

Traitement des cancers de l'ovaire stade I et II

Journées de DESC-SCVO

7-8 juin 2007 Poitiers

Abet E.

Epidémiologie

- Incidence en France : 4500 nouveaux cas par an
- 3,8% des cancers de la femme
- 6,1% des causes de mortalité féminine (3500 décès par an)
- Âge de découverte: 65 ans
- 70 à 80 % des tumeurs de l'ovaire sont découvertes au stade III et IV

Facteurs protecteurs

- Multiparité
- Contraception prolongée (effet prolongé même après 10 ans surtout si prise avant 25 ans)
- Pathologie thyroïdienne

Facteurs de risque

- Ménopause tardive (> 55 ans)
- Nulliparité
- Grossesse tardive
- THS oestrogénique seul prolongé
- Forme familiale et génétique
- Obésité, diabète et hypertension
- Autres: irradiation, exposition professionnelle, talc.....

Classification histologique

- Tumeurs épithéliales
- Tumeurs germinales
 - seminomateuses
 - non seminomateuses
- Tumeur stromale

Classification de FIGO

- Stade Ia: 1 ovaire, capsule intacte, cytologie péritonéale négative
- Stade Ib: 2 ovaires, capsule intacte, cytologie péritonéale négative
- Stade Ic: 1 ou 2 ovaires + rupture capsulaire ou cytologie péritonéale positive

Classification FIGO

- Stade IIa: 1 ou 2 ovaires + utérus et/ou trompe, cytologie péritonéale négative
- Stade IIb : 1 ou 2 ovaires + autres structures pelviennes, cytologie péritonéale négative
- Stade IIc : IIa ou IIb + cytologie péritonéale positive

Classification FIGO

- Stade IIIa: métastases péritonéales extra-pelviennes microscopiques, N-
- Stade IIIb: métastases péritonéales extra-pelviennes $< 2\text{cm}$, N-
- Stade IIIc: métastases péritonéales extra-pelviennes $> 2\text{cm}$ et /ou N+
- Stade IV: métastases à distance

Degré de différenciation

- Grade 1 : bien différencié avec des structures papillaires reconnaissables et des axes conjonctifs bien définis
- Grade 2 : papilles identifiables mais plus serrées, avec axes conjonctifs inconstants
- Grade 3 : mal différencié, avec disparition de l'organisation papillaire

PEC thérapeutique

- Traitement chirurgical
- Traitement adjuvant :
 - Chimiothérapie
 - Radiothérapie

Traitement chirurgical

- Toujours geste chirurgical en premier
- Diagnostic: biopsie et examen extemporané
- Bilan lésionnel: classification FIGO
- Traitement: exérèse maximum
- Évaluation du résidu tumoral+++
 - R0: exérèse complète (pas de résidu macroscopique)
 - R1: exérèse optimale (résidu < 2cm)
 - R2: exérèse suboptimale (résidu > 2cm)

Technique chirurgicale

- Incision médiane sus ou sous ombilicale
- Cytologie péritonéale systématique
- Exploration de la cavité péritonéale + biopsies
- Hystérectomie totale
- Annexectomie bilatérale
- Omentectomie
- Appendicectomie
- Curage pelvi-lombo-aortique

Cas particuliers

- Désir de grossesse:
 - Traitement conservateur
 - Kystectomie et annexectomie unilatérale
- Reprise chirurgicale dans un 2nd temps
- Réalisable si stade Ia grade 1 non à cellules claires

Coeliochirurgie : quelle place?

- A visée diagnostic :
 - Sensibilité : 100%
 - Spécificité : 96,6%
 - VPN : 100%
 - VPP: 41,3%

Canis, obstet gynecol, 1996

- Examen clinique, échographie et endoscopie :
 - Faux négatifs : 1,5%

Blanc, Eur J obstet gynecol reprod bio 1994

Coeliochirurgie : quelle place?

