

# REFERENTIELS

## Ovaire ●●●

Ce référentiel, dont l'utilisation s'effectue sur le fondement des principes déontologiques d'exercice personnel de la médecine, a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire de professionnels de santé des réseaux régionaux de cancérologie du Grand Est regroupant les réseaux CAROL (Alsace), ONCOBOURGOGNE (Bourgogne), ONCOCHA (Champagne-Ardenne), ONCOLIE (Franche Comté) et ONCOLOR (Lorraine) conformément aux données acquises de la science au **8 février 2011**.

- ▶ Généralités
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ T. épithéliales : classification
- ▶ Bilan diagnostique
- ▶ T. épithéliales : chirurgie
- ▶ T. épithéliales : chimiothérapie
- ▶ T. épithéliales : progression
- ▶ T. épithéliales : surveillance
- ▶ Essais cliniques
- ▶ Informations pour les patientes

Date de révision : **8 février 2011**

## ■ Généralités

- ▶ Ce référentiel concerne les tumeurs **épithéliales** de l'ovaire.
- ▶ L'enregistrement de tous les dossiers de cancer de l'ovaire en **RCP** doit être systématique.
- ▶ Proposer une participation à des études de recherche clinique dans la mesure du possible.
- ▶ Les **tumeurs rares** de l'ovaire peuvent faire l'objet d'un enregistrement et/ou d'un avis de RCP grâce au site : <http://www.ovaire-rare.org/>. Les **tumeurs de l'ovaire à la limite de la malignité** seront prises en charge conformément aux recommandations du Centre de Référence des Tumeurs Rares Gynécologiques (CTRG).
- ▶ Une consultation **oncogénétique** chez les patientes de moins de 70 ans est recommandée.
- ▶ Les **spécificités** de la prise en charge sont détaillées pour les :
  - Tumeurs épithéliales de l'ovaire bénignes ou malignes : classification, traitements complémentaires, progression tumorale et surveillance
  - Tumeurs de l'ovaire à la limite de la malignité

▶ Ce référentiel régional est conforme aux recommandations de bonnes pratiques cliniques de l'Institut National du Cancer ([INCa](#)) :

● [Guide ALD "Cancer de l'ovaire"](#) publié en mars 2010 conjointement par la HAS et l'INCa destinés aux **médecins traitants**. Ce guide explicite la prise en charge optimale et le parcours de soins d'un patient admis en ALD. Il s'accompagne de la liste des actes et prestations habituellement nécessités pour une prise en charge de qualité.

● [Recommandations](#) de **prise en charge spécialisée** des cancers gynécologiques

- Chirurgie prophylactique dans les cancers avec prédisposition génétique (août 2009)
- Traitement chirurgical du cancer de l'ovaire (juin 2009)
- Traitements adjuvants et de consolidation du cancer de l'ovaire (juin 2009).

# REFERENTIELS

## Ovaire ●●●

- ▶ Généralités
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ T. épithéliales : classification
- ▶ Bilan diagnostique
- ▶ T. épithéliales : chirurgie
- ▶ T. épithéliales : chimiothérapie
- ▶ T. épithéliales : progression
- ▶ T. épithéliales : surveillance
- ▶ Essais cliniques
- ▶ Informations pour les patientes

Date de révision : 8 février 2011

## ■ Anatomopathologie

### ▶ [Classification des tumeurs de l'ovaire \(OMS 2003\)](#)

- ▶ Tout compte-rendu anatomopathologique d'une tumeur de l'ovaire doit comporter les éléments descriptifs suivants :

### Macroscopie

- ▶ Description de tous les prélèvements adressés au laboratoire :
  - cytologique : liquide péritonéal, ponction, etc.
  - histologique : péritonéaux, ganglionnaires, appendice, etc.
  - pièce d'ovariectomie ± salpingectomie ± hystérectomie ± annexe controlatérale.
- ▶ Description de la tumeur :
  - taille, poids, aspect, végétations endo et/ou exokystiques, rupture capsulaire.
- ▶ Des prélèvements sont réalisés tous les centimètres dans la plus grande largeur de la pièce d'ovariectomie.

### Microscopie

- ▶ Etude de tous les prélèvements adressés au laboratoire (cytologiques, organes de voisinage).
- ▶ Description des principaux éléments morphologiques permettant de classer la tumeur selon le type histologique OMS ou Silverberg, en précisant le grade de différenciation.

### Conclusion

- ▶ Doivent figurer dans les conclusions du compte-rendu :

- Le type histologique OMS et le grade de différenciation pour [les tumeurs épithéliales de l'ovaire](#), grading selon l'OMS ou Silverberg recommandé.
- tous les éléments nécessaires au clinicien pour établir la classification FIGO (extension aux organes de voisinage, caractère invasif ou non des implants, nature du liquide péritonéal, etc.).

# Classification des tumeurs de l'ovaire (d'après OMS 2003)

## ❖ Tumeurs épithéliales

*Elles représentent la majorité des tumeurs primitives de l'ovaire (55 % des tumeurs ovariennes et 80 à 87 % des tumeurs malignes de l'ovaire).*

- Séreuses
- Mucineuses
- Endométrioides
- A cellules claires
- A cellules transitionnelles
- Epithéliales mixtes
- Indifférenciées.

Pour chacune de ces catégories, il existe des tumeurs bénignes, malignes et bordeline (à malignité limite).

## ❖ Tumeurs germinales

*Elles représentent 30 % des tumeurs primitives de l'ovaire dont 95 % sont des tératomes matures (kystes dermoïdes).*

- Tératomes
  - ✓ Pluritissulaires
    - matures
    - immatures
  - ✓ Monotissulaires
    - Struma ovarii (goître ovarien)
    - Tumeurs carcinoïdes
    - Tumeurs neuroectodermiques
- Tumeurs non tératomateuses
  - ✓ Dysgerminome
  - ✓ Tumeur vitelline
  - ✓ Carcinome embryonnaire
  - ✓ Choriocarcinome non gestationnel
  - ✓ Polyembryome
- Tumeurs germinales mixtes

## ❖ Tumeurs du stroma gonadique et des cordons sexuels et tumeurs stéroïdes

*Elles représentent 8 % des tumeurs primitives de l'ovaire.*

- Tumeurs du stroma gonadique
  - ✓ Fibrome
  - ✓ Thécome
  - ✓ Fibrosarcome
  - ✓ Tumeur stromale avec composante mineure des cordons sexuels
  - ✓ Tumeur stromale sclérosante
  - ✓ Tumeur stromale à cellules en bague à chaton
  
- Tumeurs des cordons sexuels
  - ✓ Tumeur à cellules de la granulosa
    - Type adulte
    - Type juvénile
  
  - ✓ Tumeur à cellules de Sertoli – Leydig
  - ✓ Tumeur à cellules de Sertoli
  - ✓ Tumeur du stroma gonadique et des cordons sexuels de type mixte et formes indifférenciées
    - Gynandroblastome
    - Tumeur à cellules de Sertoli avec tubes annelés
    - Tumeur des cordons sexuels indifférenciée
  
