

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

# Cancer de l'ovaire

TRAITEMENTS ADJUVANTS ET DE CONSOLIDATION

Et annexes

COLLECTION  
Recommandations & référentiels

RECOMMANDATIONS DE PRISE  
EN CHARGE SPÉCIALISÉE

INDICATIONS ET MODALITÉS  
DES TRAITEMENTS

STADES I À IV

DESTINÉ A L'USAGE  
DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Cette publication fait partie de la collection :

## Recommandations & référentiels

éditée par l'Institut National du Cancer, agence sanitaire et scientifique chargée de coordonner la politique de lutte contre le cancer en France.

Ce document est téléchargeable gratuitement sur le site :

[www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)

Ces recommandations ont été élaborées en collaboration avec la Société Française d'Oncologie Gynécologique et le groupe FEDEGYN.



Ce document a été publié en juin 2009 avec le soutien financier de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer [www.fnclcc.fr](http://www.fnclcc.fr)

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'INCa est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été édité en août 2009. Il peut être demandé à l'adresse suivante :

Institut National du Cancer (INCa)

Publication - Diffusion

52, avenue André Morizet - 92513 Boulogne-Billancourt Cedex

[diffusion@institutcancer.fr](mailto:diffusion@institutcancer.fr)

Tél. : 01 41 10 50 00 - Fax : 01 41 10 50 20

© 2009. Institut National du Cancer (INCa)

## TABLE DES MATIÈRES

CONTEXTE ET OBJECTIF .....	5
MÉTHODE .....	6
STADES IA/IB G1 NON À CELLULES CLAIRES .....	8
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	8
ARGUMENTAIRE.....	8
1. RÉSULTAT DE LA SÉLECTION BIBLIOGRAPHIQUE.....	8
2. SYNTHÈSE DES DONNÉES DE LA LITTÉRATURE .....	8
3. CONCLUSION ET DISCUSSION .....	8
TRAITEMENTS ADJUVANTS STADES IA/IB G2 OU G3 OU À CELLULES CLAIRES, STADES IC ET STADES IIA.....	9
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	9
ARGUMENTAIRE.....	10
1. RÉSULTAT DE LA SÉLECTION BIBLIOGRAPHIQUE.....	10
2. SYNTHÈSE DES DONNÉES DE LA LITTÉRATURE .....	10
3. CONCLUSION ET DISCUSSION .....	12
TRAITEMENTS ADJUVANTS STADES IIB ET IIC, SANS RÉSIDU MACROSCOPIQUE .....	13
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	13
ARGUMENTAIRE.....	14
1. RÉSULTAT DE LA SÉLECTION BIBLIOGRAPHIQUE.....	14
2. SYNTHÈSE DES DONNÉES DE LA LITTÉRATURE .....	14
3. CONCLUSION ET DISCUSSION .....	14
TRAITEMENTS ADJUVANTS STADES III ET IV, SANS RÉSIDU MACROSCOPIQUE.....	15
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	15
ARGUMENTAIRE.....	16
1. RÉSULTAT DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.....	16
2. SYNTHÈSE DES DONNÉES DE LA LITTÉRATURE .....	16
3. CONCLUSION ET DISCUSSION .....	18
TRAITEMENTS ADJUVANTS STADES IIB À IV AVEC RÉSIDU MACROSCOPIQUE .....	20
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	20
ARGUMENTAIRE.....	21
1. RÉSULTAT DE LA SÉLECTION BIBLIOGRAPHIQUE.....	21
2. SYNTHÈSE DES DONNÉES DE LA LITTÉRATURE .....	21
3. CONCLUSION ET DISCUSSION .....	25
TRAITEMENTS DE CONSOLIDATION EN CAS DE RÉMISSION COMPLÈTE STADES IIB À IV À LA FIN DU TRAITEMENT ADJUVANT .....	26
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	26
ARGUMENTAIRE.....	27
1. RÉSULTAT DE LA SÉLECTION BIBLIOGRAPHIQUE.....	27
2. SYNTHÈSE DES DONNÉES DE LA LITTÉRATURE .....	27
3. CONCLUSION ET DISCUSSION .....	30

TRAITEMENTS DE CONSOLIDATION EN L'ABSENCE DE RÉMISSION COMPLÈTE STADES IIB À IV À LA FIN DU TRAITEMENT ADJUVANT .....	32
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	32
ARGUMENTAIRE.....	33
1. RÉSULTAT DE LA SÉLECTION BIBLIOGRAPHIQUE.....	33
2. SYNTHÈSE DES DONNÉES DE LA LITTÉRATURE .....	33
3. CONCLUSION ET DISCUSSION .....	33
CLASSIFICATION .....	34
GROUPE DE TRAVAIL.....	35
GROUPE DE RELECTURE .....	36
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	38

## CONTEXTE ET OBJECTIF

Des recommandations sur la prise en charge du cancer de l'ovaire ont été élaborées en 1999<sup>1</sup>. Les recommandations sur les traitements adjuvants ont fait l'objet d'une première actualisation en 2003<sup>2</sup> et il est apparu nécessaire les mettre à jour de nouveau en 2007. Les recommandations sur le traitement chirurgical ont également fait l'objet d'une actualisation et sont disponibles sur le site Internet de l'INCa : [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr).

Le cancer de l'ovaire demeure relativement peu fréquent et se situe au 7<sup>e</sup> rang des cancers féminins en termes d'incidence avec 4430 nouveaux cas estimés en 2008<sup>3</sup>. L'âge médian lors du diagnostic est de 65 ans. En raison d'un diagnostic souvent tardif, son pronostic reste sombre, de nombreux cancers étant diagnostiqués à un stade avancé (stade IIIB ou IV avec envahissement péritonéal ou métastatique à distance). Le cancer de l'ovaire aurait été responsable de 3 110 décès en 2008. Il représente la 4<sup>e</sup> cause de mortalité par cancer chez la femme.

