

Les Scores d'Evaluation de l'Extension et de la Résécabilité (Fagotti et Sugarbaker)

- **Question : les scores de résécabilité et d'évaluation de la maladie sont deux choses différentes. Le meilleur score d'évaluation d'extension de la maladie est le PCI (sugarbaker), alors que le score de Fagotti est un score de résécabilité qui peut être plus discutable.**

Il a été proposé : « L'utilisation de score d'évaluation de l'extension de la carcinose est recommandée

- Coelioscopie d'évaluation: Score de Fagotti
- Laparotomie médiane: Peritoneal Cancer Index de Sugarbaker »

Réponse des experts : Pour réaliser une chirurgie complète il faut évaluer et « trier » les malades et pour cela il faut des outils.

- Score de Fagotti : c'est le seul score de résécabilité qui aujourd'hui dispose d'une description descriptive et d'une évaluation prospective par l'auteur¹. De plus une comparaison par rapport à d'autres scores est également disponible². C'est pour cette raison qu'il figure dans ces recommandations.
- Concernant le PCI, en effet c'est un outil d'évaluation et non pas de résection. Une conférence de consensus internationale (International Workshop of Peritoneal Surface Malignancy, Milan 2006³) a établi qu'il devait être considéré comme l'outil de référence dans la description quantitative des carcinoses péritonéales. Mais, contrairement au score de Fagotti, on ne dispose pas de publication pour le PCI sur l'évaluation pré-opératoire et sur le cut-off pour faire ou pas une chimiothérapie néoadjuvante.

Conclusion : Etendre à toutes les chirurgies du cancer de l'ovaire, l'évaluation de la patiente avec le score PCI est une démarche importante. Si déjà le PCI était plus largement utilisé ce serait un grand bond en avant pour la chirurgie de l'ovaire. Cependant, passer de la description à un cut-off sur la résécabilité avec le score de Fagotti ou le PCI est encore peut être prématuré.

Nombre de cycles et chimiothérapie néo-adjuvante

- **Question : que faire après 3 cycles si la chirurgie n'est pas faisable ?**

Il a été proposé : « Trois cycles seront réalisés avant de proposer l'intervention chirurgicale.

Réponse des experts : Les recommandations ont un message fort : si les patientes sont opérables à 3 cures il faut les opérer à 3 cycles et non pas « dériver » à 6 pour des raisons d'organisation d'équipes.

¹ Fagotti A, et al. Am J Obstet Gynecol.2008;199(6):642.e1-6.

² Chéreau E, et al. Am J Obstet Gynecol. 2010;202(2):178.e1-178.e10.

³ Accessible sur <http://www.peritonealworkshop2006.com/>

La chimiothérapie néoadjuvante doit être courte et pour cela les équipes doivent s'organiser, il ne faut pas faire des cycles de chimiothérapie en « attendant la chirurgie ». Pour cela, les créneaux de chirurgie doivent être planifiés dès le début de la CT néoadjuvante.

Maintenant concernant les patientes pour lesquelles la chirurgie complète n'est pas réalisable après 3 cycles, il s'agit de situations « extrêmes ». Même si elles font partie du quotidien des RCP, elles ne peuvent pas faire l'objet des recommandations. Dans tous les cas, il faut viser une chirurgie complète, en envisageant des cures supplémentaires ou un changement de traitement si besoin.

➤ **Question : On ne fait plus de chirurgie après 6 cures ?**

Réponse des experts : L'objectif premier est de réséquer à 3 cures. Certaines équipes en France réalisent la chirurgie après 6 cycles, mais il n'y a pas de preuve dans la littérature aujourd'hui pour dire que si on ne peut pas opérer après 3 cycles, il ya un intérêt d'opérer après 6 cycles. Il est possible que multiplier le nombre de cures avant chirurgie puisse être délétère mais on ne dispose pas non plus de preuves certaines dans la littérature.

Conclusion des experts : La chimiothérapie néoadjuvante doit comporter 3 cycles. Si la chirurgie devait être retardée au-delà de 3 cycles, il faut faire une CT adjuvante d'au moins 2 cycles.

➤ **Question : Quelle est la place du schéma hebdomadaire du paclitaxel associé au carbopaltine en néo-adjvant?**

Il a été proposé : « La chimiothérapie associe Carboplatine et Paclitaxel »

Réponse des experts : Les limites actuelles du schéma hebdomadaire sont connues, essentiellement l'absence de validation (3 essais en cours) de ce schéma chez la femme occidentale. Le métabolisme spécifique des taxanes chez l'asiatique peut expliquer la grande efficacité et la grande toxicité de ce schéma dose-dense, alors que la toxicité de ce même schéma est tout à fait tolérable chez la femme occidentale, mais le bénéfice en efficacité est peut-être moindre, s'il existe. Il n'y a pas d'essai publié en néo-adjvant comparant le schéma standard toutes les 3 semaines avec le carbo-paclitaxel en hebdomadaire. En néoadjuvant, les seules recommandations possibles sont le schéma toutes les 3 semaines.