

Nice  St Paul de Vence 2016



Cancers du sein
Cancers de l'ovaire
Soins de support

Prise en charge du cancer du col de l'utérus métastatique et/ou en rechute

Coordination : Jean-Emmanuel Kurtz
Véronique Dhondt, Fabrice Lecuru,
Catherine Lhommé



Quel bilan ?

- **Au stade métastatique**
 - La prise en charge requiert un bilan d'extension complet comprenant TDM TAP avec injection ou TEP TDM
 - Evaluation cérébrale sur signe d'appel (IRM)
- **En cas de rechute locale associée**
 - Bilan d'extension complet (cf supra)
 - IRM pelvienne



Chimiothérapie de première ligne

- *Dans tous les cas : il est recommandé d'inclure les soins de support dans la prise en charge initiale et de favoriser les inclusions dans les essais cliniques*
- Sans exposition préalable au cisplatine
- **Standard : cisplatine 50mg/m² J1 + paclitaxel 135mg/m² J1 q21**
- **Option : cisplatine 50mg/m² J1 + topotécan 0,75mg/m² J1-3 q21**



Chimiothérapie de première ligne

- Si exposition préalable au cisplatine
- **Option : carboplatine AUC5 J1 + paclitaxel 175mg/m² J1 q21**
- Non-infériorité démontrée (HR 0,99 [0,79-1,25] p=0,032)
- Les patientes non antérieurement traitées par CDDP ont une survie plus courte sous CBDCA (13 vs 23,2 mois; HR=1,57)
- **Option : paclitaxel 175mg/m² J1 + topotécan 0,75mg/m² J1-3 q21**
- L'association carboplatine topotécan n'est pas recommandée

Niveau 1 Garde A

Accord d'experts



Place du bevacizumab

- En association avec la chimiothérapie de première ligne jusqu'à progression ou réponse complète
- **Cisplatine 50mg/m² J1 + paclitaxel 135mg/m² J1 q21 + bevacizumab 15mg/kg**
- **Cisplatine 50mg/m² J1 + topotécan 0,75mg/m² J1-3 q21 + bevacizumab 15mg/kg**
- TR (48 vs 36%), SSP (8,2 vs 5,9 mois), SG (17 vs 13,3 mois)
- Pas de différence selon exposition préalable aux sels de platine
- Efficacité pour la maladie persistante ou en rechute en zone irradiée



Bevacizumab : recommandations

- En association avec la chimiothérapie de première ligne jusqu'à progression ou réponse complète

Accord d'experts

- Validation de la prescription en RCP
- Validation RCP de recours indispensable si localisation pelvienne
- Informer la patiente du risque accru de fistule sous bévacizumab
- Pas de bévacizumab si un geste chirurgical ultérieur est prévu d'emblée



Rechute localisée/poursuite évolutive

- Discuter d'emblée la stratégie thérapeutique globale en RCP de recours, toujours associée aux soins de support

Accord d'experts

- Récidive pelvienne isolée :
 - Si radiochimiothérapie préalable: Discuter les possibilités chirurgicales locorégionales selon conditions locales
 - Le bénéfice de la chimiothérapie en « pseudo-adjuvant » n'est pas démontré
 - Si pas de radiothérapie préalable : privilégier la radiochimiothérapie
 - Si traitement local non réalisable : discuter chimiothérapie si possible avec bévacizumab



Rechute localisée/poursuite évolutive

Accord d'experts

- Métastases avec récurrence pelvienne :
 - Chimiothérapie première
 - Discuter au cas par cas des possibilités de traitements localisés (lésion pelvienne + métastases si accessibles)