- Tumeurs à cellules stéroïdes
  - ✓ Lutéome stromal
  - ✓ Tumeurs à cellules de Leydig
  - ✓ Tumeurs à cellules stéroïdes

## ❖ Tumeurs mixtes des cordons sexuels et germinales

- Gonadoblastome
- Tumeur mixte des cordons sexuels et des cellules germinales

## ❖ Tumeurs du rete ovarii

- Adénome
- Adénocarcinome

## ❖ Autres

- Carcinome à petites cellules
- Carcinome neuroendocrine à grandes cellules
- Carcinome hépatoïde
- Carcinome adénoïde kystique

- FATWO (tumeur Wolffienne)
- Paragangliome
- Myxome
- Lymphomes
- Tumeurs conjonctives

### ❖ **Tumeurs secondaires**

*Elles représentent 6 à 10 % des tumeurs de l'ovaire.*

*Document élaboré à partir :*

*. Classification OMS 2003 des tumeurs de l'ovaire.*

*. Bulletin de l'Académie Internationale de Pathologie (Division Française)*

*n°43 - Juin 2006*

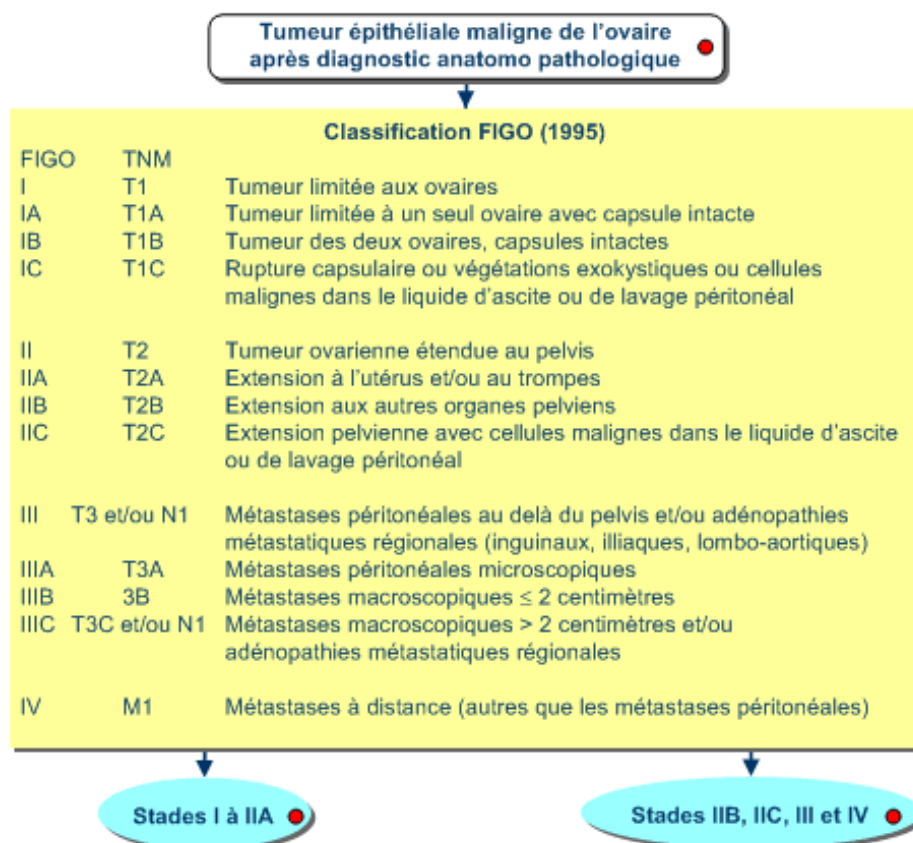
## REFERENTIELS

# Ovaire ●●●

- ▶ Généralités
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ T. épithéliales : classification
- ▶ Bilan diagnostique
- ▶ T. épithéliales : chirurgie
- ▶ T. épithéliales : chimiothérapie
- ▶ T. épithéliales : progression
- ▶ T. épithéliales : surveillance
- ▶ Essais cliniques
- ▶ Informations pour les patientes

Date de révision : 8 février 2011

## ■ Tumeurs épithéliales : classification



# REFERENTIELS

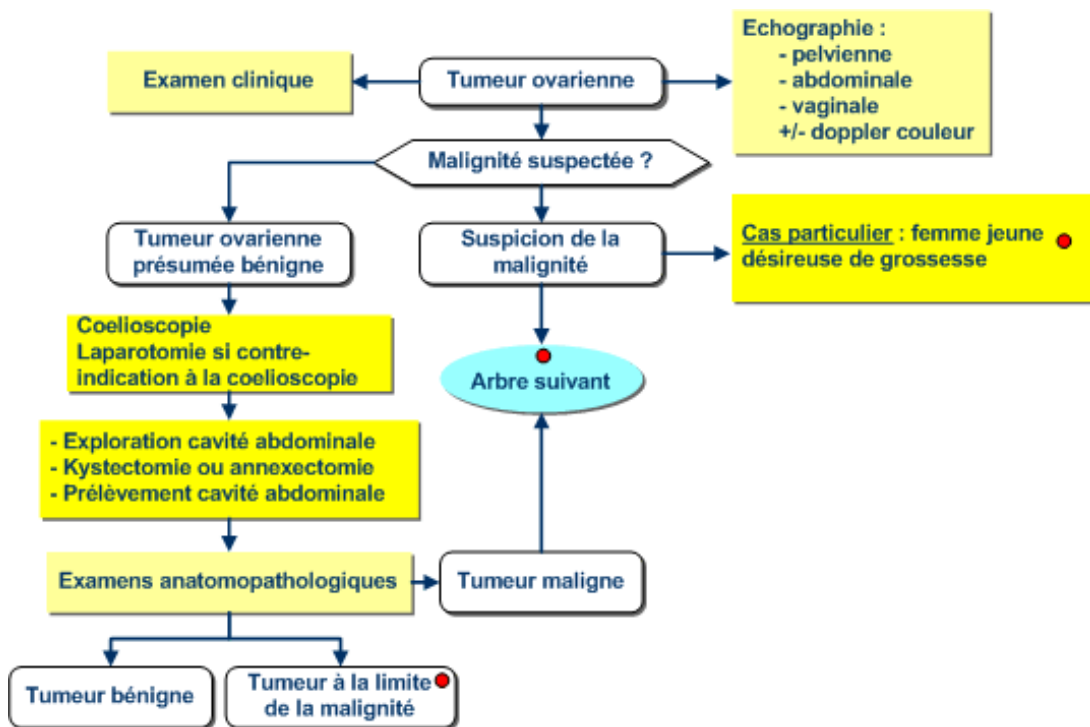
## Ovaire ●●●

- ▶ Généralités
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ T. épithéliales : classification
- ▶ Bilan diagnostique
- ▶ T. épithéliales : chirurgie
- ▶ T. épithéliales : chimiothérapie
- ▶ T. épithéliales : progression
- ▶ T. épithéliales : surveillance
- ▶ Essais cliniques
- ▶ Informations pour les patientes