Les thèmes traités dans le cadre de cette nouvelle mise à jour sont les suivants :

- La place des traitements adjuvants pour :
  - les stades IA/IB G1 non à cellules claires ;
  - les stades IA/IB G2 ou G3 ou à cellules claires, IC, IIA ;
  - les stades IIB, IIC sans résidu macroscopique ;
  - les stades III, IV sans résidu macroscopique ;
  - les stades IIB à IV avec résidu macroscopique.
- La place des traitements de consolidation à la fin du traitement adjuvant :
  - en cas de rémission complète clinique, biologique et radiologique ;
  - en l'absence de rémission complète clinique, biologique et radiologique.

Ces recommandations pour la pratique clinique s'adressent aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patientes atteintes de cette pathologie. Les considérations médico-économiques ne sont pas abordées dans ce document.

---

<sup>1</sup> Kerbrat P, Lhomme C, Fervers B, Guastalla JP, Thomas L, Basuyau JP et al. [Standards, options and recommendations for the management and initial care of patients with malignant epithelial ovarian tumors (abridged version)]. *Gynecol Obstet Fertil* 2001;29(11):853-66.

<sup>2</sup> Lhomme C, Ray-Coquard I, Guastalla JP, Bataillard A, Thomas L, Bonnier P et al. [Clinical practice guidelines: Standards, Options and Recommendations for first line medical treatment of patients with ovarian neoplasms (summary report)]. *Bull Cancer* 2004;91(7-8):609-20.

<sup>3</sup> Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2008. Disponibles sur le site de l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS) : <http://www.invs.sante.fr/applications/cancers/projections2008/default.htm>

## MÉTHODE

Des recommandations relatives aux traitements adjuvants systémiques des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire ont été élaborées en 2003<sup>4</sup>. Ces recommandations nécessitent d'être actualisées.

La méthode d'actualisation des recommandations repose sur l'analyse critique des meilleures données scientifiques disponibles et sur le jugement argumenté des experts au sein d'un groupe de travail pluridisciplinaire représentatif des modes d'exercice et des disciplines concernées par la prise en charge des patients atteints de cancer. Cette méthode dite « mixte » combine le niveau de preuve scientifique et l'accord d'experts. Cette démarche a permis de reconduire certaines recommandations émises en 1999 et d'actualiser les recommandations qui le nécessitaient.

La relecture nationale auprès d'experts indépendants est réalisée à l'aide d'une grille de lecture basée sur la grille AGREE<sup>5</sup>. Les commentaires sont compilés et analysés par le groupe de travail et la nature des modifications engendrées est décrite dans le processus de relecture. Les considérations médico-économiques ne sont pas abordées.

Une Recommandation est une proposition d'une ou de plusieurs attitudes cliniques pour l'aide à la décision du professionnel de santé. Elle est destinée à améliorer la prise en charge du patient atteint de cancer. Deux niveaux de gradation pour les recommandations sont proposés : les Standards et les Options.

La mise en œuvre des Standards et des Options doit tenir compte du contexte organisationnel de soin, de la situation particulière du patient et de l'expression de ses préférences.

Les recommandations ne se substituent pas au jugement clinique des médecins.

Les protocoles de chimiothérapie prescrits doivent être conformes à l'encadrement réglementaire des produits utilisés (Autorisation de Mise sur le Marché ou Référentiel de Bon Usage AFSSAPS/HAS/INCa en vigueur pour les médicaments cancéreux hors GHS<sup>6</sup> ou à défaut et par exception, prescription argumentée dans le dossier médical).

Ces recommandations pour la pratique clinique sont accessibles gratuitement sur Internet ([www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)) sous forme :

- d'un rapport intégral présentant l'ensemble des références bibliographiques, leur analyse et les conclusions sur lesquelles se basent les recommandations pour la pratique clinique établies ;
- d'une version abrégée présentant uniquement les recommandations pour la pratique clinique.

---

<sup>4</sup> Lhomme C, Ray-Coquard I, Guastalla JP, Bataillard A, Thomas L, Bonnier P et al. [Clinical practice guidelines: Standards, Options and Recommendations for first line medical treatment of patients with ovarian neoplasms (summary report)]. Bull Cancer 2004;91(7-8):609-20.

<sup>5</sup> AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. Qual Saf Health Care 2003;12(1):18-23

<sup>6</sup> Les référentiels de bon usage en cancérologie sont disponibles sur le site de l'Institut National du Cancer : <http://www.e-cancer.fr> et de l'Afssaps : <http://afssaps.fr>

## Niveaux de preuve

Le niveau de preuve correspond à la cotation des données de la littérature sur lesquelles reposent les recommandations formulées. Il est fonction du type et de la qualité des études disponibles ainsi que de la cohérence ou non de leurs résultats ; il est explicitement spécifié pour chacune des méthodes/interventions considérées selon la classification suivante :

---

<b>Niveau A</b>	Il existe une (des) méta-analyse(s) « de bonne qualité » ou plusieurs essais randomisés « de bonne qualité » dont les résultats sont cohérents.
<b>Niveau B</b>	Il existe des preuves « de qualité correcte » : essais randomisés (B1) ou études prospectives ou rétrospectives (B2). Les résultats de ces études sont cohérents dans l'ensemble.
<b>Niveau C</b>	Les études disponibles sont critiquables d'un point de vue méthodologique ou leurs résultats ne sont pas cohérents dans l'ensemble.
<b>Niveau D</b>	Il n'existe pas de données ou seulement des séries de cas.

---

## Gradation des recommandations

---

<b>Standards</b>	Un Standard correspond à une attitude clinique reconnue à l'unanimité comme l'attitude clinique de référence par les experts.
<b>Options</b>	Des Options correspondent à plusieurs attitudes cliniques reconnues comme appropriées par les experts. Une Option peut avoir la préférence des experts. Lorsque cela est justifié, une des attitudes cliniques proposées peut être d'inclure le patient dans un essai thérapeutique en cours.

---

# TRAITEMENTS ADJUVANTS STADES IA/IB G1 NON À CELLULES CLAIRES

## RECOMMANDATIONS

### ✓ STANDARDS

- Pas de traitement adjuvant sous réserve de la détermination du grade.
- Une recherche de tumeur digestive doit être réalisée en cas de tumeurs mucineuses bilatérales.