- Toujours :
 - Réaliser une cytologie péritonéale + biopsies
 - Exploration de la cavité abdominale
 - Extraction par sac endoscopique
- Toujours être suivi d'une reprise chirurgicale par laparotomie
- Risque de dissémination tumorale intrapéritonéale et sur les orifices de trocarts

Facteurs pronostiques

- Volume du reliquat tumoral après la première chirurgie
- Degré de différenciation cellulaire de la tumeur
- Stade d'extension tumorale (FIGO)

Chimiothérapie: indications

- Systématique sauf si stade Ia grade 1 et non à cellules claires (accord d'experts)
- Augmente la survie sans récidence
- Améliore la survie globale

ICON 1 et ACTION

ICON 1

Chimiothérapie : modalités

- Toujours un sel de platine (grade A) associé le plus souvent au paclitaxel
- Durée de la chimiothérapie ?
 - 6 cycles
 - Pas d'intérêt à prolonger la chimiothérapie au delà de 6 cycles (grade C)

Radiothérapie

- Stade Ia grade 2-3, ou à cellules claires, Ib, Ic, IIa peuvent bénéficier de radiothérapie
- Stade IIb, IIc, sans résidu post chirurgical peuvent bénéficier d'une radiothérapie (grade C)
- Radiothérapie abdomino-pelvienne améliore la survie par rapport radiothérapie pelvienne (grade B2)

Recommandations et Radiothérapie

- Réaliser une radiothérapie abdomino-pelvienne dans le cadre d'essais thérapeutiques (accord d'expert)
- Prévenir les patientes de la toxicité spécifique de radiothérapie abdomino-pelvienne (accord d'expert)
- Curiethérapie isotopique n'est pas recommandé (garde B2)

Traitement
complémentaire des
stades I et IIa.

Stade Ia, Ib, Ic et IIa après chirurgie de stadification
complète

oui

stade Ia grade 1 non
à cellules claires ?