Date de révision : 8 février 2011

### ■ Bilan diagnostique

Conduite à tenir devant une tumeur ovarienne



## Bilan préchirurgical d'une tumeur ovarienne suspecte de malignité

Tumeur d'origine ovarienne  
Suspicion de malignité

- Anamnèse
- Examen clinique incluant l'examen gynécologique
- Imagerie
  - \* TDM abdomino-pelvienne (± thoracique)
  - \* ± Echographie transvaginale et abdomino-pelvienne
  - \* ± IRM pelvienne
  - \* Option si suspicion stade évolué et après discussion RCP : TEP (extension extra-pelvienne)
- Biologie
  - \* Bilan biologique standard
  - \* Dosage des marqueurs
    - CA125, CA 19.9 et ACE
    - αFP, βHCG si suspicion de tumeurs germinales
  - \* Oestradiol, inhibine, dihydrotestostérone si suspicion de tumeurs des cordons sexuels
  - \* Ponction pour cytologie d'un épanchement pleural
- Evaluation oncogériatrique à discuter si > 70 ans (voir le [référentiel](#) correspondant)

## REFERENTIELS

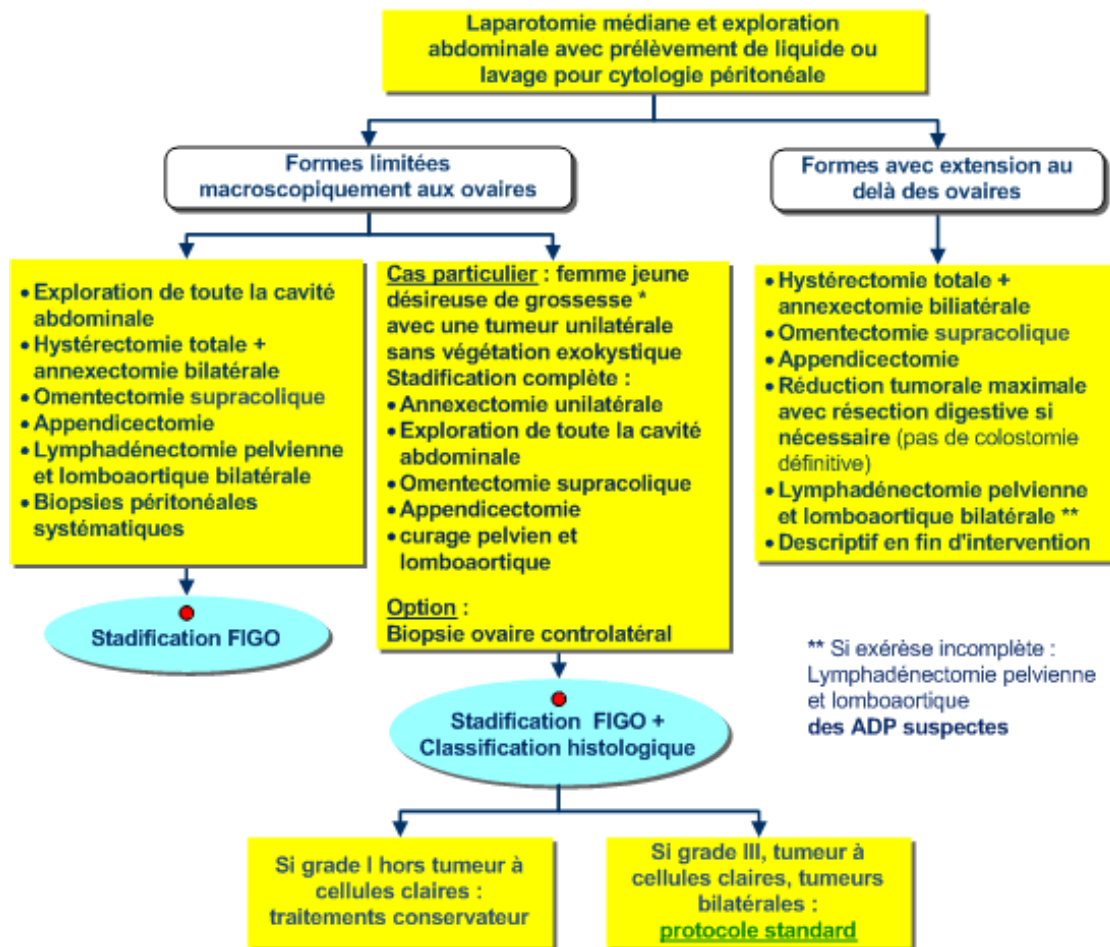
# Ovaire ●●●

- ▶ Généralités
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ T. épithéliales : classification
- ▶ Bilan diagnostique
- ▶ T. épithéliales : chirurgie
- ▶ T. épithéliales : chimiothérapie
- ▶ T. épithéliales : progression
- ▶ T. épithéliales : surveillance
- ▶ Essais cliniques
- ▶ Informations pour les patientes

Date de révision : 8 février 2011

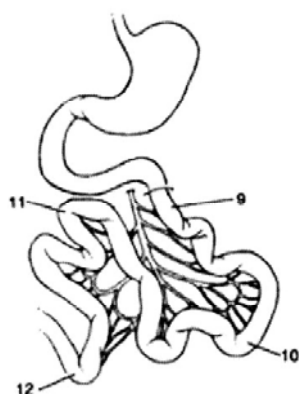
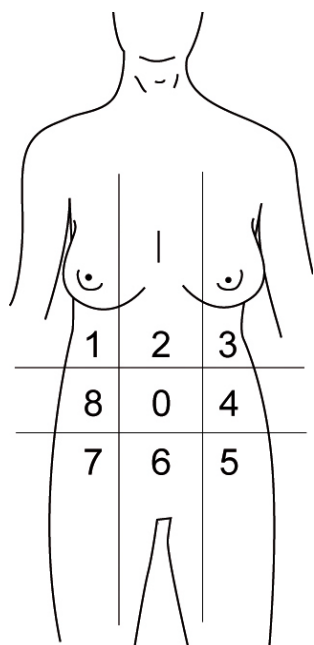
## ■ Tumeurs épithéliales : chirurgie

- ▶ L'arbre ci-dessous concerne la chirurgie **des tumeurs épithéliales de l'ovaire**
- ▶ L'**objectif** de la chirurgie est la réduction tumorale macroscopiquement complète.
- ▶ Pour les **stades II à IV** :
  - la laparotomie exclusivement exploratrice devrait être évitée sauf en cas de situation d'urgence, de masse ovarienne symptomatique ou d'exploration coelioscopique impossible.
  - la réalisation de biopsies par voie coelioscopique (avec une approche médiane) peut éventuellement compléter l'évaluation de la résécabilité, fondée sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques, et de l'imagerie (option).
- ▶ Le traitement des formes initialement inopérables est abordé comme un [cas particulier](#).
- ▶ La chimiothérapie intrapéritonéale n'est actuellement pas un standard en Europe (cf [chapitre chimiothérapie](#))
- ▶ [Description des lésions lors de l'ouverture et à la fermeture de la laparotomie \(format PDF\)](#)
- ▶ [Compte rendu standardisé de laparotomie "ovaires" \(format PDF\)](#)



\*Femme jeune désireuses de grossesse : discussion collégiale avec le service d'obstétrique et de procréation médicalement assistée.

