietocolice, diafragm)</li> <li>- limfadenectomie pelvină</li> <li>- biopsie ganglionară lomboaortică</li> <li>- omentectomie</li> </ul>	B
Argumentare	Stadializarea chirurgicală este factor prognostic și terapeutic <sup>(29)</sup> .	IIa

## 2. Conduită

### 3.6. Tratamentul cancerului de ovar

<b>Recomandare</b>	Se recomanda ca medicul ginecolog oncolog sau chirurg oncolog să efectueze tratamentul chirurgical al cancerului ovarian suspectat preoperator.	A
Argumentare	Șansele de vindecare ale pacientei depind de corectitudinea stadializării și a tratamentului inițial. <sup>(1-14)</sup>	Ia
<b>Recomandare</b>	Se recomandă medicului care nu are supraspecializare în oncologie și	E

	care depistează intraoperator un cancer de ovar, să stabilească diagnosticul de certitudine prin examen HP și să îndrume pacienta către un centru de specialitate.	
<b>Standard</b>	Preoperator, medicul trebuie să efectueze profilaxia bolii tromboembolice cu heparinum sau heparine cu greutate moleculară mică.	A
Argumentare	Riscul de tromboembolism crește în operațiile ginecologice extinse. <sup>(15, 16)</sup>	Ib
<b>Standard</b>	Preoperator, medicul trebuie să efectueze antibioprofilaxie.	A
Argumentare	Riscul de infecție este crescut datorită timpului septic al intervenției (deschiderea intraoperatorie a vaginului) și duratei crescute a intervenției chirurgicale. <sup>(17)</sup> (A se vedea Ghidul 02 “Profilaxia cu antibiotice în obstetrică-ginecologie”).	Ib
<b>Standard</b>	În toate stadiile de cancer ovarian medicul trebuie să practice citoreducție:	B
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– histerectomie totală cu anexectomie bilaterală</li> <li>– omentectomie</li> <li>– rezecția tuturor masele tumorale mai mari de 1 cm</li> </ul>	
Argumentare	Citoreducția îmbunătățește supraviețuirea și oferă condiții optime pentru chimioterapie. <sup>(22, 23)</sup>	Ib
<b>Standard</b>	În cazurile constatate intraoperator ca fiind inoperabile tehnic, medicul trebuie să practice numai biopsia diagnostică și să îndrume pacienta pentru chimioterapie.	E
<b>Standard</b>	În cazul unei tumori ovariene încapsulate, medicul trebuie să încerce extirparea intactă a acesteia.	B
Argumentare	Extirparea intactă a tumorii ovariene limitează posibila diseminare a celulelor neoplazice. Efracția intraoperatorie a capsulei unei tumori ovariene cu componentă chistică, nu modifică stadiul bolii, însă înrăutățește prognosticul <sup>(24)</sup> și impune chimioterapia.	III
<b>Standard</b>	În tumorile ovariene mucinoase, medicul trebuie să practice apendicectomia.	B
Argumentare	Apendicele este interesat în 15% din cazurile de tumori ovariene mucinoase. <sup>(25-27)</sup>	III
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să stabilească vindecarea drept obiectiv terapeutic în cazul cancerului de ovar avansat.	A
Argumentare	Chiar și în cazurile avansate, vindecarea se poate obține prin răspuns favorabil la terapia sistemică, după chirurgia citoreductivă. <sup>(29-31)</sup>	Ia
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să fixeze ca obiectiv citoreducția optimală, care înseamnă masă reziduală tumorală cu dimensiuni sub 1 cm. Aceasta poate include:	A

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- rezecția implantelor tumorale peritoneale</li> <li>- rezecția organelor invadate tumoral</li> </ul>	
Argumentare	Citoreducția optimală este factorul cel mai important în creșterea supraviețuirii pacientei. <sup>(28, 32, 33)</sup>	Ia

<b>Standard</b>	Medicul trebuie să recomande pacientei chimioterapia pentru tumorile ovariene încadrate în stadiile II, III, IV și pentru cele aflate în stadiul I cu gradul 3 de diferențiere, în serviciile de specialitate oncologice.	E
-----------------	---	---

