



Cancers
de l'ovaire

Prise en charge chirurgicale et chimiothérapie néoadjuvante des cancers de l'ovaire stade III-IV

*JM. Classe, R. Rouzier, O. Glehen, P. Meeus,
L. Gladieff, JM. Bereder, F. Lécuru*



Population concernée par la chimiothérapie neo-adjuvante

- **Une prise en charge chirurgicale première est le traitement standard pour les stades I - II**
- **Les indications potentielles de chimiothérapie néo-adjuvante ne concernent que les stades III - IV**



Principes de la Chirurgie

- **L'objectif de la chirurgie d'exérèse est d'être complète (résidu macroscopique nul), quelque soit le moment de sa réalisation, d'emblée ou en intervalle.**
- **La chirurgie d'exérèse incomplète est à proscrire.**

Niveau 1
Grade A



Bilan pré-thérapeutique

Une démarche d'évaluation pré thérapeutique de la résecabilité est recommandée (1)

- **Evaluation clinique prenant en compte l'état général** (score ECOG ou index de Karnofsky), **l'état nutritionnel** (mesure du poids, de l'albumine et la pré-albumine)
- **Evaluation anesthésique** (score ASA)
- **Evaluation biologique : CA 125, CA 19-9 si mucineux**

**Accord
d'experts**



Une démarche d'évaluation pré thérapeutique de la résecabilité est recommandée (2)

■ Evaluation radiologique :

- ▶ Scanner thoraco-abdomino-pelvien
- ▶ L'IRM n'est pas recommandée en standard
- ▶ Le TEP-scan n'est pas recommandé en standard pour les stades III, en option pour certains stades IV

Accord
d'experts

■ La coelioscopie s'impose comme le meilleur outil pour l'évaluation de la résecabilité initiale

- ▶ Complémentaire de l'imagerie et de la biologie
- ▶ Elle permet en outre le **diagnostic histologique** (biopsie) indispensable avant toute décision thérapeutique

Niveau 2
Grade A



Evaluation de l'Extension Péritonéale par la Chirurgie (critère de qualité)

- L'utilisation d'un score d'évaluation de l'extension de la carcinose est recommandée
 - ▶ Coelioscopie d'évaluation: **Score de Fagotti**
 - ▶ Laparotomie médiane dans l'objectif de faire l'exérèse complète: **Peritoneal Cancer Index (PCI) de Sugarbaker**

Niveau 2
Grade A



Score d'extension et de résécabilité de Fagotti à la *coelioscopie*

■ Score coelioscopique de Fagotti (2008)

- ▶ Atteinte massive du grand épiploon
- ▶ Carcinose péritonéale
- ▶ Carcinose diaphragmatique
- ▶ Rétraction mésentérique
- ▶ Infiltration de l'estomac
- ▶ Métastases hépatiques

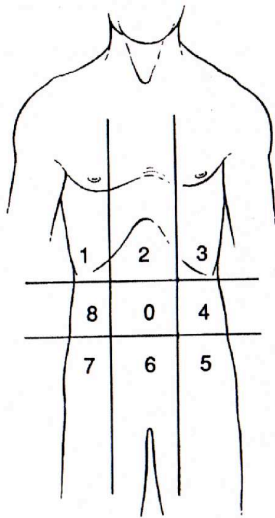
Chaque item est coté de 0 à 2

**La chirurgie d'exérèse est incomplète chez 100% des patientes
dont le score est \geq à 8**



Score d'extension de Sugarbaker à la laparotomie

Peritoneal Cancer Index de Sugarbaker : PCI



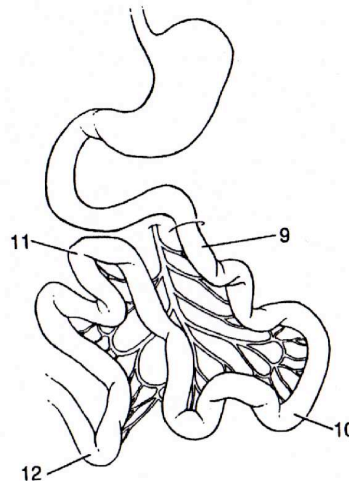
Regions

- 0 Central
- 1 Right Upper
- 2 Epigastrium
- 3 Left Upper
- 4 Left Flank
- 5 Left Lower
- 6 Pelvis
- 7 Right Lower
- 8 Right Flank
- 9 Upper Jejunum
- 10 Lower Jejunum
- 11 Upper Ileum
- 12 Lower Ileum

Lesion Size

Lesion Size Score

- LS 0 No tumor seen
- LS 1 Tumor up to 0.5 cm
- LS 2 Tumor up to 5.0 cm
- LS 3 Tumor > 5.0 cm
or confluence