## Description des lésions lors de l'ouverture et à la fermeture de la laparotomie



### Taille des lésions

0 pas de lésion visible

A lésions millimétriques ( $\leq 1$  mm)

B lésions  $< 1$  cm

C lésions  $> 1$  cm

Région	Ouverture	Fermeture
0 centrale		
1 hypocondre droit		
2 épigastre		
3 hypocondre gauche		
4 flanc gauche		
5 fosse iliaque gauche		
6 pelvis		
7 fosse iliaque droite		
8 flanc droit		
9 jéjunum proximal		
10 jéjunum distal		
11 iléon proximal		
12 iléon distal		

NOM , PRENOM :  
DATE DE NAISSANCE :  
DATE D'INTERVENTION :  
CHIRURGIEN :

STADE FIGO PRE OPERATOIRE :  
CA 125 PRE OPERATOIRE :  
**RESIDU TUMORAL MACROSCOPIQUE EN FIN D'INTERVENTION (préciser taille & site éventuel) :**  
Nul < 1 cm > 1 cm de 10 à 20 mm >20 mm

ASCITE A L'OUVERTURE (ml) :  
 RUPTURE TUMORALE ? à l'ouverture pendant l'intervention

CYTOLOGIE PERITONEALE  
 BIOPSIES PERITOINE  prévésical  pelvis  douglas  mésentère  
 flanc G  flanc D  coupole G  coupole D  
 petit épiploon  capsule glisson

**PELVIS**  
 Annexectomie :  G  D  
 Colpo-hystérectomie avec annexectomie bilatérale  
 Douglassectomie  
 Péritonectomie pré-vésicale  
 Pelvectomie postérieure  
 Autres : \_\_\_\_\_

**ABDOMEN (SOUS MESOCOLIQUE)**  
 Omentectomie  
 Appendicectomie  
 Colectomie :  Gauche  Droite  Transverse  Totale  
 Résection grêle (nombre / sites) :  
 Péritonectomies (nombre / sites) :  
 Exérèse nodules (Taille approximative / nombre / sites) :  
 Autres : \_\_\_\_\_

**ABDOMEN (SUS MESOCOLIQUE)**  
 Splénectomie  
 Exérèse carcinomatose péri splénique sans splénectomie  
 Exérèse petit épiploon  
 Métastasectomie hépatique  
 Coupole gauche :  Exérèse nodules  Péritonectomie diaphragme  Exérèse diaphragme  
 Coupole droite :  Exérèse nodules  Péritonectomie diaphragme  Exérèse diaphragme  
 Autres : \_\_\_\_\_

**CURAGES**  
 Ilio obturateur :  G  D  Lombo aortique  
 Iliaque externe  G  D  (dont rétro aortico cave) :  
 Iliaque primitif  G  D  Inguinal  G  D

ANASTOMOSE(S) (description):  
\_\_\_\_\_  
 STOMIE (description) :  
\_\_\_\_\_

# REFERENTIELS

## Ovaire ●●●

- ▶ Généralités
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ T. épithéliales : classification
- ▶ Bilan diagnostique
- ▶ T. épithéliales : chirurgie
- ▶ T. épithéliales : chimiothérapie
- ▶ T. épithéliales : progression
- ▶ T. épithéliales : surveillance
- ▶ Essais cliniques
- ▶ Informations pour les patientes

Date de révision : 8 février 2011

## ■ Tumeurs épithéliales : chimiothérapie

### I. Chimiothérapie lors de la prise en charge initiale

▶ Le schéma recommandé associe **un sel de platine**, le cisplatine 75 mg/m<sup>2</sup> ou le carboplatine (AUC 5) (absence de différence d'efficacité entre les 2 drogues mais profil de toxicité différent), **au paclitaxel 175 mg/m<sup>2</sup>, administré toutes les 3 semaines, pour 6 à 9 cures**. Pour les tumeurs de stade Ia à IIa, les études randomisées démontrant le bénéfice de la chimiothérapie ont majoritairement choisi un traitement comportant 3 cures. Par analogie aux tumeurs de stade IIb à IV, nous recommandons dans la mesure du possible 6 cures pour ces stades précoces lorsque qu'il existe une indication de chimiothérapie. Le carboplatine monothérapie est une option en cas de contre-indication à la prescription du paclitaxel.

▶ De nombreuses études ont tenté d'améliorer le schéma de référence. L'introduction d'un **3<sup>ème</sup> agent anti-mitotique** ou **l'intensification thérapeutique ont échoué à démontrer une supériorité**. Une étude a montré l'équivalence du schéma de référence paclitaxel 175 mg/m<sup>2</sup> + carboplatine (AUC 5) avec l'association docétaxel 75 mg/m<sup>2</sup> + carboplatine (AUC 5) ([1](#)). Enfin, une étude japonaise récente a montré une amélioration de la survie sans progression et de la survie globale à 3 ans en administrant le paclitaxel sous forme hebdomadaire ([2](#)).

▶ Trois études randomisées ont démontré une amélioration significative de la survie globale grâce à une **chimiothérapie intra-péritonéale** par rapport à une chimiothérapie classique par voie intra-veineuse ([3](#), [4](#), [5](#)). Ces résultats ont été obtenus, au prix d'une importante toxicité, dans des équipes entraînées.

▶ Le bevacizumab n'est actuellement pas indiqué dans le traitement des adénocarcinomes ovariens. Il faut néanmoins noter que 2 études randomisées (GOG 0218 et ICON 7) présentées à ASCO 2010 et ESMO 2010 ont montrées une amélioration significative de la survie sans progression grâce à l'addition du bevacizumab à la chimiothérapie de référence sans amélioration de la survie globale.

## **Références :**

▶ 1. Vasey PA et al.

Phase III randomized trial of docetaxel-carboplatin versus paclitaxel-carboplatin as first-line chemotherapy for ovarian carcinoma

[\*J Natl Cancer Inst.\* 2004; 96: 1682-91.](#)

▶ 2. Katsumata N et al.

Dose-dense paclitaxel once a week in combination with carboplatin every 3 weeks for advanced ovarian cancer: a phase 3, open-label, randomised controlled trial

[\*Lancet.\* 2009; 374\(9698\): 1331-8. Epub 2009 Sep 18.](#)

▶ 3. Markman M et al.