### 3.7. Categoriile speciale ale tratamentului cancerului ovarian

#### 3.7.1. *Tratamentul cancerului de ovar la pacientele care doresc păstrarea fertilității*

<b>Opțiune</b>	La pacientele aflate în stadiul Ia și care doresc păstrarea fertilității, medicul poate practica anexectomia unilaterală, dacă ovarul contralateral este de aspect normal.	B
----------------	--	---

Argumentare	Riscul de recidivă este de aproximativ 10%, iar după naștere, medicul trebuie să completeze intervenția chirurgicală cu histerectomie totală și anexectomie controlaterală. <sup>(47)</sup>	III
-------------	---	-----

<b>Standard</b>	Dacă pacienta dorește păstrarea fertilității, medicul trebuie să practice o stadializare corectă prin biopsii peritoneale, omentectomie, limfadenectomie pelvină bilaterală.	B
-----------------	--	---

Argumentare	Păstrarea fertilității necesită o stadializare corectă și este posibilă în stadiul Ia. <sup>(48)</sup>	IIB
-------------	--	-----

#### 3.7.2. *Cancerul ovarian diagnosticat în timpul sarcinii*

<b>Standard</b>	În cazul diagnosticării unei mase tumorale anexiale în timpul sarcinii, medicul trebuie să indice ecografie pelvină Doppler sau transvaginală (în trimestrul I) și determinarea CA 125.	B
-----------------	---	---

Argumentare	Până la 2% din sarcini se complică cu apariția unei formațiuni tumorale anexiale, iar dintre acestea 3-5% sunt maligne. <sup>(49-51)</sup>	IIB
-------------	--	-----

<b>Standard</b>	Medicul trebuie să intervină chirurgical dacă există o suspiciune mare de cancer ovarian (masă solidă sau mixtă, cu caractere ecografice puternic sugestive pentru neoplazie)	B
-----------------	---	---

Argumentare	Intervenția chirurgicală este justificată pentru diagnosticul de certitudine al cancerului ovarian, pentru evitarea complicațiilor (ruptură, torsiune) și în cazurile de urgență când a apărut o complicație. <sup>(52-54)</sup>	Ila
-------------	--	-----

<b>Standard</b>	Dacă este posibil, medicul trebuie să intervină chirurgical între săptămânile 16 și 24 de amenoree.	B
-----------------	---	---

Argumentare	În această perioadă riscul de avort este scăzut, iar dimensiunile uterului permit încă un acces bun în cavitatea peritoneală. <sup>(54, 58)</sup>	III
-------------	---	-----

<b>Standard</b>	În cazul diagnosticului histopatologic extemporaneu de cancer ovarian, medicul trebuie să practice o stadializare corectă, iar în	B
-----------------	---	---

