

Dosage du CA125 et décision de traitement

- **Question : si on réalise le dosage du CA125 et qu'il y a une élévation sans symptômes, on ne traite pas ?**

Il a été proposé : « surveillance après chimiothérapie : Examen clinique plus ou moins dosage des marqueurs sans radiologie » « Pas de traitement de chimiothérapie recommandé sur une simple augmentation des marqueurs »

Réponse des experts : Si le CA125 s'élève ($> \times 2$ nl), on fait une imagerie et si l'imagerie est normale on ne traite pas. Si l'imagerie est anormale on évalue les possibilités chirurgicales.

- **Question : et si l'élévation du CA125 survient 3 ou 4 mois après la première ligne ?**

Réponse des experts : Lorsqu'il y a une récurrence à 3 mois, il n'y a généralement pas de projet chirurgical. Dans les études de Desktop, l'intervalle libre ne fait pas partie des critères retenus dans la définition du score AGO¹ pour prédire la résecabilité (les 3 critères sont ECOG = 0, RO à la première chirurgie, pas d'ascite > 500 ml). Néanmoins, il faut noter que dans l'essai DESKTOP III en cours (qui évalue la place de la chirurgie dans les rechutes), les patientes recrutées doivent avoir un intervalle sans progression ≥ 6 mois.

Donc à la limite, le dosage à 3 mois est peut-être le dosage qui a le moins d'intérêt.

¹ Harter P, et al. DESKTOP II. Int J Gynecol Cancer. 2011 Feb;21(2):289-95.

- **Question : dans la pratique, chez une patiente asymptomatique, si on réalise le dosage du CA125 et qu'il y a une anomalie au scanner, que fait-on ?**

Dans la pratique, avec une imagerie anormale on aura tendance à traiter. On discutera de la chirurgie et sinon on commencera une chimiothérapie, même si à ce stade l'impact des traitements sur la survie globale reste incertain.

Il faut noter que dans l'étude de Rustin², il n'y a que 12 % des patientes qui sont opérées. Donc on a des résultats du positionnement du CA125 sans la chirurgie qui demain peut-être, avec les résultats de l'essai DESKTOP III en cours, sera le traitement de base qui complètera la chimiothérapie pour le traitement de la récurrence. Si ne pas doser le CA 125 semble possible aux vues des résultats de l'essai de Rustin, cependant demain avec les résultats d'une étude comme DESKTOP, cela sera peut être différent ?

¹ Rustin GJ, et al. MRC OV05/EORTC 55955. Lancet. 2010 Oct 2;376(9747):1155-6

Fréquence et rythme de surveillance

➤ **Question : dans les recommandations la fréquence de surveillance n'est pas mentionnée. Quel rythme faut-il envisager?**

Réponse des experts : Il faut envisager une évaluation tous les 3 mois, qui correspond à celui de l'examen clinique. Sera précisé dans les recommandations.

➤ **Question : est-ce qu'il y a un moment où on arrête la surveillance ?**

Réponse des experts : Classiquement on estime la durée de la surveillance clinique jusqu'à 5 ans. Or on sait qu'il y a beaucoup de rechute tardive, et 5 ans n'est alors vraisemblablement pas assez.

D'autre part, l'impact de la chirurgie après récurrence précoce est faible et c'est probablement des surveillances tardives qui vont permettre d'identifier des patientes avec des évolutions lentes et pour lesquelles la chirurgie aura un intérêt.

Le problème est l'absence de données pour définir de façon fiable le rythme de la surveillance