Phase III trial of standard-dose intravenous cisplatin plus paclitaxel versus moderately high-dose carboplatin followed by intravenous paclitaxel and intraperitoneal cisplatin in small-volume stage III ovarian carcinoma: an intergroup study of the Gynecologic Oncology Group, Southwestern Oncology Group, and Eastern Cooperative Oncology Group

[\*J Clin Oncol.\* 2001; 19:1001-7.](#)

▶ 4. Alberts DS et al.

Intraperitoneal Cisplatin plus Intravenous Cyclophosphamide versus Intravenous Cisplatin plus Intravenous Cyclophosphamide for Stage III Ovarian Cancer.

[\*N Eng J Med\* 1996, 335: 1950-5.](#)

▶ 5. Armstrong D et al.

Intraperitoneal cisplatin and paclitaxel in ovarian cancer

[\*N Engl J Med.\* 2006; 354: 34-43.](#)

## **II. Chimiothérapie des rechutes**

▶ Les tumeurs sont résistantes aux sels de platines quand la progression intervient dans un délai inférieur à 6 mois. Dans cette situation, les associations ne sont pas plus efficaces qu'une monothérapie mais plus toxiques (6). Trois drogues ont été évaluées de manière randomisée dans cette indication : doxorubicine liposomale pégylée versus topotecan (7) et doxorubicine liposomale pégylée versus gemcitabine (8). Ces drogues avaient des activités similaires dans ces études randomisées. D'autres drogues ont été évaluées dans cette indication dans des études de phase II, notamment le paclitaxel à rythme hebdomadaire, la navelbine, et l'étoposide oral. L'hormonothérapie est aussi une option palliative.

▶ Quand la progression est diagnostiquée plus de 6 mois après la chimiothérapie initiale adjuvante, on considère que les patientes sont au moins partiellement sensibles aux sels de platine. Dans cette situation, les schémas de référence sont les associations carboplatine + doxorubicine liposomale pégylée (étude CALYPSO AGO-OVAR 2.9 ; 9) et carboplatine + gemcitabine (étude AGO-OVAR 2.5 ; 10). Le carboplatine monothérapie est une option.

## **Références :**

▶ 6. Sehouli J et al.

Nonplatinum topotecan combinations versus topotecan alone for recurrent ovarian cancer: results of a phase III study of the North-Eastern German Society of Gynecological Oncology Ovarian Cancer Study Group

[\*J Clin Oncol.\* 2008; 26\(19\):3176-82.](#)

▶ 7. Gordon A et al.

Recurrent epithelial ovarian carcinoma: a randomized phase III study of pegylated liposomal doxorubicin versus topotecan

[J Clin Oncol. 2001; 19\(14\):3312-22.](#)

▶ 8. Mutch DG, Orlando M, Goss T, et al.

Randomized Phase III Trial of Gemcitabine Compared With Pegylated Liposomal Doxorubicin in Patients With Platinum-Resistant Ovarian Cancer

[J Clin Oncol 2007; 25\(19\): 2811-8.](#)

▶ 9. Pujade-Lauraine E et al.

Pegylated liposomal Doxorubicin and Carboplatin compared with Paclitaxel and Carboplatin for patients with platinum-sensitive ovarian cancer in late relapse.

[J Clin Oncol. 2010; 28\(20\):3323-9. Epub 2010 May 24.](#)

▶ 10. Pfisterer J et al.

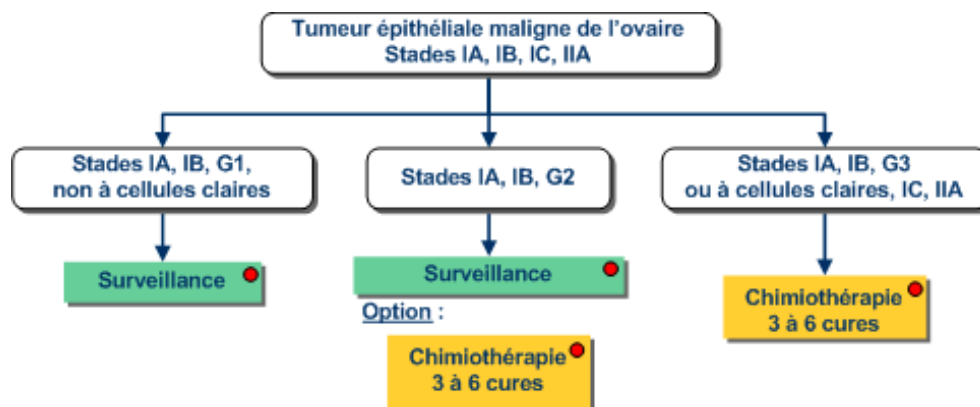
Gemcitabine plus carboplatin compared with carboplatin in patients with platinum-sensitive recurrent ovarian cancer: an intergroup trial of the AGO-OVAR, the NCIC CTG, and the EORTC GCG

[J Clin Oncol. 2006; 24\(29\):4699-707. Epub 2006 Sep 11.](#)

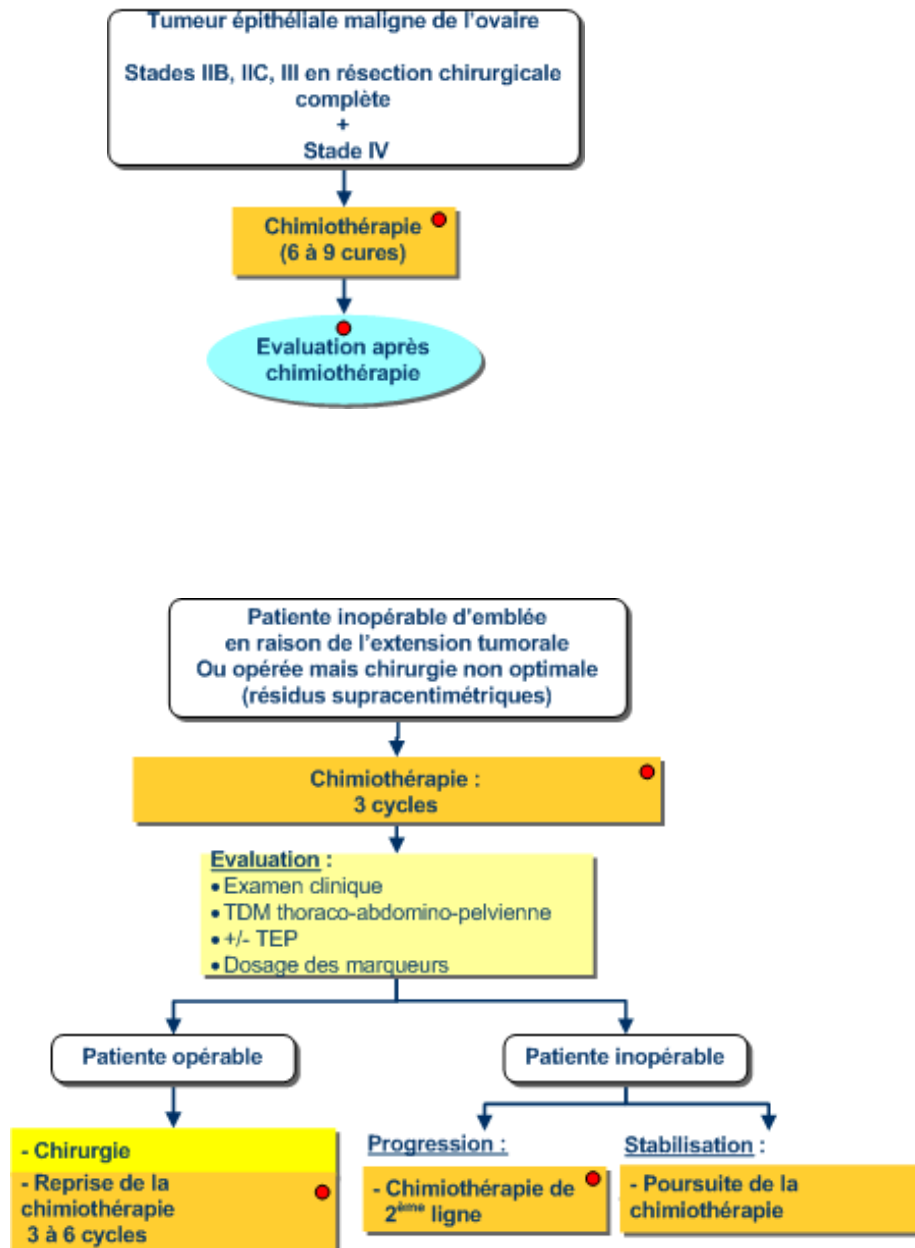
### III. Traitement complémentaire des cancers épithéliaux de l'ovaire