## ARGUMENTAIRE

TRAITEMENTS ADJUVANTS, STADES IA/IB G1 NON À CELLULES CLAIRES

### 1. RÉSULTAT DE LA SÉLECTION BIBLIOGRAPHIQUE

La stratégie de recherche et le processus de sélection bibliographique sont présentés dans les annexes 2, 3 et 4. Aucune nouvelle référence n'a été sélectionnée.

### 2. SYNTHÈSE DES DONNÉES DE LA LITTÉRATURE

En l'absence de nouvelles données sélectionnées, aucune synthèse n'a été réalisée.

### 3. CONCLUSION ET DISCUSSION

En l'absence de nouvelles études répondant aux critères de sélection définis dans le cadre de cette mise à jour et permettant d'obtenir un consensus, le groupe de travail a opté pour ne pas établir de mention spécifique pour les tumeurs mucineuses. Pour les tumeurs mucineuses bilatérales, le groupe de travail recommande de réaliser une recherche de tumeur digestive.

# TRAITEMENTS ADJUVANTS STADES IA/IB G2 OU G3 OU À CELLULES CLAIRES, STADES IC ET STADES IIA

## RECOMMANDATIONS

EN CAS DE STADIFICATION COMPLÈTE	EN CAS DE STADIFICATION INCOMPLÈTE
<p>✓ <b>STANDARDS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stades IA/IB G2 : il n'y a pas d'attitude Standard (se reporter aux Options).</li> <li>• Stades IA/IB G3, cellules claires ou <math>\geq</math> IC : une chimiothérapie intraveineuse à base de sels de platine comportant au moins 3 cycles doit être réalisée.</li> <li>• Stades IA G2 à IIA : Une recherche de tumeur digestive doit être réalisée en cas de tumeurs mucineuses bilatérales.</li> </ul>	<p>✓ <b>STANDARDS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stades IA/IB G2 : une restadification chirurgicale doit être systématiquement proposée.</li> <li>• Stades IA/IB G3, cellules claires ou stades <math>\geq</math> IC : une restadification chirurgicale doit être systématiquement proposée suivie par une chimiothérapie intraveineuse à base de sels de platine comportant au moins 3 cycles s'ils n'y a pas de modification du stade après reprise chirurgicale.</li> <li>• Stades IA G2 à IIA : en cas de restadification impossible, une chimiothérapie intraveineuse à base de sels de platine comportant au moins 3 cycles doit être réalisée.</li> <li>• Une recherche de tumeur digestive doit être réalisée en cas de tumeurs mucineuses bilatérales.</li> </ul>
<p>✓ <b>OPTIONS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stades IA/IB G2 : une surveillance ou une chimiothérapie intraveineuse à base de sels de platine comportant au moins 3 cycles peuvent être proposées.</li> <li>• Stades IA/IB G2 ou G3, cellules claires ou stades <math>\geq</math> IC : la chimiothérapie peut être complétée par 3 cycles supplémentaires pour un total de 6 cycles.</li> <li>• Les patientes peuvent être incluses dans un essai d'évaluation thérapeutique.</li> </ul>	<p>✓ <b>OPTIONS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stades IA/IB G3, cellules claires ou stades <math>\geq</math> IC : la chimiothérapie peut être complétée par 3 cycles supplémentaires pour un total de 6 cycles.</li> <li>• Stades IA/IB G2 ou G3, cellules claires ou stades <math>\geq</math> IC : les patientes peuvent être incluses dans un essai d'évaluation thérapeutique.</li> </ul>

# ARGUMENTAIRE

TRAITEMENTS ADJUVANTS, STADES IA/IB G2 OU G3 OU À CELLULES CLAIRES, STADES IC ET STADES IIA

## 1. RÉSULTAT DE LA SÉLECTION BIBLIOGRAPHIQUE

La stratégie de recherche et le processus de sélection bibliographique sont présentés dans les annexes 2, 3 et 4.

Quatre nouvelles références sur la chimiothérapie intraveineuse ont été sélectionnées :

- 2 méta-analyses [ELIT2004A] [WINTERROACH2003] ;
- 2 essais randomisés de phase III [BELL2006] [YOUNG2003].

## 2. SYNTHÈSE DES DONNÉES DE LA LITTÉRATURE

Les nouvelles données identifiées depuis 2003 sont présentées dans l'annexe 1.

### 2.1. Méta-analyses

Elit *et al.* ont réalisé une méta-analyse ayant pour objectif d'évaluer l'impact de plusieurs traitements complémentaires sur la survie de patientes atteintes de carcinomes ovariens de stades précoces [ELIT2004A]. Cette analyse a inclus 13 études publiées entre 1979 et 2003. Huit de ces essais sont inclus dans la mise à jour de 2003 [BOLIS1995] [CHIARA1994] [COLOMBO2003] [HRESHCHYSHYN1980] [TRIMBOS2003] [TROPE2000] [VERGOTE1992] [YOUNG1990]. Les auteurs ont rapporté un bénéfice statistiquement significatif en termes de survie en cas de chimiothérapie par rapport à une absence de traitement complémentaire ( $p = 0,01$ ). Un bénéfice significatif en termes de réduction du risque de récurrence a également été rapporté en faveur d'une chimiothérapie par rapport à une absence de traitement complémentaire ( $p = 0,0004$ ). Un bénéfice statistiquement significatif en termes de survie globale à 5 ans a également été rapporté en cas d'utilisation de sels de platine dans le protocole de chimiothérapie ( $p = 0,008$ ). Néanmoins, en tenant compte du degré de stadification chirurgicale, aucune différence statistiquement significative n'a été rapportée pour la survie à 5 ans ou le risque de récurrence (données *poolées* : *EORTC staging classification* : *optimal/modified* : respectivement,  $RR = 0,81$  [IC95 : 0,58-1,21],  $RR = 0,73$  [IC95 : 0,52-1,02]). Les données comparant chimiothérapie *vs* radiothérapie n'ont pu être *poolées* car les protocoles de chimiothérapie ne correspondaient pas aux protocoles standards pour 2 des 3 essais [GRONROOS1984] [HRESHCHYSHYN1980]. Un taux de récurrence significativement plus faible en cas de chimiothérapie a été observé dans le troisième essai (chimiothérapie : 6 % *vs* radiothérapie : 30 %,  $p < 0,05$ ), mais cet essai comportait peu de patientes ( $N = 36$  (CT) *vs*  $N = 34$  (RT)). Les données issues des 4 études comparant une chimiothérapie et une radiothérapie intrapéritonéale ( $^{32}P$ ) n'ont pas été *poolées* mais aucune de ces études n'a montré de différence statistiquement significative en termes de survie.

