

CANCERS DE L'OVAIRE

ST PAUL DE VENCE

2012 - 2013

Président : E. Pujade-Lauraine
 Président d'honneur : M. Namer
 Comité de pilotage : G. Freyer, F. Lécuro, I. Ray-Coquard

SOMMAIRE

Dépistage

Groupe de travail : AC. Hardy-Bessard, P. Pautier, D. Berton-Rigaud, N. Dohollou

Prise en charge chirurgicale des stades avancés (III et IV)

Groupe de travail : JM. Classe, R. Rouzier, O. Glehen, P. Meeus, L. Gladieff, JM. Bereder, F. Lécuro

Thérapies ciblées

Groupe de travail : J. Alexandre, F. Joly, C. Lhommé, F. Selle, E. Pujade-Lauraine, H. Curé

Le cancer de l'ovaire chez la femme âgée

Groupe de travail : C. Falandry, M. Fabbro, O. Guérin, JE. Kurtz, A. Lesoin

Techniques de surveillance

Groupe de travail : AC. Hardy-Bessard, P. Pautier, D. Berton-Rigaud, N. Dohollou

Traitements médicaux au-delà de la première ligne

Groupe de travail : P. Cottu, A. Floquet, JP. Guastalla, A. Lortholary, B. Weber

FORCE DES RECOMMANDATIONS

Grade A : preuve scientifique établie

Grade B : présomption scientifique

Grade C : faible niveau de preuve

Sinon, **Accord professionnel**

Il existe 4 niveaux de preuve qui sont indiqués en indice du grade⁽¹⁾.

Par exemple :

Grade A₁

DÉPISTAGE

1 - Population générale : pas d'indication à un dépistage de masse du cancer de l'ovaire par dosage du CA125 et/ou échographie transvaginale

Grade A₁

2 - Population à risque (mutations BRCA1-2, HNPCC, contexte familial) : dépistage par dosage du CA125 et échographie transvaginale^(2,3)

PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DES STADES AVANCÉS (III ET IV)

Chirurgie

1 - L'objectif est toujours la résection complète (pas de résidu macroscopique). La chirurgie d'exérèse incomplète est, sauf exception, à proscrire

Grade A₁

2 - Le bilan pré-thérapeutique doit comporter (résultats à discuter en RCP) : l'index de performance, l'état nutritionnel (poids, albumine, pré-albumine), le bilan anesthésique (score ASA), les marqueurs (CA125, ...), le bilan radiologique par scanner thoraco-abdomino-pelvien (IRM et TEP-scan non recommandés en standard)

Accord professionnel

3 - Évaluation de la faisabilité de la résection complète

- Il est recommandé d'utiliser des scores d'évaluation de l'extension de la carcinose (Fagotti, Peritoneal Cancer Index de Sugarbaker)
- La coelioscopie est le meilleur outil et sera au mieux réalisée par une équipe chirurgicale formée à une chirurgie intra-abdominale multiviscérale qui prendra en charge la laparotomie. Elle permet en outre le diagnostic histologique (biopsies)

Grade A₂

4 - Le geste chirurgical doit comporter :

- **au minimum** : une exploration complète de l'abdomen (y compris des coupes), une hystérectomie totale non conservatrice (et ablation du péritoine prévésical, Douglas si atteint), une omentectomie totale infra-gastrique, une appendicectomie
- **si exérèse par ailleurs complète** : un curage ganglionnaire pelvien et lombo-aortique
- **et si nécessaire** : des résections péritonéales et/ou digestives (stomie non systématique).

Accord professionnel

5 - Le compte-rendu opératoire précisera :

le stade FIGO avec les lésions initiales, le score d'extension de la carcinose (ex : PC) et le diamètre du plus gros nodule résiduel (score CCR)

Accord professionnel

Chimiothérapie néo-adjuvante

1 - Indications de la chimiothérapie néo-adjuvante dans les stades IIIC et IV (décision de RCP). Elle peut être proposée :

Grade A₁

- s'il existe des contre-indications médicales et/ou anesthésiques à une chirurgie première
- ou si l'extension de la carcinose ou la localisation extra-péritonéale (stade IV) ne permettent pas une résection complète d'emblée par une équipe entraînée