- ▶ La participation aux [essais cliniques](#) est à privilégier.
- ▶ Le traitement complémentaire doit être envisagé le plus rapidement possible après la chirurgie (4 à 6 semaines).

#### Tumeurs de stades IA, IB, IC ou IIA

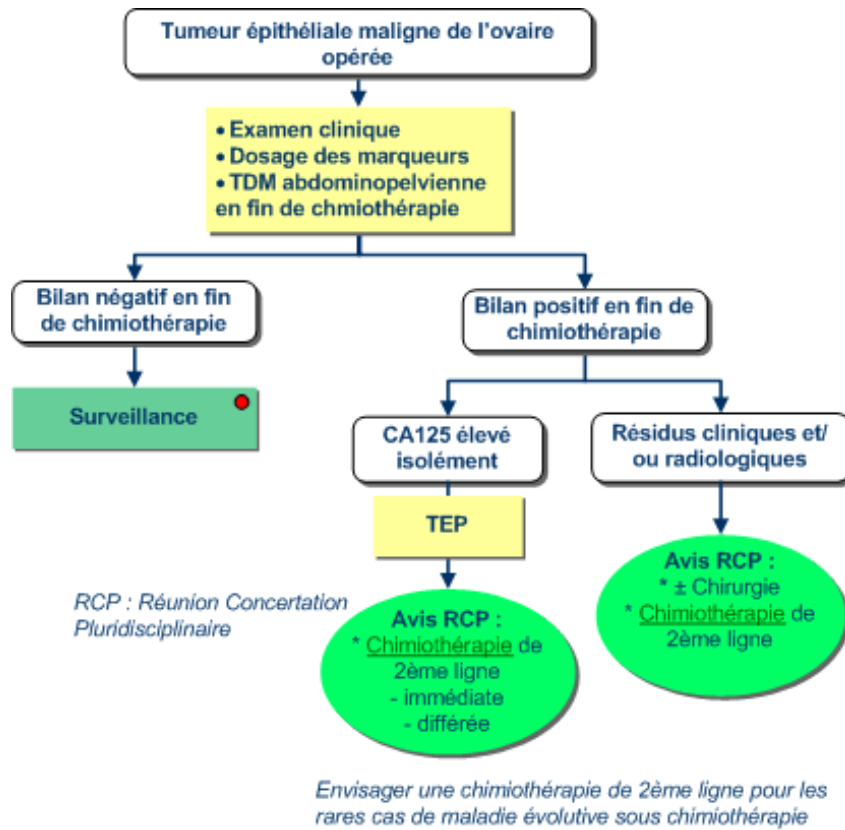


## Tumeur de stade IIB, IIC, III ou IV



## Bilan d'évaluation

- ▶ Il est réalisé éventuellement en cours de traitement et de façon systématique en fin de traitement complémentaire des cancers épithéliaux de l'ovaire.



### Tumeur ovarienne à la limite de la malignité

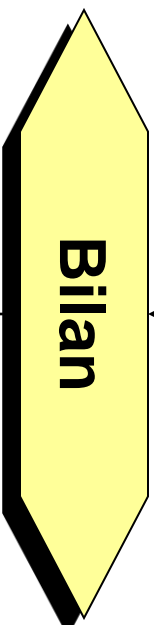
► Elles sont abordées dans les [recommandations](#) de l'**Observatoire Francophone des Tumeurs Malignes Rares de l'Ovaire**, provenant du site <http://www.ovaire-rare.org/>.

► **Cas particulier** : Femme jeune désireuse de grossesse

- Discussion collégiale avec le service d'obstétrique et procréation médicale assistée
- Chirurgie conservatrice
- Pas de traitement complémentaire.



## Suspicion tumeur maligne de l'ovaire dite rare



- Anamnèse
- Examen clinique
- Examens biologiques : AFP, HCG, LDH, CA 19.9, CA 125, Oestradiol, Inhibine B, NSE, AMH
- Scanner TAP +/- cérébral (si maladie métastatique)

**Chirurgie de diagnostic**  
+ cytologie du liquide péritonéal  
+ prévoir examen extemporané  
+ relecture des lames histologiques  
+ congélation tumorale

# Prise en charge des tumeurs frontières de l'ovaire de type séreux

Tumeur frontière de l'ovaire chez une femme < 40 ans stade I macroscopique

Diagnostiquée lors de l'intervention (extemporané)

Non diagnostiquée lors de l'intervention

**1. Traitement conservateur:** A. si tumeur unilatérale: annexectomie unilatérale si annexe contralatérale saine. Kystectomie en cas d'ovaire unique

B. si tumeur bilatérale: modalités de traitement conservateur dépend de la taille des lésions (annexectomie unilatérale et kystectomie contralatérale ou kystectomie bilatérale)

**2. Si traitement conservateur d'une partie d'un ovaire impossible** (atteinte ovarienne importante)

imposant une annexectomie bilatérale ou unilatérale sur ovaire unique):

a. **conservation de l'utérus** +/- b. cryopréservation ovarienne (si < 35 ans) (cytologie péritonéale, omentectomie, biopsies péritonéales multiples)

**3. Stadification péritonéale**

**4. Pas de chirurgie ganglionnaire**

**5. Traitement coelioscopique complet possible**

si pas de rupture de la lésion et ensachage des pièces

-Si: 1. absence de composante micropapillaire et  
2. exploration péritonéale normale lors de la première chirurgie: **pas de restadification**

