

**REFERENTIEL DE PRISE
EN CHARGE DES TUMEURS
EPITHELIALES MALIGNES
DE L' OVAIRE**

ONCOCENTRE

Tours 16 décembre 2005

S. AVIGDOR

Groupe de Travail :

Drs ABIMELECH, ANGELLIER, ARSENE, BARILLOT,
BAULIEU, BOUGNOUX, BOURGEOIS, BRETEAU,
CAILLEUX, FETISSOF, FIGNON, JALLAIS, LANSAC,
LAPLAIGE, LE FLOCH, LUCAS, MALOUX, MARRET,
MICHENET, MOREAU, MOUDEN, ORGERIE
OZOUX, PHILIPPE, ROGEZ, THIENPONT, TOUMIEUX,
TRANQUART .

Coordonnateurs :

Dr BERGER, Dr AVIGDOR

<http://www.oncocentre.org/>

85 % DES CANCERS DE L' OVAIRE

**4500 NOUVEAUX CAS / AN
INCIDENCE DIMINUE**

MAUVAIS PRONOSTIC

DECOUVERTE TARDIVE :

60 à 80 % STADE III OU IV

FACTEURS PRONOSTIQUES

STADE D'EXTENSION :

SURVIE à 5 ANS : 60 à 90 % stade I

20 à 50 % stade II

10 à 35 % stade III

< 5 % stade IV

TYPE HISTOLOGIQUE

GRADE HISTOPRONOSTIC

TAILLE RESIDU TUMORAL après exérèse initiale

L'AGE

RAPIDITE DE LA REPONSE A LA CHIMIO

TAUX INITIAL ET DECROISSANCE DU CA 125

BILAN INITIAL

ANAMNESE, ATCD carcinologiques Familiaux

EXAMEN CLINIQUE ET GYNECO, ETAT GENERAL

ECHOGRAPHIE ABDOMINO PELVIENNE ET
TRANS VAGINALE

TDM ABDOMINO PELVIENNE ET THORACIQUE
OU

IRM PELVIENNE et TDM THORACIQUE

BILAN INITIAL

NFS BILAN PRE OPERATOIRE

CA 125

aFP, β HCG, LDH SI SUSPICION DE TUMEUR
GERMINALE CHEZ LA FEMME JEUNE

PONCTION POUR CYTOLOGIE

EPANCHEMENT PLEURAL OU ASCITE

PRISE EN CHARGE RCP

CHIRURGIE

CHIRURGIE SPECIALISEE

PATIENTES POLYMETASTATIQUES : CHIMIO
INITIALE

LAPAROTOMIE :

STANDARD : LA LAPAROTOMIE PAR
MEDIANE SOUS OMBILICALE AGRANDIE A
LA DEMANDE

CHIRURGIE

COELIOCHIRURGIE peut être indiquée :

Diagnostique d'1 lésion organique ovarienne
En l'absence d'évidence de malignité
clinique et radiologique

Préciser extension et obtenir 1 histologie dans
les stades inopérables de 1^o intention

Chirurgie d'évaluation après chirurgie initiale
et chimiothérapie ayant à priori permis une
réponse complète

CHIRURGIE

**INTERVENTION INITIALE :
STADIFICATION**

**EXERERESE TUMORALE COMPLETE DANS
LES FORMES DEBUTANTES**

**CHIRURGIE DE REDUCTION LA PLUS
COMPLETE POSSIBLE DANS LES
FORMES AVANCEES**

CHIRURGIE

CHIRURGIE DE REEVALUATION :

NON SYSTEMATIQUE

EN CAS DE CHIRURGIE INITIALE
INCOMPLETE

REMISSION COMPLETE
PROTOCOLES

CHIRURGIE DES FORMES LIMITEES MACROSCOPIQUEMENT AUX OVAIRES

EXPLORATION de toute la cavité abdominale

HYSTERECTOMIE TOTALE

ANNEXECTOMIE BILATERALE

OMENTECTOMIE INFRA COLIQUE

APPENDICECTOMIE

EXPLORATION ET CURAGES GG PELVIENS ET

LOMBO AORTIQUES

BIOPSIES PERITONEALES

STADIFICATION FIGO

CHIRURGIE DES FORMES LIMITEES MACROSCOPIQUEMENT AUX OVAIRES

Femme jeune désireuse de grossesse tumeur unilatérale
sans végétation exokystique

ANNEXECTOMIE UNILATERALE

EXPLORATION DE TOUTE LA CAVITE ABDOMINALE

OMENTECTOMIE INFRA COLIQUE

APPENDICECTOMIE

HYSTEROSCOPIE ET CURETAGE

TEP SCANN

Stadification FIGO + classification Histo : si Grade 3 ou
Tu à cellules claires ou atteinte ovarienne bilatérale :