Winter-Roach *et al.* ont également réalisé une méta-analyse ayant pour objectif d'évaluer l'impact de plusieurs traitements complémentaires sur la survie de patientes atteintes de carcinomes ovariens de stades précoces [WINTERROACH2003]. Cette analyse a inclus 10 études publiées entre 1987 et 2003. Parmi les études sélectionnées. Neuf de ces essais sont inclus dans la mise à jour de 2003 [BOLIS1995] [CHIARA1994] [COLOMBO2003] [KOJS2001] [SELL1990] [TRIMBOS2003] [TROPE2000] [VERGOTE1992] [YOUNG1990].

Sept essais sont également inclus dans la méta-analyse d'Elit *et al.* [BOLIS1995] [CHIARA1994] [COLOMBO2003] [TRIMBOS2003] [TROPE2000] [VERGOTE1992] [YOUNG1990]. Les auteurs ont rapporté des résultats cohérents avec les résultats de la méta-analyse d'Elit *et al.* Un bénéfice en termes de survie globale et de survie sans récurrence a été observé en cas de chimiothérapie par rapport à une absence de traitement complémentaire. Le traitement prodigué aux patientes était une chimiothérapie à base de cisplatine pour 4 des 5 essais et le melphalan pour le cinquième essai. Un bénéfice en termes de survie globale et de survie sans récurrence a également été rapporté en ne prenant en compte que les essais évaluant une chimiothérapie à base de sels de platine. Au cours de cette même étude, aucune différence significative n'a été rapportée en termes de survie globale et de survie sans récurrence entre une chimiothérapie et une radiothérapie, quelles que soient les modalités de traitements employées. Aucune différence significative en termes de survie globale ou de survie sans récurrence n'a également été rapportée par les auteurs entre la réalisation d'une chimiothérapie associée à une radiothérapie par rapport à une radiothérapie seule.

Les critères de sélection présentés dans la méta-analyse d'Elit *et al.* sont pertinents mais ne permettent néanmoins pas de garantir l'exhaustivité de la sélection bibliographique et d'écartier un possible biais de publication. L'éventualité de ce biais n'est pas discutée par les auteurs et l'évaluation de la qualité méthodologique des essais inclus et les modalités de lecture critique ne sont pas présentées et ne permettent donc pas d'évaluer la pertinence de la sélection bibliographique. Le manque d'information sur les critères de sélection des patientes incluses dans les essais peut remettre en cause le regroupement des données pour la comparaison chimiothérapie *vs* pas de traitement complémentaire. Trois des 5 essais analysés dans cette comparaison comportent de petits effectifs (moins de 100 patientes par bras) [BOLIS1995] [TROPE2000] [YOUNG1990]. L'éventualité d'un biais de publication n'est pas non plus discutée dans la méta-analyse de Winter-Roach *et al.* Les modalités de lecture critique ne sont pas présentées et le manque d'information sur les critères de sélection des patientes incluses dans les essais peut remettre en cause le regroupement des données d'autant plus qu'aucun test d'hétérogénéité ou d'association n'est présenté. La fiabilité (absence de biais) et la pertinence clinique (applicabilité) des résultats obtenus sont donc discutables pour ces 2 méta-analyses.

## 2.2. Essais randomisés de phase III

Bell *et al.* ont évalué l'impact du nombre de cycles de chimiothérapie sur la survie de 427 patientes atteintes de cancers ovariens de stades I et II [BELL2006]. Les modalités de traitement étaient les suivantes :

- 3 cycles : carboplatine + paclitaxel (bras A, 213 patientes) ;
- 6 cycles : carboplatine + paclitaxel (bras B, 214 patientes).

Le nombre de cycles de chimiothérapie administrés n'a pas eu d'impact significatif sur le taux de récurrence et sur le taux de décès lors de cette étude. De plus, l'augmentation du nombre de cycles de chimiothérapie s'est accompagnée d'une augmentation significative de la toxicité. Davantage de cas de neurotoxicités de grade 3 et 4 ont été rapportés en cas d'administration de 6 cycles ( $p < 0,01$ ). L'augmentation du nombre de cycles de chimiothérapie s'est également accompagnée d'une augmentation significative de la toxicité hématologique (granulocytopenie, grade 4,  $p < 0,01$  ; anémie (grade  $\geq 2$ ),  $p < 0,01$ ).

L'essai randomisé de phase III mené par Young *et al.* [YOUNG2003] est inclus dans la méta-analyse d'Elit *et al.* [ELIT2004A] et n'a donc pas fait l'objet ici d'une analyse détaillée.

La fiabilité des résultats rapportés dans l'étude de Bell *et al.* peut être remise en cause. La méthode d'analyse statistique n'est pas suffisamment bien décrite et l'imprévisibilité de la randomisation n'est pas vérifiable du fait d'une description insuffisante de la méthode de randomisation dans l'essai. Néanmoins, la pertinence clinique de cet essai demeure acceptable (critère de jugement principal cliniquement pertinent, représentativité des patientes vues en pratique médicale courante, l'importance de l'effet cliniquement pertinent, balance bénéfique/risque acceptable, pertinence du comparateur).