-- Dans les autres cas: **restadification péritonéale**

(+/- annexectomie homolatérale si il n'y a eu qu'une kystectomie)

-Voie d'abord coelioscopique à privilégier

Pas d'indication à un traitement adjuvant

# Prise en charge des tumeurs frontières de l'ovaire de type séreux

Tumeur frontière de l'ovaire chez une femme > 40 ans stade I macroscopique

Diagnostic lors de l'intervention (extemporané)

- **Option 1** (à privilégier): Annexectomie bilatérale (ou unilatérale si ovaire unique)
- **Option 2:** Annexectomie unilatérale en cas de tumeur unilatérale
  - Hystérectomie discutée
  - **Stadification péritonéale**
  - Pas de chirurgie ganglionnaire
- **Traitement coelioscopique complet possible** si pas de rupture de la lésion et ensachage des pièces

Non diagnostiquée lors de l'intervention et préservation d'au moins un ovaire

- 2 options à discuter avec la patiente:
- **Option 1** (à privilégier): complètement pour annexectomie bilatérale et stadification péritonéale
  - **Option 2:** surveillance simple (mais ne peut se discuter qu'en l'absence de micropapillaire)
  - Voie d'abord coelioscopique à privilégier pour ce complément chirurgical

Pas d'indication à un traitement adjuvant

# Prise en charge des tumeurs frontières de l'ovaire de type séreux

Tumeur frontière de l'ovaire chez une femme de stade II ou III

## Chirurgie avec gestes suivants:

- Résection de tous les implants péritonéaux visibles (si techniquement faisable)
- Omentectomie infragastrique ou infracolique en fonction de la localisation des implants
  - Adénectomie sélective ou curage si adénomégalie\*
- Traitement coelioscopique possible mais à discuter au cas par cas
- Chez une femme < 40 ans: **traitement conservateur de l'utérus et de l'ovaire possible** (en l'absence d'implants majeurs sur la séreuse utérine et sur l'ovaire préservé)

Implants péritonéaux non-invasifs

- Pas d'indication à un traitement adjuvant
  - Traitement conservateur possible
  - **Second-look peut se discuter** (en cas de résidu péritonéal initial)

Implants péritonéaux invasifs

- **A priori indication à une chimiothérapie adjuvante** (identique à celui des tumeurs épithéliales malignes)
- **Pas de traitement conservateur** (totalisation de l'ovaire restant après traitement adjuvant)
- **Second-look peut se discuter** (en cas de résidu péritonéal initial)

\* en cas d'atteinte ganglionnaire, la prise en charge thérapeutique se discute au cas par cas en fonction de la morphologie des ganglions atteints

# Prise en charge des tumeurs frontières de l'ovaire de type mucineux

## Tumeur mucineuse de l'ovaire

### Traitement identique aux tumeurs séreuses avec en plus:

1. **Appendicectomie** systématique (en cas de tumeur de type intestinal)
2. En cas de traitement conservateur, **privilégier l'annexectomie à la kystectomie** (si annexe controlatérale présente et normale)
3. Indication à une **chirurgie de restadification péritonéale** (si non réalisée initialement) en cas de composante de carcinome intra-épithélial associé
4. Indication voie d'abord **laparotomique** plus large car tumeur volumineuse
5. En cas de **tumeur bilatérale: bilan digestif** (coloscopie et fibro gastrique et échocendoscopie haute)
6. En cas d'**atteinte péritonéale**, discuter le cas avec un **pathologiste référent** car situation rare
7. Si **pseudomyxome péritonéal** associé, discuter **résection péritonéale complète et CHIP**

# Prise en charge des tumeurs frontières de l'ovaire



## Surveillance après traitement

Surveillance	Année 1-3	de 4 à 5 ans	> 5 ans
Examen clinique, Biologie (marqueurs)	/ 3 mois	/ 6 mois	/ an
Echographie pelvienne et abdo *	/ 3 mois	/ 6 mois	/ an
TDM abdomino-pelvien**	/ 6 mois	/ 12 mois	/ an

\* en cas de traitement conservateur

\*\* en cas de stade avancé

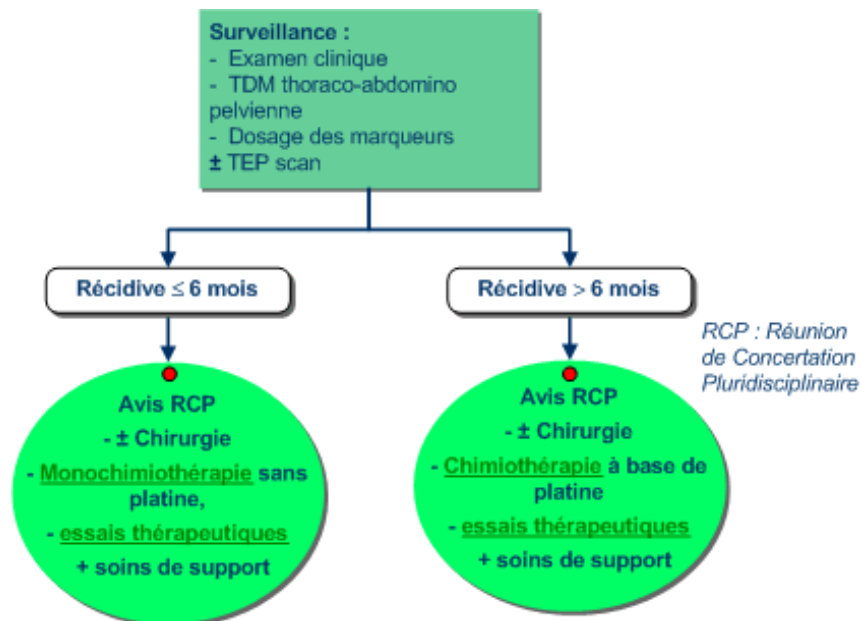
# REFERENTIELS

## Ovaire ●●●

- ▶ Généralités
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ T. épithéliales : classification
- ▶ Bilan diagnostique
- ▶ T. épithéliales : chirurgie
- ▶ T. épithéliales : chimiothérapie
- ▶ T. épithéliales : progression
- ▶ T. épithéliales : surveillance
- ▶ Essais cliniques
- ▶ Informations pour les patientes

Date de révision : 8 février 2011

### ■ Tumeurs épithéliales : progression tumorale



## REFERENTIELS

# Ovaire ●●●

- ▶ Généralités
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ T. épithéliales : classification
- ▶ Bilan diagnostique
- ▶ T. épithéliales : chirurgie
- ▶ T. épithéliales : chimiothérapie
- ▶ T. épithéliales : progression
- ▶ T. épithéliales : surveillance
- ▶ Essais cliniques
- ▶ Informations pour les patientes