	cazurile avansate să își fixeze ca obiectiv citoreducția optimală, cu păstrarea sarcinii în funcție de opțiunea pacientei și de vârsta gestațională.	
Argumentare	Chirurgia cu intenție de radicalitate poate fi amânată până în momentul nașterii. <sup>(59-61)</sup>	III
<b>Standard</b>	După 6 săptămâni de la naștere, medicul trebuie să recomande completarea intervenției chirurgicale cu histerectomie și anexectomie contralaterală dacă aceasta din urmă nu s-a efectuat inițial.	A
Argumentare	Citoreducția optimală este cel mai important factor prognostic. <sup>(28, 32, 33)</sup>	Ia
<b>Standard</b>	În trimestrul I de sarcină medicul trebuie să recomande pacientei întreruperea cursului sarcinii.	
Argumentare	Chimioterapia în trimestrul I de sarcină are efecte teratogene.	
<b>Recomandare</b>	Dacă este indicată chimioterapia, și pacienta refuză întreruperea sarcinii, se recomandă medicului să amâne chimioterapia până în trimestrul al doilea de sarcină.	B
Argumentare	În general, chimioterapia este indicată. Raportul risc/beneficii este în favoarea începerii tratamentului după încheierea organogenezei. <sup>(62-70)</sup>	IIb
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să contraindica alăptarea în cursul chimioterapiei.	B
Argumentare	Medicamentele chimioterapice trec în lapte și pot determina la copil: <ul style="list-style-type: none"> <li>- imunosupresie</li> <li>- efecte negative asupra creșterii</li> <li>- pot avea un rol în carcinogeneză <sup>(71, 72)</sup></li> </ul>	III
<b>3.7.3. Tratamentul cancerului de ovar diagnosticat postoperator (anatomo-patologic)</b>		
<b>Standard</b>	Când diagnosticul de cancer ovarian este stabilit postoperator (nu a fost posibil examenul histo-patologic extemporaneu), medicul trebuie să reevalueze cazul.	B
Argumentare	Prognosticul pacientei se îmbunătățește dacă se efectuează o stadializare corectă care permite un tratament complet. <sup>(21)</sup>	IIb
<b>Standard</b>	Dacă s-a practicat o stadializare corectă intraoperatorie a tumorii ovariene, medicul trebuie să indice pacientei chimioterapie pentru stadiile IC, II, III, IV și pentru stadiul I cu gradul 3 de diferențiere.	E
<b>Standard</b>	Dacă nu s-a practicat o stadializare corectă intraoperatorie, medicul trebuie să reintervină chirurgical: histerectomie totală cu anexectomie bilaterală, limfadenectomie pelvină bilaterală, omentectomie, biopsii peritoneale, citoreducție optimală.	A
Argumentare	Citoreducția optimală este cel mai important factor prognostic. Supraviețuirea pacientei depinde de stadializarea și tratamentul corect efectuate. <sup>(28, 32, 33)</sup>	Ia

### 3.8. Tratamentul cancerului ovarian recidivat

<b>Standard</b>	În recidiva cancerului de ovar, medicul trebuie să intervină chirurgical pentru citoreducție secundară sau chirurgie paliativă.	B
Argumentare	Citoreducția oferă șanse mai bune chimioterapiei, iar chirurgia paliativă are ca scop prelungirea supraviețuirii și creșterea calității vieții. <sup>(73-76)</sup>	IIb
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să practice citoreducție secundară dacă există: <ul style="list-style-type: none"> <li>- un interval liber de boală de cel puțin 12 luni</li> <li>- implante neoplazice potențial rezecabile</li> <li>- un răspuns bun la terapia de primă linie</li> <li>- recidivă locală</li> <li>- un status biologic bun</li> </ul>	B
Argumentare	Excizia bolii reziduale este cel mai important factor prognostic. După citoreducția secundară optimală supraviețuirea pacientei crește cu 8-34 luni. <sup>(77-82)</sup>	IIa
<b>Standard</b>	Când apare recidiva cancerului ovarian după terminarea terapiei inițiale, medicul trebuie să îndrume pacienta către un serviciu de oncologie.	E

### 3. Urmărire și monitorizare

<b>Standard</b>	Medicul trebuie să indice pacientelor tratate pentru cancer ovarian să revină la controale periodice astfel: <ul style="list-style-type: none"> <li>- în primul an - la 3 luni</li> <li>- în al doilea an - la 4-6 luni</li> <li>- în anul al treilea - la 6 luni</li> <li>- ulterior - anual</li> </ul>	B
Argumentare	Depistarea precoce a recidivei crește șansele de vindecare. Odată cu trecerea timpului, riscul de recidivă scade. <sup>(1, 2)</sup>	IIb
<b>Standard</b>	La fiecare vizită, medicul trebuie să efectueze examinarea clinică a pacientei, să indice ecografia abdominală și pelvină endovaginală, și să indice dozarea CA125.	B
Argumentare	Ecografia poate să evidențieze o recidivă locală sau o metastază hepatică. <sup>(1)</sup> Creșterea CA125, după normalizarea valorilor post-terapie inițială, semnifică recidiva. <sup>(3, 4)</sup>	IIb
<b>Opțiune</b>	În funcție de simptomatologie, medicul poate să indice efectuarea unui examen TC sau RMN.	B
Argumentare	TC și RMN sunt utile mai ales în diagnosticarea metastazelor. <sup>(5)</sup>	IIb
<b>Recomandare</b>	Se recomandă medicului să nu practice laparotomie second-look la pacientele asimptomatice.	B
Argumentare	Studiile clinice nu au arătat o îmbunătățire a supraviețuirii după second-look, iar aproximativ 40% dintre pacientele aparent indemne la	IIa

