

# Cancer de l'Ovaire Prise en Charge

Prof. Philippe JUDLIN

Service de Gynécologie CHRU DE NANCY

Congrès Franco-Vietnamien 2015

# Introduction

- Tumeur de mauvais pronostic car diagnostic trop tardif
- Prise en charge encore trop peu homogène (notamment si découverte « fortuite »).
- Nous n'envisagerons que les tumeurs épithéliales.
- Nous verrons le protocole en vigueur dans notre réseau régional ONCOLOR qui correspond aux recommandations nationales (INCA)
- Nous insisterons sur les aspects pratiques pour le gynécologue
- Nous évoquerons tumeurs Borderline

# Classification FIGO 2014

T	N	M	FIGO	Définition Définition
<b>T1</b>	<b>N0</b>	<b>M0</b>	<b>St I</b>	<b>Tumeur limitée aux</b>
T1a			St IA	1 seul ovaire, capsule intacte, cyto perit négative
T1b			St IB	2 ovaires capsule intacte, cyto négative
T1c			St IC	Rupture capsulaire ou végétations surface ou cyto positive
<b>T2</b>			<b>St II</b>	<b>Extension pelvienne</b>
T2a			St IIA	Extension/greffes utérines ou tubaires, cyto négative
T2b			St IIB	Extension à autre organe pelv, cyto négative
<b>T3</b>	<b>0 ou 1</b>		<b>St III</b>	<b>Extension péritonéale abdo et/ou ganglionnaire rétropérit</b>
T3a	0 ou 1	M0	St IIIA	Métastase rétropéritonéale ± péritoine
T3b	0 ou 1	M0	St IIIB	Méta péritonéales extrapelviennes ≤ 2 cm ± adénopathies
T3c	0 ou 1		St IIIC	Méta péritonéales > 2 cm ± adénopathies
<b>T4</b>	<b>0 ou 1</b>	<b>M1</b>	<b>St IV</b>	<b>Métastases à distance (hors méta péritonéale)</b>

# Suspicion K ovarien

## Bilan pré-chirurgical

- Imagerie:
  - Scanner thoraco-abdomino-pelvien
  - $\pm$  IRM pelvienne (complément de l'écho)
  - Option: PET-scan si stade évolué
- Biologie:
  - Marqueurs: CA125, CA19.9, ACE
  - $\alpha$ FP, HCG si suspicion T germinale
  - Oestradiol, inhibine, DHT si suspicion T cordon sexuelle
  - Ponction épanchement pleural
- Evaluation onco-gériatrique si  $> 70$  ans, bilan opérabilité



# Prise en Charge Thérapeutique



# Prise En Charge

## Tumeur Epithéliale

- Coelio exploratrice pour évaluation (trocards sur ligne médiane ou single port)
- Objectif= chirurgie avec résection complète
- Critères de non résécabilité:
  - Carcinomatose péritonéale étendue,
  - > 3 segments digestifs atteints,
  - Atteinte diffuse mésentère,
  - Atteinte majeure hile splénique ou hépatique
- Pour St II à IV: éviter laparotomie « exploratrice »
- Chimio intrapéritonéale n'est pas un standard en Europe

# Scores d'Évaluation

- Lors Coelio évaluation: score de Fagotti:
  - Atteinte massive Gd épiploon (gde courbure gastrique)
  - Atteinte diaphragmatique
  - Rétraction mésentérique
  - Atteinte tube digestif
  - Infiltration gastrique
  - Métastases hépatiques

*Chaque item côté de 0 à 2 , score varie de 0 à 14  
(inopérable si  $\geq 8$ )*

# Scores d'Evaluation (suite)

- Par laparotomie: *Peritoneal Cancer Index* (PCI) de Sugarbaker
  - Score attribué à chacune des 13 régions abdomino-pelviennes.
  - Mesure implant tumoral de + grande taille
  - Score de 0 à 39

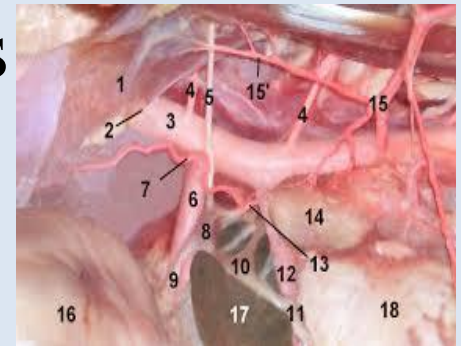


# CHIR: T limitée aux Ovaires

- Hystérectomie totale + annexectomie bilatérale
- Omentectomie infragastrique
- Appendicectomie
- Lymphadénectomie pelv + lombo-aortique
- Biopsies péritonéales systématiques



**STADIFICATION FIGO**



# CHIR: T limitée aux Ovaires

## F jeune désireuse grossesse

- **St IA (limité 1 seul ovaire)**
- Annexectomie unilatérale
- Omentectomie infragastrique
- Appendicectomie
- Lymphadénectomie pelv + lombo- aortique
- Stadification précise et descriptif fin interv

**STADIFICATION FIGO**

**Si grade I, hors T cellules claires**  
**→ OK**

**Si grade III ou à cellules claires**  
**→ Pas de traitement conservateur**

# Formes Etendues



# CHIR: Extension Au-delà des Ovaires si résécable

- Hystérectomie totale + annexectomie bilatérale
- Omentectomie infragastrique
- Appendicectomie
- Réduction tumorale maximale
- Lymphadénectomie pelv + lombo-aortique