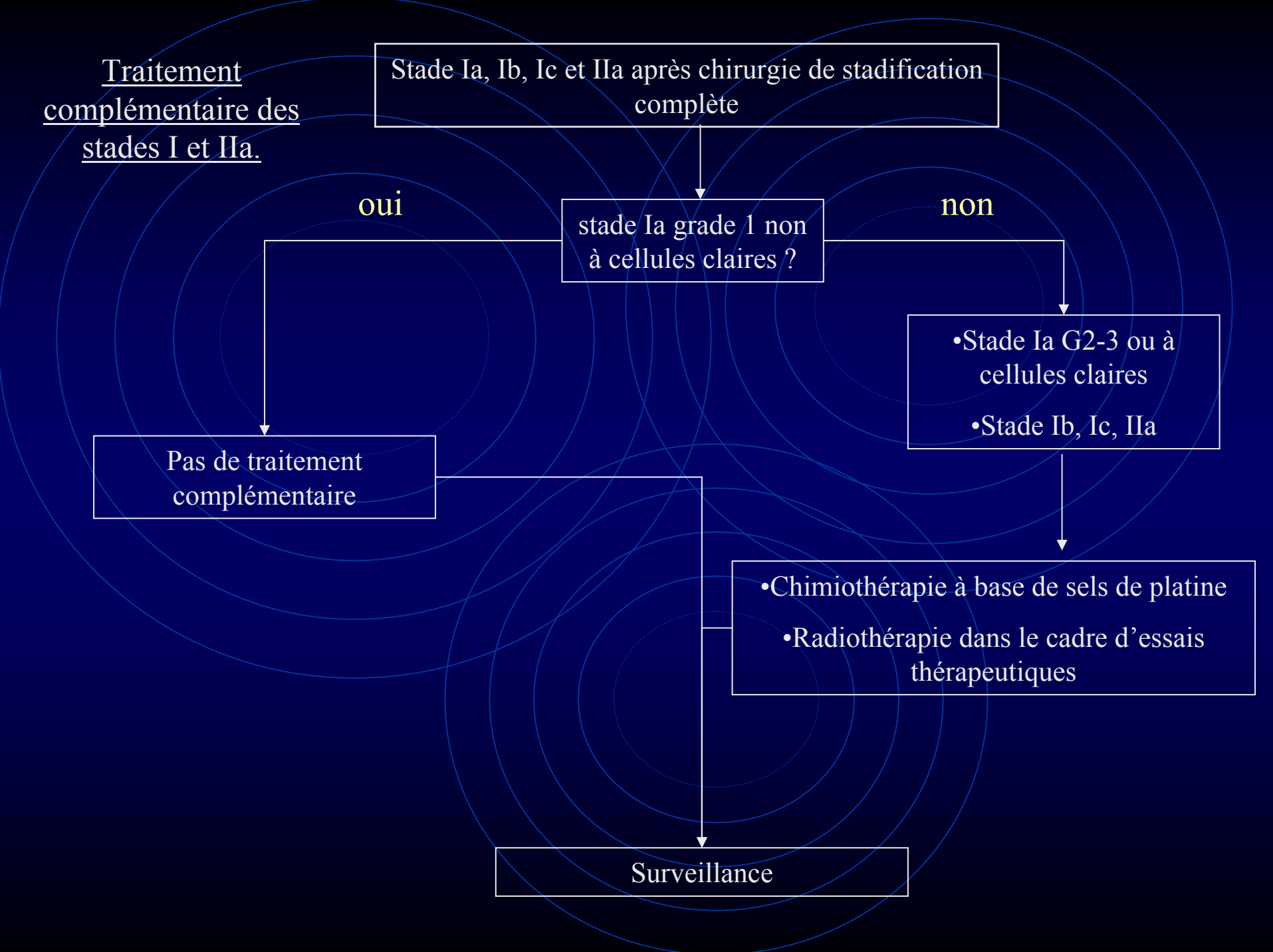
non

Pas de traitement
complémentaire

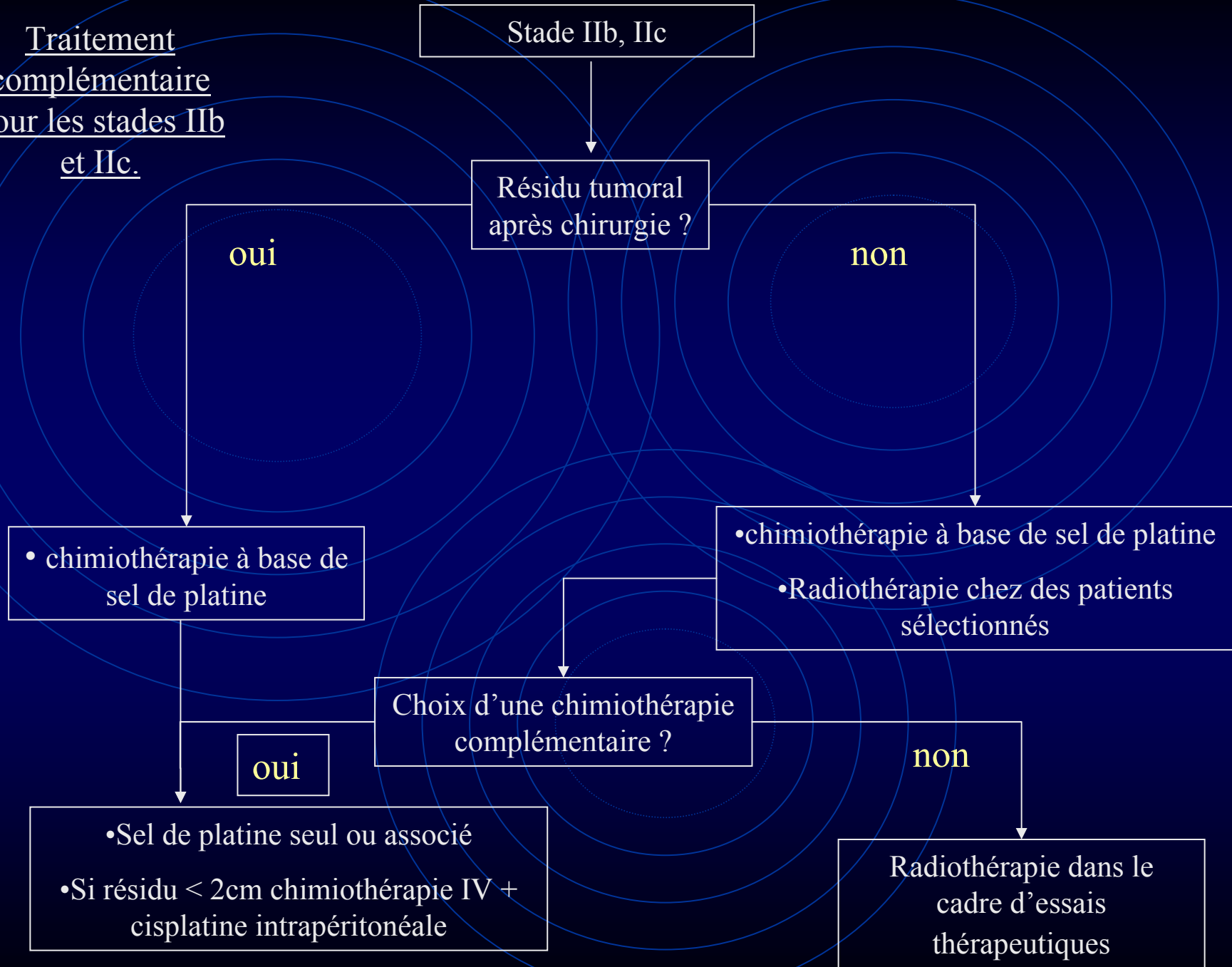
- Stade Ia G2-3 ou à
cellules claires
- Stade Ib, Ic, IIa