#### 4. Aspecte administrative

<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca fiecare unitate medicală în care se efectuează tratamentul pacienților cu cancer de ovar, să își redacteze protocoale proprii bazate pe prezentele standarde.	E
<b>Standard</b>	Pentru tratamentul cancerului ovarian medicul trebuie să colaboreze cu oncologul (chimioterapeut, radiolog), și anatomopatolog.	E
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să îndrume pacientele diagnosticate cu cancer ovarian pre- sau post- tratament către consiliere psihologică.	E
<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca medicul ginecolog / chirurg generalist să dețină supraspecializare în oncologie pentru a trata chirurgical complet pacientele diagnosticate cu cancer de ovar.	E
<b>Standard</b>	Spitalele în care se realizează tratamentul pacienților diagnosticate cu cancer de ovar trebuie să aibă un laborator anatomo-patologic funcțional. Laboratorul de anatomie patologică trebuie să asigure: - examenul extemporaneu, - examinarea la parafină a piesei tumorale și a ganglionilor - imunohistochimie	E
<b>Standard</b>	În cazul în care în spitalul în care s-a practicat tratamentul chirurgical nu există laborator de anatomie patologică, medicul trebuie să trimită piesele chirurgicale către un laborator anatomopatologic, să obțină rezultatul și să informeze pacienta asupra acestuia.	E
<b>Standard</b>	În cazul în care în spitalul în care s-a practicat tratamentul chirurgical nu există posibilitatea chimioterapiei postoperatorii, medicul trebuie să îndrume pacienta către o unitate specializată.	E

#### **Anexa 3. Stadializarea FIGO a cancerului primar ovarian (1987)**

Stadiul I	Tumora limitată la ovare.	
	Stadiul IA	Tumora limitată la un ovar. Fără ascită malignă. Capsula tumorală intactă, fără vegetații externe.
	Stadiul IB	Tumora limitată la ambele ovare. Fără ascită malignă. Capsula intactă, fără vegetații externe.
	Stadiul IC	Tumora în stadiul IA sau IB, dar cu vegetații capsulare externe pe unul sau ambele ovare; sau ruptura capsulei; sau ascită malignă sau lavaj peritoneal pozitiv.



Stadiul II	Tumora afectând unul sau ambele ovare cu extensie pelvină	
	Stadiul IIA	Extensie și/sau metastaze uterine și/sau tubare.
	Stadiul IIB	Extensie la alte structuri pelvine.
	Stadiul IIC	Tumora în stadiile IIA sau IIB, dar cu vegetații pe capsula externă a unuia sau ambelor ovare; sau efracție capsulară; sau ascită malignă sau lavaj peritoneal pozitiv.
Stadiul III	Tumora afectează unul sau ambele ovare, existând implante peritoneale în afara pelvisului și/sau metastaze ganglionare retroperitoneale sau inghinale. Metastazele capsulare hepatice caracterizează de asemenea stadiul III. Tumora este limitată la pelvis, dar există o extensie probată histologic la intestinul subțire și epiplon.	
	Stadiul IIIA	Tumora limitată la pelvis, cu ganglioni negativi, dar cu extensie, probată histologic, la peritoneul cavității abdominale.
	Stadiul IIIB	Tumora a unuia sau ambelor ovare, cu implante peritoneale abdominale confirmate histologic cu diametru $\leq 2$ cm. Ganglioni negativi.
	Stadiul IIIC	Implante abdominale $> 2$ cm și/sau ganglioni retroperitoneali sau inghinali pozitivi.
Stadiul IV	Tumora afectează unul sau ambele ovare, cu metastaze la distanță. Dacă pleurezia este prezentă, ea trebuie obiectivată prin citologie pozitivă pentru a considera cazul în stadiul IV.	