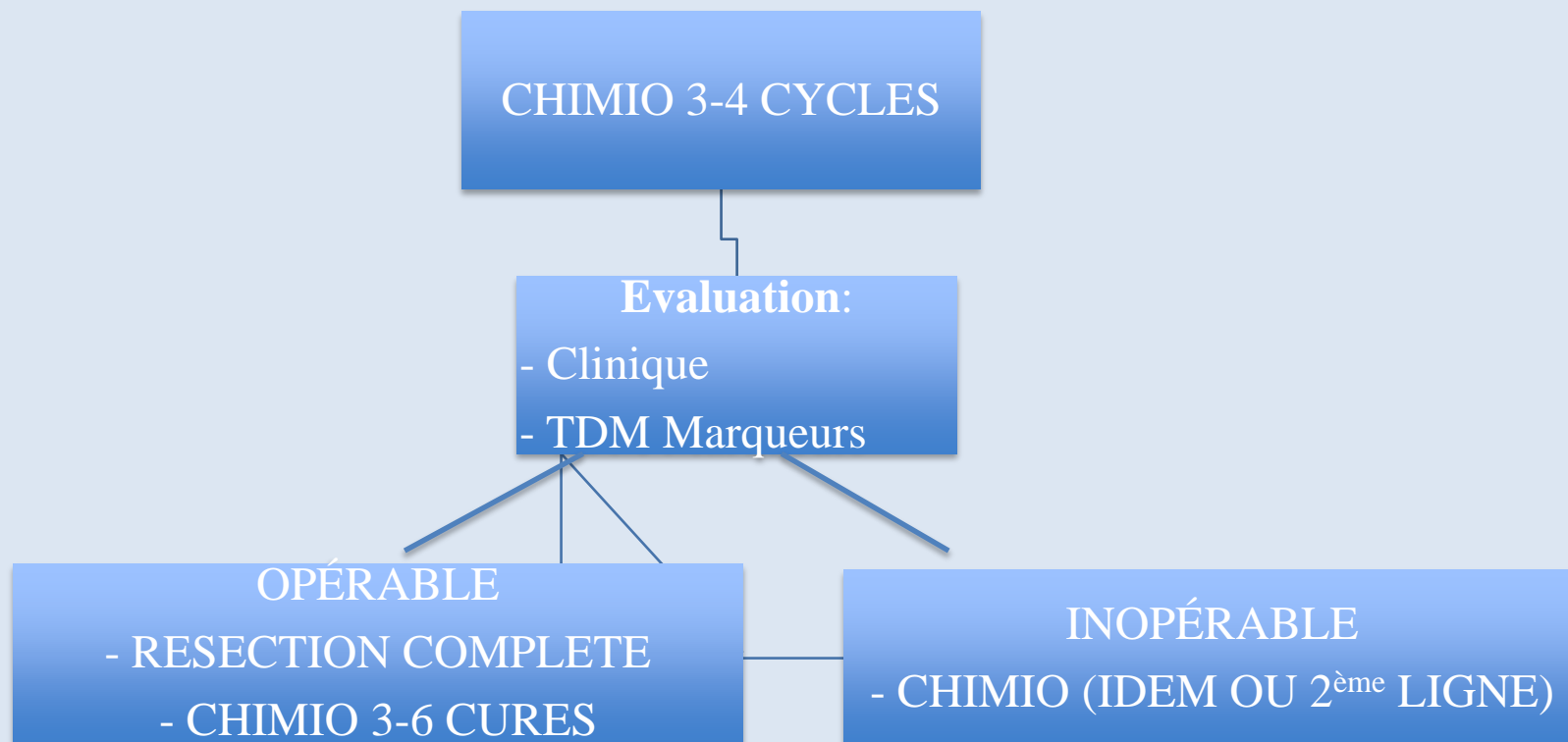


**STADIFICATION FIGO**

# Chimiothérapies

- Utilisées en néoadjuvant si résection complète impossible
- En complément de la chir à partir st IC ou T à cellules claires
- En cas de rechute
- Principaux produits utilisés: carboplatine, gemcitabine, doxorubicine et bévacizumab
- Carboplatine, gemcitabine, doxorubicine et bévacizumab

# Patientes Inopérables d'Emblée



# Tumeurs Borderline

- **St I séreuse =**
  - Annexectomie (unilat si désir de Gr)
  - Cytologie péritonéale
  - Biopsies péritonéale
  - Omentectomie
- **St II séreuse =**
  - Résection implants péritonéaux et adénopathies si besoin
  - Omentectomie
  - Traitement conservateur utérus et ovaire si possible

# Tumeur Borderline Mucineuse

- Idem T séreuse avec en plus:
  - Appendicectomie
  - Préférer laparotomie si tumeur volumineuse
  - Re-stadification chirurgicale ultérieure si carcinome intra-épithélial associé
  - Si tumeur bilatérale= prévoir bilan digestif (coloscopie + fibroscopie gastrique)



# T. Borderline Follow-up

- Surveillance clinique, marqueurs, échographie
  - Tous les 6 mois pendant 5 ans
  - Tous les ans ensuite.

# K Ovaire - En Pratique

- Eviter les traitements chirurgicaux incomplets
- Privilégier coelio d'évaluation si tumeur suspecte
- Privilégier annexectomie unilatérale et attendre étude anapath pour RCP plutôt qu'examen extempo et traitement non optimal

# Conclusion

- Cancer ovarien a un assez mauvais pronostic car il est souvent diagnostiqué à un stade  $> I$
- Prise en charge doit être rigoureuse, complète et coordonnée entre oncologue et chirurgien