### 3. CONCLUSION ET DISCUSSION

Il existe un bénéfice en termes de survie globale et de survie sans récurrence en faveur de la chimiothérapie (à base de sels de platine) par rapport à une absence de traitement uniquement en cas de stadification chirurgicale incomplète (niveau de preuve A). Il n'y a pas de différence en termes de survie globale et de survie sans récurrence entre une chimiothérapie et une radiothérapie (niveau de preuve A). L'addition d'une chimiothérapie à une radiothérapie n'a pas d'impact sur la survie globale et la survie sans récurrence (niveau de preuve A). L'augmentation du nombre de cycles de chimiothérapie n'a pas d'impact significatif sur le taux de récurrence mais s'accompagne d'une toxicité hématologique plus élevée (niveau de preuve B1).

La chirurgie doit permettre la réalisation d'une stadification complète. Avant tout traitement adjuvant, les toxicités spécifiques de toutes les options thérapeutiques disponibles doivent être expliquées aux patientes. De plus, les différences de toxicité entre les différents traitements doivent également être expliquées aux patientes. Si la décision d'effectuer une radiothérapie est prise, il est recommandé de réaliser exclusivement une radiothérapie abdominopelvienne et non une radiothérapie pelvienne seule. Cependant, cette technique s'accompagne d'une toxicité plus importante et n'apporte pas de bénéfice supérieur par rapport à celui de la chimiothérapie. Par conséquent, elle n'est plus proposée par la majorité des équipes soignantes. Le groupe de travail a donc opté pour ne pas la retenir comme Option.

Concernant les modalités de réalisation d'une chimiothérapie, il n'y a pas assez de données de la littérature pour conclure formellement sur le nombre de cycles de chimiothérapie à administrer (une seule étude [BELL2006] comportant des limites méthodologiques, a évalué le nombre de cycles à administrer (3 cycles *vs* 6 cycles). Cette étude n'a pas montré de bénéfice en cas d'administration de 6 cycles plutôt que 3. Néanmoins, en regard des pratiques actuelles, le groupe de travail préconise de réaliser un traitement incluant au moins 3 cycles de chimiothérapie.

Le groupe de travail confirme la position prise en 2003 sur la radiothérapie isotopique. Par conséquent, la radiothérapie isotopique n'est pas recommandée.

Pour les tumeurs mucineuses bilatérales, le groupe de travail recommande de réaliser une recherche de tumeur digestive.

## TRAITEMENTS ADJUVANTS STADES IIB ET IIC, SANS RÉSIDU MACROSCOPIQUE

### RECOMMANDATIONS

#### ✓ **STANDARDS**

- Les patientes doivent bénéficier de 6 cycles de chimiothérapie intraveineuse à base de sels de platine.
- Une recherche de tumeur digestive doit être réalisée en cas de tumeurs mucineuses bilatérales.

#### ✓ **OPTION**

- Les patientes peuvent être incluses dans un essai d'évaluation thérapeutique.

# ARGUMENTAIRE

TRAITEMENTS ADJUVANTS, STADES IIB ET IIC, SANS RÉSIDU MACROSCOPIQUE

## 1. RÉSULTAT DE LA SÉLECTION BIBLIOGRAPHIQUE

La stratégie de recherche et le processus de sélection bibliographique sont présentés dans les annexes 2, 3 et 4. Aucune nouvelle référence n'a été sélectionnée.

## 2. SYNTHÈSE DES DONNÉES DE LA LITTÉRATURE

En l'absence de nouvelles données sélectionnées, aucune synthèse n'a été réalisée.

## 3. CONCLUSION ET DISCUSSION

Avant tout traitement adjuvant, les toxicités spécifiques de toutes les alternatives thérapeutiques disponibles doivent être expliquées aux patientes. De même, les différences de toxicité entre les différents traitements adjuvants doivent également être expliquées aux patientes. Si la décision d'effectuer une radiothérapie est prise, il est recommandé de réaliser exclusivement une radiothérapie abdominopelvienne et non une radiothérapie pelvienne seule. Cependant, cette technique s'accompagne d'une toxicité plus importante et n'apporte pas de bénéfice supérieur par rapport à celui de la chimiothérapie. Par conséquent, elle n'est plus proposée par la majorité des équipes soignantes. Le groupe de travail a donc opté pour ne pas la retenir comme Option.

Le groupe de travail confirme également la position prise en 2003 sur la radiothérapie isotopique : la radiothérapie isotopique n'est pas recommandée.

Pour les traitements pas chimiothérapie intraveineuse, le groupe de travail préconise la réalisation de 6 cycles, en regard des pratiques actuelles et en l'absence de nouvelles données probantes sur ce sujet.

Pour les tumeurs mucineuses bilatérales, le groupe de travail recommande de réaliser une recherche de tumeur digestive.

# TRAITEMENTS ADJUVANTS STADES III ET IV, SANS RÉSIDU MACROSCOPIQUE

## RECOMMANDATIONS

### ✓ STANDARDS

- Les patientes doivent bénéficier d'une chimiothérapie intraveineuse associant carboplatine et paclitaxel pour un minimum de 6 cycles.
- Une recherche de tumeur digestive doit être réalisée en cas de tumeurs mucineuses bilatérales.

### ✓ OPTIONS

- Une chimiothérapie intrapéritonéale à base de sels de platine, réalisée par une équipe ayant l'expérience de cette modalité thérapeutique, peut être proposée chez des patientes clairement informées sur les avantages en survie et sur les inconvénients (effets secondaires, difficultés d'applications) de la chimiothérapie intrapéritonéale. En l'absence d'expérience de l'équipe soignante en chimiothérapie intrapéritonéale, la voie intraveineuse est préconisée.
- Lorsque l'état physiologique de la patiente ne permet pas l'administration d'une chimiothérapie intraveineuse associant carboplatine et paclitaxel, il peut être proposé une monochimiothérapie intraveineuse par carboplatine.
- Les patientes peuvent être incluses dans un essai d'évaluation thérapeutique.

# ARGUMENTAIRE

TRAITEMENTS ADJUVANTS, STADES III ET IV, SANS RÉSIDU MACROSCOPIQUE

## 1. RÉSULTAT DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La stratégie de recherche et le processus de sélection bibliographique sont présentés dans les annexes 2, 3 et 4.