**Anexa 5. Variabile prognostice în cancerul epitelial ovarian precoce<sup>(1)</sup>**

Risc scăzut	Risc crescut
Grad HP scăzut	Grad HP crescut
Tip HP altul decât cu celulă clară	Tip HP cu celulă clară
Capsulă intactă	Excrescențe capsulare
Ascita absentă	Ascita prezentă
Citologie peritoneală negativă	Citologie peritoneală pozitivă
Capsula intactă sau ruptă intraoperator	Ruptură capsulară preoperatorie
Fără aderențe dense	Aderențe dense
Tumora diploidă	Tumora aneuploidă

**Anexa 6. Clasificarea histologică OMS a tumorilor ovariene (2003)<sup>(3)</sup>**

**Tumori epiteliale comune:**

1. Tumori seroase
  - Benigne
    - Chistadenom
    - Chistadenom papilar
    - Papilom de suprafață
    - Adenofibrom
    - Chistadenofibrom
  - Borderline
    - Chistadenom
    - Chistadenom papilar
    - Papilom de suprafață

- Adenofibrom
  - Chistadenofibrom
  - Maligne
    - Adenocarcinom
    - Carcinoma papilar de suprafață
    - Adenocarcinofibrom (adenofibrom malignizat)
  - 2. Tumori mucinoase
    - Benigne
      - Chistadenom
      - Adenofibrom
      - Chistadenofibrom
      - Tumoră mucinoasă chistică cu pseudomixoma peritonei
    - Borderline
      - Tip intestinal
      - Tip mullerian (endocervical-like)
    - Maligne
      - Adenocarcinom
      - Adenocarcinofibrom
  - 3. Tumori endometrioidice
    - Benigne
      - Chistadenom
      - Chistadenofibrom
    - Borderline
      - Chistadenom
      - Chistadenofibrom
    - Maligne
      - Adenocarcinom
      - Adenocarcinofibrom
      - Tumoră mixtă mulleriană
      - Sacom endometrioid stromal de grad scăzut
      - Sarcom nediferențiat
  - 4. Tumori cu celule clare
    - Benigne
      - Adenofibrom
    - Borderline
      - Adenofibrom
    - Maligne
      - Adenocarcinom
  - 5. Tumori Brenner (tumora cu celule de tranziție)
    - Benigne
      - Tumora Brenner
    - Borderline
      - Tumora Brenner proliferantă
    - Maligne
      - Tumora Brenner malignă
      - Tumora cu celule tranziționale non-Brenner
  - 6. Tumori mixte epiteliale maligne (benigne, borderline, maligne)
  - 7. Tumori maligne nediferențiate (carcinoame nediferențiate)
- Tumori ale mezenchimului și ale cordoanelor sexuale:**
1. Tumori cu celule granuloase și stromale
    - Tumori cu celule de granuloasă
      - Tumora de granuloasă de tip juvenil
      - Tumora de granuloasă de tip adult

- Tumori de tip fibrotecal
  - Tecom
  - Fibrom
  - Fibrom celular
  - Fibrosarcom
  - Tumoră stromală sclerogenă
  - Fibrotecom
- 2. Tumora cu celula Sertoli și Leydig (androblastoame)
  - Bine diferențiate
  - Cu diferențiere intermediară
  - Slab diferențiate (sarcomatoid)
  - Tumori cu celule Sertoli
  - Tumora de cordoane sexuale tubulară
- 3. Ginandroblastom

**Tumori cu celule lipidice:**

1. Luteom stromal

**Tumori cu celule germinale:**

1. Disgerminom
2. Tumora de sinus endodermic
3. Carcinom embrionar
4. Coriocarcinom
5. Teratoame
  - Imatur
  - Matur(chist dermoid)
  - Monodermice și înalt specializate

6. Forme mixte

**Gonadoblastom**

**Tumori neclasificabile**

**Tumori secundare (metastatice)**