CHIRURGIE TOTALE

CHIRURGIE DES FORMES AVEC EXTENSION A DISTANCE DES OVAIRES

HYSTERECTOMIE TOTALE

ANNEXECTOMIE BILATERALE

OMENTECTOMIE INFRA GASTRIQUE

APPENDICECTOMIE

REDUCTION TUMORALE MAXIMALE AVEC

RESECTION DIGESTIVE SI BESOIN

(pas de colostomie définitive)

DESCRIPTIF EN FIN D' INTERVENTION

Exérèse complète



curages pelvien
et lombo aortique

Exérèse incomplète



adénectomies pelvienne
et lombo aortique de
réduction tumorale

ANATOMOPATHOLOGIE

MACROSCOPIE :

Description de tous les prélèvements adressés

Description de la tumeur : taille, poids , aspect végétations endo ou exo kystiques, rupture capsulaire

Prélèvements tous les cm dans la + grande largeur de la pièce d'ovariectomie

Prélèvements pour Tissuthèque

ANATOMOPATHOLOGIE

MICROSCOPIE : Description des principaux éléments morphologiques permettant de classer la tumeur selon le type histo OMS en précisant le grade de différenciation et la classification utilisée (FIGO , WHO etc ...)

CONCLUSION DU COMPTE RENDU :

**TYPE HISTO ET GRADE DE DIFFERENCIATION
TOUS LES ELEMENTS NECESSAIRES POUR
ETABLIR LA CLASSIFICATION FIGO**

FIGO	TNM	
I	T1	TUMEUR LIMITEE AUX OVAIRES
I A	T1 A	TUMEUR LIMITEE A UN SEUL OVAIRE AVEC CAPSULE INTACTE
I B	T1 B	TUMEUR DES DEUX OVAIRES CAPSULES INTACTES
I C	T1 C	RUPTURE CAPSULAIRE OU TUMEUR A LA SURFACE OVARIENNE OU CELLULES MALIGNES DANS LE LIQUIDE D' ASCITE OU DE LAVAGE PERITONEAL
II	T2	TUMEUR OVARIENNE ETENDUE AU PELVIS
II A	T2 A	EXTENSION A L' UTERUS ET / OU AUX TROMPES
II B	T2 B	EXTENSION AUX AUTRES ORGANES PELVIENS
II C	T2 C	EXTENSION PELVIENNE AVEC CELLULES MALIGNES DANS LE LIQUIDE D' ASCITE OU DE LAVAGE PERITONEAL
III	T3 et/ou N 1	METASTASES PERITONEALES AU DELA DU PELVIS ET / OU ADENOPATHIES METASTATIQUES REGIONALES (INGUINALES, ILLIAQUES, LOMBO AORTIQUES)
III A	T3 A	METASTASES PERITONEALES MICROSCOPIQUES
III B	T3 B	METASTASES MACROSCOPIQUES < OU = 2 cm
III C	T3 C et/ou N 1	METASTASES MACROSCOPIQUES > 2 cm et / ou ADENOPATHIES METASTIQUES REGIONALES
IV	M1	METASTASES A DISTANCE

TRAITEMENTS COMPLEMENTAIRES

AVIS RCP

Chimiothérapie IV : Paclitaxel et sels de platine

Radiothérapie n'est pas un standard peut être discutée en cas de maladie résiduelle microscopique

Chimiothérapie intrapéritonéale : peut être une option en l'absence de maladie résiduelle macroscopique

TRAITEMENTS COMPLEMENTAIRES

AVIS RCP

Stade IA G1 non à cellules claires : surveillance

Stade IA G2,3 ou à cellules claires

IB IC IIA 4 à 6 cycles de Chimiothérapie

TDM fin traitement

surveillance

TRAITEMENTS COMPLEMENTAIRES

AVIS RCP

Stade IIB IIC III : chimiothérapie 6 à 9 cycles
paclitaxel et sels de platine

Fin de tmt :

CA 125 et TDM thoracoabdominopelvien

Réponse complète, objective, progression

Chirurgie, chimio IP, RTE ,chimio 2° ligne

TRAITEMENTS COMPLEMENTAIRES

AVIS RCP

Maladie non résecable d'emblée en raison de l'extension tumorale Histologie prouvée

chimiothérapie 3 à 6 cycles

Evaluation clinique, TDM, CA 125

Maladie résecable chirurgie , chimio

Maladie non résecable : stabilisation

progression

chimio 2° ligne ...

SURVEILLANCE POST THERAPEUTIQUE

EXAMENS	1° ET 2° ANNEE	DE 3 A 5 ANS	> 5 ANS
EXAMEN CLINIQUE	4 MOIS	6 MOIS	1 FOIS /AN PENDANT 10 ANS
CA125 SI ELEVE INITIALEMENT	4 MOIS	6 MOIS	1 FOIS /AN PENDANT 10 ANS
TDM	8 MOIS	NON	NON

CA 125 AUGMENTE ET TDM NORMAL : INDICATION DE PET SCANN

Une hormonothérapie substitutive est possible chez ces patientes
(en l'absence de contre indications)