*Consensus
Conférence Milan
2006*

PCI

PCI de 0 à 39





La Chirurgie d'exérèse

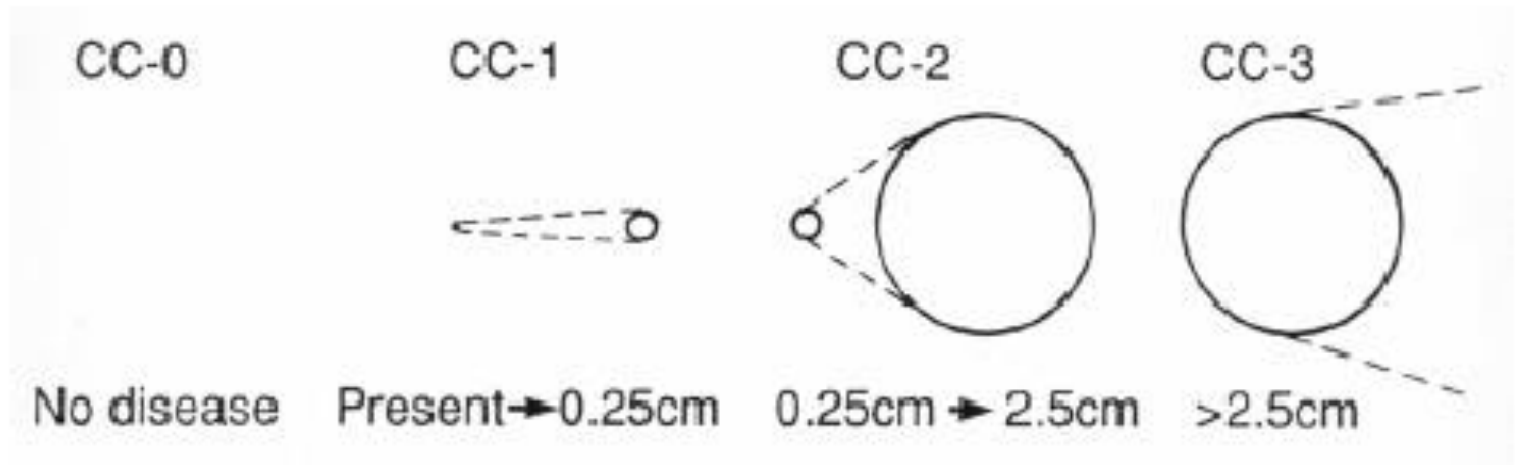
- **Le geste chirurgical doit comporter au minimum :**
 - ▶ Une hystérectomie totale non conservatrice
 - ▶ Une omentectomie totale infra gastrique
 - ▶ Appendicectomie
 - ▶ Un curage ganglionnaire pelvien et lomboaortique (en cas de chirurgie d'exérèse par ailleurs complète)

Accord
d'experts



Score CCR d'Evaluation du Résidu Tumoral

CCR : completeness of cancer resection score



Taille du plus gros nodule en fin d'intervention



Le Compte-rendu opératoire après laparotomie

Le compte rendu opératoire doit comporter
(critère de qualité de la chirurgie)

- ▶ Les ATCD utiles (ex: hystérectomie pour fibrome)
- ▶ La description de la stratégie de traitement (chirurgie première ou d'intervalle après X cures)
- ▶ Le score PCI de Sugarbaker d'évaluation de l'extension de la carcinose péritonéale
- ▶ Le Stade FIGO
- ▶ La description des gestes réalisés
- ▶ Le score CCR décrivant la taille du reliquat tumoral en fin d'intervention

Accord
d'experts



Indication de la chimiothérapie néo-adjuvante

*Toute indication de chimiothérapie néo-adjuvante
relève d'une discussion préalable*

en **RCP - Préthérapeutique**

- **Une chimiothérapie néo-adjuvante peut être proposée pour un stade III** (les stades IV seront traités à part) **si :**
 - ▶ Il existe des contre-indications médicales et/ou anesthésiques à une chirurgie première
 - ▶ L'extension de la carcinose ne permet pas une résection complète d'emblée, cette évaluation chirurgicale devant être faite par une équipe entraînée

**Niveau 1
Grade A**



La Chimiothérapie Néo-adjuvante

- **La chimiothérapie associe Carboplatine et Paclitaxel**

Niveau 1
Grade A

- **Les anti-angiogéniques (bevacizumab) ne doivent pas être associés à la chimiothérapie néo-adjuvante avant la chirurgie**

Accord
d'experts



Nombre de cycles

Une étroite collaboration est indispensable entre les équipes pour permettre l'enchaînement des traitements

- **Trois cycles seront réalisés avant de proposer l'intervention chirurgicale.**

Niveau 2
Grade B

- **Si la chirurgie d'intervalles est retardée au-delà de 3 cycles de chimiothérapie néoadjuvante, cette chirurgie sera suivie par au moins 2 cycles de chimiothérapie adjuvante**

Accord
d'experts



- **La TEP peut utilement compléter le bilan d'extension**

- ▶ En cas de fixation pleurale , une pleuroscopie peut être envisagée avant la chirurgie abdomino-pelvienne

- **La prise en charge initiale repose le plus souvent sur la chimiothérapie néoadjuvante**

Accord
d'experts

- **La chirurgie doit avoir l'objectif d'être complète. Discussion systématique de l'indication au cas par cas en RCP préthérapeutique**

- ▶ soit d'emblée par une équipe chirurgicale expérimentée afin d'obtenir une chirurgie complète pour des patientes pouvant supporter une chirurgie supra-radical
- ▶ soit après l'obtention d'une réponse à une chimiothérapie néoadjuvante