Sept nouvelles références sur la chimiothérapie intrapéritonéale ont été sélectionnées.

- 4 méta-analyses [ELIT2007] [KYRGIYOU2006] [JAABACK2006] [HESS2007] ;
- 3 essais randomisés de phase III [ARMSTRONG2006] [WALKER2006] [WENZEL2007].

Aucune nouvelle référence n'a été sélectionnée sur la chimiothérapie intraveineuse.

## 2. SYNTHÈSE DES DONNÉES DE LA LITTÉRATURE

Les nouvelles données identifiées depuis 2003 sont présentées dans l'annexe 1.

### 2.1. Méta-analyses

Dans une méta-analyse incluant 7 essais randomisés publiés entre 1994 et 2006, Elit *et al.* ont comparé la chimiothérapie intrapéritonéale et la chimiothérapie intraveineuse dans le traitement complémentaire post-chirurgical de patientes atteintes de cancers ovariens de stades avancés [ELIT2007]. Cinq essais étaient inclus dans la mise à jour de 2003 [GADDUCCI2000] [KIRMANI1994] [MARKMAN2001] [POLYZOS1999] [YEN2001]. À l'exception de l'essai mené par Kirmani *et al.* en 1994 [KIRMANI1994], tous les essais ont comparé des combinaisons de chimiothérapie incluant soit du cisplatine soit du carboplatine administrées par voie intraveineuse ou intrapéritonéale. Les auteurs ont rapporté un bénéfice statistiquement significatif en termes de survie sans progression à 5 ans en cas de chimiothérapie intrapéritonéale par rapport à une chimiothérapie intraveineuse ( $p = 0,02$ ). Il a également été rapporté un bénéfice significatif en termes de survie globale à 5 ans en faveur de la chimiothérapie intrapéritonéale ( $p = 0,02$ ). Néanmoins, la toxicité non hématologique de grade 3 ou 4 (gastro-intestinale, neurologique, métabolique, douleurs, rénale ou génito-urinaire) s'avère significativement plus élevée en cas de chimiothérapie intrapéritonéale [ARMSTRONG2006] [MARKMAN2001]. La toxicité hématologique de grades 3 ou 4 s'avère également significativement plus élevée en cas de chimiothérapie intrapéritonéale, notamment pour la thrombocytopénie [ARMSTRONG2006] [MARKMAN2001]. Pour les leucopénies les auteurs ont rapporté des résultats plus contradictoires. Un essai de grande envergure (plus de 200 patientes) a rapporté davantage de leucopénies en cas de chimiothérapie intrapéritonéale [ARMSTRONG2006] alors qu'un autre essai de grande envergure ainsi que 2 essais avec des effectifs plus faibles ont observé plus de leucopénies en cas de chimiothérapie intraveineuse [ALBERTS1996] [YEN2001] [POLYZOS1999].

Dans une méta-analyse incluant 6 essais randomisés publiés entre 1996 et 2006, Hess *et al.* ont également comparé la chimiothérapie intrapéritonéale et la chimiothérapie intraveineuse dans le traitement complémentaire post-chirurgical chez 1 716 patientes atteintes de cancers ovariens de stades avancés [HESS2007]. La totalité des essais inclus dans cette étude sont également inclus dans la méta-analyse menée par Elit *et al.* Les résultats de cette méta-

analyse sont cohérents avec les résultats de la méta-analyse d'Elit *et al.* en termes de survie sans progression et de survie globale. Les auteurs ont rapporté un bénéfice significatif en cas de chimiothérapie intrapéritonéale par rapport à une chimiothérapie intraveineuse (respectivement  $p = 0,001$  et  $p = 0,0007$ ). Concernant la toxicité induite par les traitements complémentaires, les auteurs n'ont pas rapporté de différence significative entre les deux modalités de traitements pour la toxicité hématologique (grade  $\geq 3$ ) (données *poolées* sur 4 ou 6 études). En revanche, la chimiothérapie intrapéritonéale a induit significativement plus de toxicités non hématologiques (grade  $\geq 3$ ) (toxicité gastro-intestinale, fièvre, ototoxicité) (données *poolées* sur 2 ou 4 études).

Kyrgiou *et al.* ont réalisé une méta-analyse ayant pour objectif d'évaluer l'impact de plusieurs traitements complémentaires sur la survie de patientes atteintes de cancers ovariens de stades avancés [KYRGIU2006]. Cette analyse a inclus 60 études publiées entre 1978 et 2006 pour un total de 15 609 patientes. Vingt-neuf des 60 études étaient inclus dans la mise à jour de 2003 et 6 essais sont également inclus dans la méta-analyse d'Elit *et al.* publiée en 2007 [ALBERTS1996] [ARMSTRONG2006] [GADDUCCI2000] [KIRMANI1994] [MARKMAN2001] [YEN2001]. Une diminution significative de 41 % du risque de décès a été rapportée par les auteurs en cas de polychimiothérapie intrapéritonéale (ip) incluant des sels de platine par rapport à une monochimiothérapie intraveineuse (iv) n'incluant ni sels de platine, ni taxanes (HR = 0,59 [IC95 : 0,45-0,79]). En cas de polychimiothérapie iv incluant des sels de platine, la diminution du risque de décès est de 31 % par rapport à une monochimiothérapie iv n'incluant ni sels de platine, ni taxanes (HR = 0,69 [IC95 : 0,60-0,80]). La différence entre les deux modes d'administration est conservée en cas de combinaison sels de platine + taxanes. La diminution du risque de décès est de 55 % en cas de polychimiothérapie ip par rapport à une monochimiothérapie iv n'incluant ni sels de platine, ni taxanes contre 43 % en cas de polychimiothérapie iv (respectivement HR = 0,45 [IC95 : 0,32-0,62], HR = 0,57 [IC95 : 0,47-0,70]) [KYRGIU2006]. Un bénéfice non significatif en termes de survie a été mis en évidence en cas de polychimiothérapie ip incluant des sels de platine par rapport à une polychimiothérapie iv incluant également des sels de platine (HR = 1,16 [IC95 : 0,90-1,50]). Néanmoins, cette différence entre les deux modes d'administration est significative en cas de combinaison sels de platine et taxanes (HR = 1,28 [IC95 : 1,07-1,53]).