2 - La chimiothérapie néo-adjuvante standard associe carboplatine et paclitaxel

Grade A₁

3 - Les anti-angiogéniques ne sont pas recommandés avant la chirurgie

Accord professionnel

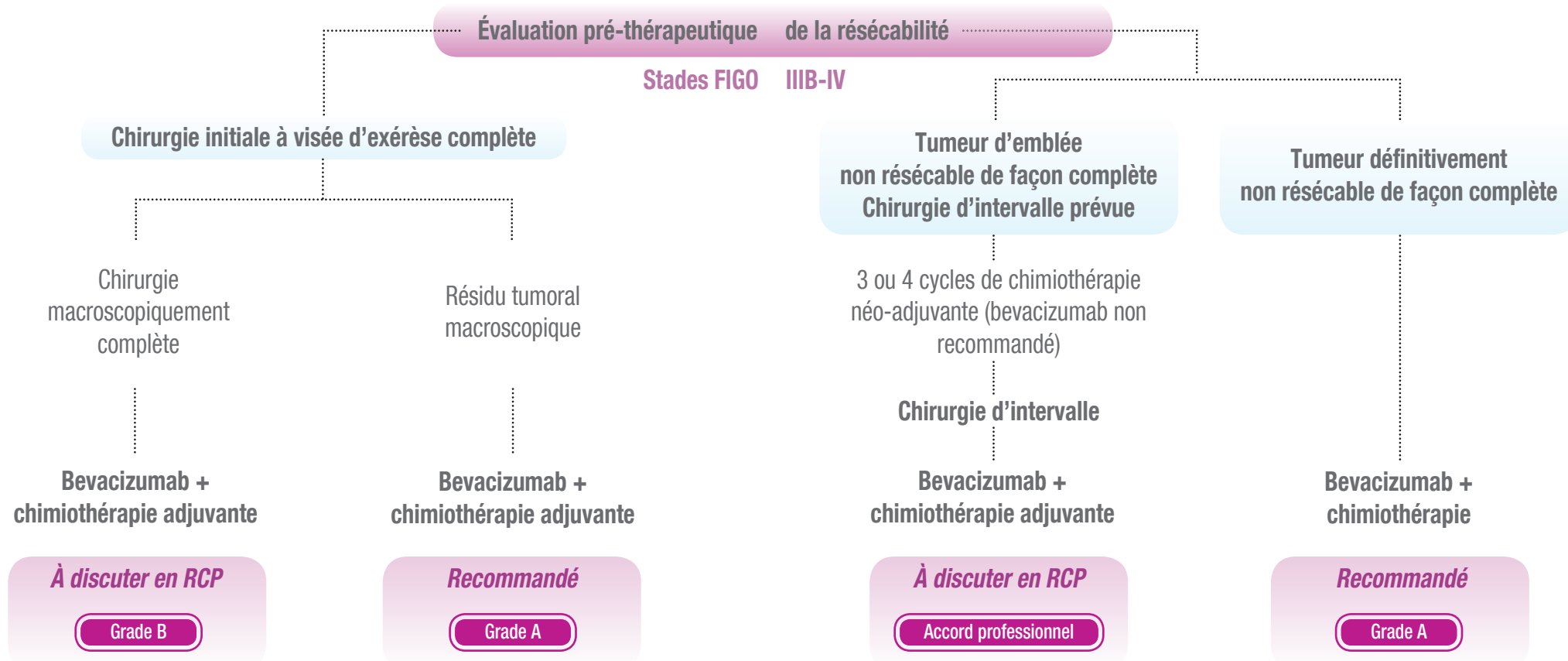
4 - Réaliser au mieux 3 cycles avant de proposer l'intervention chirurgicale

Grade B₂

5 - Si la chirurgie d'intervalle est retardée au-delà de 3 cycles : prévoir au moins 2 cycles de chimiothérapie adjuvante après la chirurgie d'intervalle

Accord professionnel

THÉRAPIES CIBLÉES : LE BEVACIZUMAB EN TRAITEMENT INITIAL



1 - Le bevacizumab n'est pas recommandé pour les stades FIGO I à IIIA inclus (hors AMM), ou en association avec une chimiothérapie néo-adjuvante avant une chirurgie à visée d'exérèse, ou en association avec la chimiothérapie intra-péritonéale

Accord professionnel

2 - Initier le bevacizumab au minimum 28 jours après la chirurgie et pas avant le 2^{ème} cycle en cas d'anastomose digestive ou de complications post-opératoires non résolues

Grade A

3 - Surveillance nécessaire avant chaque injection de la pression artérielle (y compris auto-mesure) et de la protéinurie (bandelette et protéinurie des 24 h si ++)⁽¹⁾

Accord professionnel

LE CANCER DE L'OVAIRE CHEZ LA FEMME ÂGÉE

1 - *Seuil recommandé* : > 70 ans

Dépistage gériatrique à l'aide du G8 : évaluation gériatrique à réaliser si G8 < 14