Date de révision : 8 février 2011

## ■ Tumeurs épithéliales : surveillance

- ▶ Les modalités de la surveillance post-thérapeutique d'une tumeur épithéliale maligne de l'ovaire en rémission complète après traitement initial **ne sont pas clairement définies**.
- ▶ La surveillance sera adaptée en fonction du risque histologique et du risque de récurrence. En l'état actuel des connaissances, une surveillance comportant un dosage régulier du marqueur CA 125 ne permet pas d'améliorer la survie (Étude MRC:OVO5 : EORTC 55955 Rustin GJ *et al.*, Lancet 2010).
- ▶ Toutefois **un examen clinique tous les 4 à 6 mois les cinq premières années**, éventuellement complété par un **dosage du marqueur CA 125** si initialement élevé et par une **imagerie** (TDM thoraco-abdomino-pelvienne ou TEP Scan selon imagerie initiale) peuvent être proposés.
- ▶ La réalisation d'une **mammographie** annuelle est préconisée.
- ▶ Une **hormonothérapie substitutive oestroprogestative**, à la dose minimale active et si la patiente est symptomatique, peut-être proposée en l'absence de contre-indications et de mutation BRCA1-BRCA2.

# REFERENTIELS

## Ovaire ●●●

- ▶ Généralités
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ T. épithéliales : classification
- ▶ Bilan diagnostique
- ▶ T. épithéliales : chirurgie
- ▶ T. épithéliales : chimiothérapie
- ▶ T. épithéliales : progression
- ▶ T. épithéliales : surveillance
- ▶ Essais cliniques
- ▶ Informations pour les patientes

Date de révision : 8 février 2011

## Essais cliniques

- ▶ [Voir aussi le registre des essais cliniques de l'Inca](#)

### Essais cliniques ouverts

**REV** : Essai en deux étapes de l'évaluation du lénalidomide dans le cancer de l'ovaire en rechute tardive en monothérapie chez des patientes asymptomatiques avec une élévation du taux de CA125 (phase II).

- ▶ Etablissements ouverts en Lorraine : Polyclinique de Gentilly (Nancy), Centre Alexis Vautrin (Vandoeuvre-lès-Nancy).

**OVAR 16/VEG110655** : Etude de phase III évaluant l'efficacité et la tolérance du pazopanib en monothérapie versus placebo chez des femmes présentant un cancer ovarien épithélial, de la trompe de Fallope, ou péritonéal primaire, qui n'a pas progressé après une première ligne de chimiothérapie.

- ▶ Etablissements ouverts en Lorraine : Polyclinique Gentilly (Nancy), CHR Metz Thionville (Hôpital Bon secours), Centre Alexis Vautrin (Vandoeuvre-lès-Nancy).

**OVAR 12/VACOA** : Essai multicentrique randomisé en double aveugle de phase III évaluant en double aveugle l'efficacité et la tolérance de l'association carboplatine-paclitaxel versus carboplatine-paclitaxel plus BIBF 1120 chez les patientes atteintes de cancer de l'ovaire au stade avancé.

- ▶ Etablissements ouverts en Lorraine : Polyclinique de Gentilly (Nancy), Centre Alexis Vautrin (Vandoeuvre-lès-Nancy).

**HYCAR** : Etude de phase I/II de l'association carboplatine et topotécan oral hebdomadaire chez les patientes atteintes de cancer du col de l'Utérus métastatique ou en rechute.

▶ Etablissement ouvert en Lorraine : Polyclinique de Gentilly (Nancy).

**1230.18 – POLKA** : Essai randomisé de phase II évaluant l'inhibiteur de Polo-like kinase BI 6727 en monothérapie versus une monochimiothérapie laissée au choix de l'investigateur dans le cancer de l'ovaire résistant ou réfractaire à une chimiothérapie à base de sels de platine.

▶ Etablissement ouvert en Lorraine : Centre Alexis Vautrin (Vandoeuvre-lès-Nancy).

**GCIG/JGOG 3017 COCCINELLE** : Etude évaluant le bénéfice de l'association cisplatine-irinotécan par rapport à l'association Taxol®-carboplatine chez les patientes atteintes d'un adénocarcinome de l'ovaire à cellules claires

▶ Etablissements ouverts en Lorraine : CHR Metz Thionville (Hôpital Bon secours), Centre Alexis Vautrin (Vandoeuvre-lès-Nancy).

#### **CASIMAS FRESENIUS IP-CAT-AC03**

Etude de phase IIIb ouverte et randomisée à deux bras évaluant la tolérance d'une perfusion intra-péritonéale de 3h de catumaxomab avec et sans prémédication à la prednisolone chez des patients souffrant d'ascite maligne due à un cancer épithélial.

▶ Etablissement ouvert en Lorraine : Centre Alexis Vautrin (Vandoeuvre-lès-Nancy).

**MO22225 OCTAVIA** : Etude de phase II à un bras évaluant l'association du carboplatine au paclitaxel hebdomadaire plus bevacizumab en 1ère ligne de traitement de patientes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire.

▶ Etablissement ouvert en Lorraine : Centre Alexis Vautrin (Vandoeuvre-lès-Nancy).

**AURELIA** : Etude internationale de phase III randomisée (chimiothérapie standard vs chimiothérapie standard+avastin) cancer de l'ovaire en rechute précoce ou égal à 6 mois.

▶ Etablissement ouvert en Lorraine : Centre Alexis Vautrin (Vandoeuvre-lès-Nancy).

**GINECO** : Evaluation du Lénalidomide dans le cancer de l'ovaire en rechute tardive (> 6 mois) : en monothérapie chez des patientes asymptomatiques avec une élévation du taux de CA 125 (phase II) ; puis en association avec du Carboplatine et de la Doxorubicine liposomale pégylée (phase I).

▶ Etablissement ouvert en Lorraine : Centre Alexis Vautrin (Vandoeuvre-lès-Nancy).

# REFERENTIELS

## Ovaire ●●●

- ▶ Généralités
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ T. épithéliales : classification
- ▶ Bilan diagnostique
- ▶ T. épithéliales : chirurgie
- ▶ T. épithéliales : chimiothérapie
- ▶ T. épithéliales : progression
- ▶ T. épithéliales : surveillance
- ▶ Essais cliniques
- ▶ Informations pour les patientes

Date de révision : 8 février 2011

## ■ Informations pour les patientes

- ▶ Pour les patientes et leurs proches, des informations sont disponibles sur le site de l'[Institut National du Cancer](#), notamment dans le cadre des **SOR Savoir Patient**. Ce programme est mené par l'INCa, en partenariat avec la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer, la Ligue nationale contre le cancer, la Fédération Hospitalière de France, la Fédération Nationale de Cancérologie des centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires, la Fédération française de Cancérologie des Centres Hospitaliers Généraux, l'Union Nationale Hospitalière Privée en Cancérologie et la participation de nombreuses sociétés savantes.
- ▶ Accès au site des SOR Savoir Patient : <http://www.sor-cancer.fr/>
- ▶ Ce guide est également accessible sur le site de la [Ligue Contre le Cancer](#).