Dans la méta-analyse de Jaaback *et al.* évaluant l'intérêt de la chimiothérapie ip dans le traitement complémentaire post-chirurgical des patientes atteintes de cancers ovariens de stades avancés, 8 essais randomisés publiés entre 1994 et 2002 ont été inclus pour un total de 1 819 patientes [JAABACK2006]. Six des 8 essais sont également inclus dans la méta-analyse d'Elit *et al.* et étaient inclus dans la mise à jour de 2003 [ARMSTRONG2002] [GADDUCCI2000] [KIRMANI1994] [MARKMAN2001] [POLYZOS1999] [YEN2001]. Les résultats de cette étude sont cohérents avec les résultats de la méta-analyse d'Elit *et al.* publiée en 2007. Des risques de décès et de récurrence significativement plus faibles ont été rapportés en cas de chimiothérapie IP par rapport à une chimiothérapie IV (respectivement  $p = 0,0002$  et  $p = 0,0004$ ). De plus, la toxicité non-hématologique de grades 3 ou 4 (fièvre, fatigue, toxicité gastro-intestinale, infection, métabolique, douleurs, perte d'audition) s'est également avérée significativement plus élevée en cas de chimiothérapie intrapéritonéale. Néanmoins, aucune différence statistiquement significative n'a été rapportée entre les deux modes d'administration pour la toxicité non hématologique de grades 3 ou 4.

L'éventualité d'un biais de publication n'est pas discutée par les auteurs des 4 méta-analyses [ELIT2007] [KYRGIU2006] [JAABACK2006] [HESS2007]. Le manque d'information sur les critères de sélection des patientes incluses dans les essais peut remettre en cause le regroupement des données de ces 4 études et les analyses de sensibilité permettant d'éprouver la stabilité des résultats ne sont pas présentées dans 2 des 4 études [ELIT2007]

[KYRGIYOU2006]. Les modalités de lecture critique ne sont pas présentées dans la méta-analyse menée par Elit *et al.* L'absence de test d'hétérogénéité ou d'association peut remettre en question le regroupement des données d'autant plus que les résultats des essais inclus ne sont pas homogènes. Parmi les 7 essais inclus, le calcul de la puissance de l'essai n'était pas décrit pour 2 essais [POLYZOS1999] [KIRMANI1994] et 2 essais ont été arrêtés prématurément [GADDUCCI2000] [KIRMANI1994]. L'évaluation de la qualité méthodologique des essais inclus dans la méta-analyse de Kyrgiou *et al.* n'est pas présentée [KYRGIYOU2006] et il y a une grande hétérogénéité des protocoles de chimiothérapies et aucun test d'hétérogénéité ou d'association n'est présenté. La méthode d'analyse statistique n'est pas présentée dans la méta-analyse menée par Jaaback *et al.* [JAABACK2006]. La fiabilité (absence de biais) et la pertinence clinique (applicabilité) des résultats obtenus sont donc discutables pour 3 des 4 méta-analyses [ELIT2007] [KYRGIYOU2006] [JAABACK2006].

## 2.2. Essais randomisés de phase III

L'essai randomisé conduit par Armstrong *et al.* [ARMSTRONG2006] est inclus dans les méta-analyses d'Elit *et al.* [ELIT2007], de Kyrgiou *et al.* [KYRGIYOU2006] et de Hess *et al.* [HESS2007]. Cet essai n'a donc pas fait l'objet ici d'une analyse détaillée. Les essais randomisés menés par Walker *et al.* [WALKER2006] et par Wenzel *et al.* [WENZEL2007] décrivent les résultats de l'essai de Armstrong *et al.* Par conséquent, ces 2 essais n'ont pas fait l'objet ici d'une analyse détaillée.

## 3. CONCLUSION ET DISCUSSION

Il y a un bénéfice significatif en termes de survie en cas de polychimiothérapie intrapéritonéale associant sels de platine et taxanes par rapport à une polychimiothérapie intraveineuse associant également sels de platine et taxanes (niveau de preuve A). Néanmoins, la toxicité s'avère plus élevée en cas de chimiothérapie intrapéritonéale (niveau de preuve B1).

Les résultats sur la chimiothérapie intrapéritonéale sont intéressants malgré une mise en place difficile et une toxicité plus élevée que la chimiothérapie intraveineuse. Dans tous les cas de figures, aucun cathéter ne doit être posé si un geste digestif est réalisé durant l'intervention. Au vu des difficultés pratiques et des toxicités engendrées, il apparaît très difficile de proposer une chimiothérapie intrapéritonéale en Standard actuellement. En l'absence de nouvelles études répondant aux critères de sélection définis dans le cadre de cette mise à jour, le groupe de travail ne recommande pas l'administration de plusieurs molécules par la voie intrapéritonéale.

Compte tenu de l'absence de nouvelles études répondant aux critères de sélection définis dans le cadre de cette mise à jour et ayant évalué la chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale, cette modalité thérapeutique ne doit être proposée que dans le cadre de protocoles d'évaluation. Il s'agit encore d'un axe de recherche.

En l'absence de nouvelles études répondant aux critères de sélection définis dans le cadre de cette mise à jour et évaluant l'impact du nombre de cycles de chimiothérapie intraveineuse sur la prise en charge des patientes, le groupe de travail préconise de réaliser au moins 6 cycles de chimiothérapie intraveineuse. Le traitement Standard est une chimiothérapie intraveineuse associant carboplatine et paclitaxel pour un minimum de 6 cycles. Les sels de platine sont les principales molécules dans le traitement des cancers de l'ovaire. Le carboplatine présente une toxicité extra-hématologique plus faible que le cisplatine tout en ayant une efficacité identique. De plus, le carboplatine permet un traitement en

ambulatoire. Par conséquent, le groupe de travail préconise de réaliser une monochimiothérapie intraveineuse par carboplatine lorsque l'état physiologique de la patiente ne permet pas l'administration du traitement Standard. Pour les tumeurs mucineuses bilatérales, le groupe de travail recommande de réaliser une recherche de tumeur digestive.