Accord
professionnel

2 - *Facteurs de vulnérabilité à prendre en considération* :

- Âge > 80 ans, > 2 comorbidités, dénutrition
- Troubles des capacités fonctionnelles, psycho-cognitifs et environnement socio-économique

Grade B₂

Grade B₃

3 - *Chirurgie* : éviter les résections étendues, stomies digestives

Grade A₁

4 - *Chimiothérapie* :

- Chimiothérapie néo-adjuvante avant chirurgie d'intervalle = bonne alternative
- Les options :
 - monothérapie par carboplatine AUC5 (FAG3)
 - ou carboplatine AUC2-paclitaxel 60 mg/m² hebdo 3s/4 (MITO5)
 - ou carboplatine AUC5-paclitaxel 175 mg/m² q3s (FAG2)

Accord
professionnel

Grade B₂

5 - *Bevacizumab* :

- Pas de différence d'activité selon l'âge
- Évaluation soigneuse des contre-indications et surveillance recommandées

Accord
professionnel

TECHNIQUES DE SURVEILLANCE

1 - *Méthodes* :

- Examen clinique et marqueurs (CA125) tous les 3 mois pendant 3 ans, puis tous les 6 mois pendant 2 ans, puis tous les ans
- Pas d'imagerie systématique, sauf si lésions au scanner à suivre ou si chirurgie conservatrice (échographie transvaginale)

Accord
professionnel

2 - *Rechute biologique* : augmentation du CA125

- Diagnostic de rechute de la maladie lorsque le taux du CA125 a au minimum doublé par rapport à la limite supérieure de la normale ou le nadir et que ce doublement est confirmé par un autre prélèvement*
- Examens recommandés :
 - Scanner TAP
 - Si scanner normal et absence de symptôme : TEP
- Traitement devant une rechute biologique pure (CA125) :
 - Attendre pour la chimiothérapie l'apparition de lésions à l'imagerie ou de symptômes
 - Discuter la chirurgie d'autant plus que la rechute est tardive et qu'il n'y a pas de carcinose diffuse

Accord
professionnel

Grade A₁

Grade B₂

* le taux du CA125 est non fiable après un geste sur la plèvre ou le péritoine. Donc attention à l'interprétation du CA125 en post-opératoire.

TRAITEMENTS MÉDICAUX AU-DELÀ DE LA PREMIÈRE LIGNE

Platine résistante / réfractaire (rechute < 6 mois ou progression sous traitement)

Chimiothérapie : monochimiothérapie

Grade A

Options d'efficacité prouvée et équivalente :

- doxorubicine liposomale pégylée
- paclitaxel hebdomadaire
- topotecan (schéma 5 j/3 semaines plus efficace et plus toxique que schéma hebdomadaire)
- gemcitabine

Grade B

Cytotoxiques avec une certaine efficacité mais non comparés à un produit de référence : vépéside, altrétamine, capécitabine, pémétrexed, trabectedine, camptotécine, cyclophosphamide, ifosfamide, melphalan, vinorelbine

Grade C

Bevacizumab

- en association avec le paclitaxel hebdomadaire, doxorubicine liposomale pégylée ou topotecan
- ou avec le cyclophosphamide oral
- en monothérapie

Grade A

Grade B

Grade B

Removab®

- ascite réfractaire

Grade B

Platine partiellement sensible (rechute 6 - 12 mois)

Chimiothérapie : association

Grade A

Options de traitement :

- carboplatine + doxorubicine liposomale pégylée
- carboplatine + gemcitabine
- carboplatine + paclitaxel

Grade A

- doxorubicine liposomale pégylée + trabectedine

Grade B

Platine sensible (rechute > 12 mois)

Chimiothérapie : association à base de platine

Grade A

Options de traitement :

- standard : carboplatine + doxorubicine liposomale pégylée

Grade A

Alternatives :

- carboplatine + paclitaxel
- carboplatine + gemcitabine

Grade B

Si allergie au carboplatine :

- cisplatine + paclitaxel
- cisplatine + gemcitabine
- doxorubicine liposomale pégylée + trabectedine

Bevacizumab

- en association avec une chimiothérapie à base de platine (carboplatine-gemcitabine)

Grade A

Pour plus d'informations,
veuillez consulter le site Internet de l'Association ARCAGY - GINECO :
<http://www.arcagy.org/arcagy-organisation-et-recherche/index.php?id=1128>

Impression réalisée avec le soutien institutionnel de