- Chimiothérapie à base de sels de platine
- Radiothérapie dans le cadre d'essais
thérapeutiques

Surveillance



Traitement
complémentaire
pour les stades IIb
et IIc.



Stade IIb, IIc

Résidu tumoral après chirurgie ?

oui

non

• chimiothérapie à base de sel de platine

• chimiothérapie à base de sel de platine
• Radiothérapie chez des patients sélectionnés

Choix d'une chimiothérapie complémentaire ?

oui

non

• Sel de platine seul ou associé
• Si résidu < 2cm chimiothérapie IV + cisplatine intrapéritonéale

Radiothérapie dans le cadre d'essais thérapeutiques

Surveillance

- A vie
- Examen clinique et CA 125 tous les 6 mois pendant 5 ans puis tous les ans
- IRM abdomino-pelvienne si point d'appel

Conclusion

- Découverte le plus souvent tardive
- Prise en charge médico-chirurgicale
- Toujours utiliser un sel de platine
- Mauvais pronostique

Bibliographie

- Sasco AJ. Épidémiologie des tumeurs de l'ovaire. Encycl Méd Chir, Gynécologie, 630-A-10, 2001.
- Lhommé C et Pautier P. Facteurs pronostiques et chimiothérapie de première ligne des adénocarcinomes ovariens. Encycl Méd Chir, Gynécologie, 630-J-10, 2000.
- Querleu D et Leblanc É. Cancer épithélial de l'ovaire : bilan et chirurgie. Encycl Méd Chir, Gynécologie, 630-I-10, 2000.
- Canis M, Pomel C, Raïga J. Prise en charge cœlioscopique des masses annexielles. Risque et conduite à tenir. In : Dauplat J, Guastalla JP éd. Cancer de l'ovaire. Paris : Arnette Blackwell, 1996 : 670
- [6] Blanc B, Boubli L, D'Ercole C, Nicoloso E. Laparoscopic management of malignant ovarian cysts: a 78 cases national survey. Part 1: preoperative and laparoscopic evaluation. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1994 : 56 : 177-180
- Recommandations pour la pratique clinique :Standards, Options et Recommandations 2003 pour le traitement médical de première ligne des patientes atteintes de tumeurs épithéliales malignes de l'ovaire. Gynécologie obstétrique et fertilité, nov 2005.
- Trétarre B et al. Les cancers de l'ovaire : incidence et mortalité en France. J Obst Gynecol Reprod Biol, Avr 2005 :154
- Lambaudie E. et al. Tumeurs de l'ovaire et CA-125 en 2006. Gynécologie obstétrique et fertilité, Mars 2006 : 254