# TRAITEMENTS ADJUVANTS STADES IIB A IV AVEC RÉSIDU MACROSCOPIQUE

## RECOMMANDATIONS

### ✓ STANDARDS

- Les patientes doivent bénéficier de 6 cycles de chimiothérapie intraveineuse associant carboplatine et paclitaxel.
- La radiothérapie et la chimiothérapie intrapéritonéale ne doivent pas être proposées.
- Une recherche de tumeur digestive doit être réalisée en cas de tumeurs mucineuses bilatérales.

### ✓ OPTIONS

- La chimiothérapie intraveineuse associant carboplatine et paclitaxel peut être prolongée pour 3 cycles supplémentaires.
- Une monochimiothérapie par carboplatine peut être proposée en première ligne aux patientes en cas de comorbidité.
- Deux ou 3 cycles de chimiothérapie intraveineuse peuvent être proposés si la chirurgie initiale ne permet pas une réduction complète du volume tumoral sans risque chirurgical ou sans séquelles excessives. L'objectif est de réaliser une cytoréduction complète au cours d'une chirurgie d'intervalle<sup>7</sup>.
- La cytoréduction après 6 cycles ne peut être envisagée que si la cytoréduction complète après 2 ou 3 cycles n'est pas possible<sup>8</sup>.
- Les patientes peuvent être incluses dans un essai d'évaluation thérapeutique.

---

<sup>7</sup> Options issues des recommandations sur le traitement chirurgical du cancer de l'ovaire disponibles en version intégrale sur le site de l'INCa à l'adresse suivante : [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr).

<sup>8</sup> Idem

# ARGUMENTAIRE

TRAITEMENTS ADJUVANTS, STADES IIB À IV AVEC RÉSIDU MACROSCOPIQUE

## 1. RÉSULTAT DE LA SÉLECTION BIBLIOGRAPHIQUE

La stratégie de recherche et le processus de sélection bibliographique sont présentés dans les annexes 2, 3 et 4.

Quatorze nouvelles références sur la chimiothérapie intraveineuse ont été sélectionnées :

- 12 essais randomisés de phase III [ARAVANTINOS2005] [DUBOIS2006] [KRISTENSEN2003] [PFISTERER2006] [REED2006] [VASEY2004] [VASEY2006] [GREIMEL2006] [MOBUS2007] [SPRIGGS2007] [RAYCOQUARD2007] [NICOLETTO2007] ;
- 2 essais randomisés de phase II [CLAMP2006] [MINAGAWA2006].

## 2. SYNTHÈSE DES DONNÉES DE LA LITTÉRATURE

Les nouvelles données identifiées depuis 2003 sont présentées dans l'annexe 1.

### 2.1. Essais randomisés de phase III

Reed *et al.* ont comparé une monochimiothérapie à base de carboplatine (bras A, N = 102) et une monochimiothérapie incluant du tréosulfan (bras B, N = 102) dans le cadre de la prise en charge de 204 patientes atteintes de cancers ovariens de stades avancés et inaptes à recevoir une chimiothérapie à base de cisplatine à haute dose [REED2006]. L'essai a été arrêté prématurément en raison du bénéfice en termes de survie et du taux de réponse mis en évidence lors de l'analyse intermédiaire en faveur de la chimiothérapie à base de carboplatine. Les auteurs ont rapporté un taux de progression relatif statistiquement plus élevé en cas d'administration de tréosulfan ( $p < 0,001$ ) et un taux de décès relatif significativement plus faible en cas de chimiothérapie à base de carboplatine ( $p < 0,026$ ). Un taux de réponse global (réponse complète ou partielle) statistiquement plus élevé a été observé en cas d'administration de carboplatine ( $p = 0,008$ ). Néanmoins, l'administration de carboplatine s'est avérée plus toxique sur le plan hématologique avec davantage de cas de neutropénies et d'anémies de grades 3 ou 4 observés (respectivement  $p = 0,007$  et  $p < 0,001$ ). Deux essais randomisés ont évalué l'addition de l'épirubicine à un protocole de chimiothérapie combinant carboplatine et paclitaxel [DUBOIS2006] [KRISTENSEN2003]. Dans l'étude de Du Bois *et al.* menée sur 1 282 patientes, l'addition d'épirubicine n'a pas eu d'impact significatif sur le taux de réponse, la survie globale et sur la survie sans progression. De plus, le protocole de chimiothérapie incluant l'épirubicine s'est avéré significativement plus toxique pour les patientes. Un nombre plus important de cas de toxicités hématologiques de grades 3 ou 4 a été observé en cas d'administration d'épirubicine ( $p < 0,0001$ ). Les auteurs ont rapporté significativement plus de réductions de doses en cas d'addition d'épirubicine au protocole par rapport au protocole n'incluant que carboplatine et paclitaxel ( $p < 0,0001$ ). Le recours à l'utilisation d'antibiotiques et de G-CSF a été également significativement plus élevé en cas d'addition d'épirubicine au protocole de chimiothérapie ( $p < 0,0001$ ) [DUBOIS2006]. Dans l'analyse intermédiaire menée par Kristensen *et al.* sur 872 patientes, il a également été rapporté une toxicité plus élevée en cas d'addition d'épirubicine

[KRISTENSEN2003]. Davantage de cas de neutropénies fébriles ( $p < 0,0001$ ) et de toxicités non hématologiques (nausées, vomissements, mucite) ( $p < 0,01$ ) ont été rapportés. Les résultats en termes de réponse tumorale sont également concordants avec les résultats de l'étude de Du Bois *et al.* [DUBOIS2006]. Aucune différence significative n'a été observée entre les deux protocoles de chimiothérapie pour le taux de réponse global. Néanmoins, au cours de cette étude, les auteurs ont rapporté un taux de réponse complète plus élevé en cas d'addition d'épirubicine.

Dans une étude menée sur 1 077 patientes, Vasey *et al.* ont comparé l'impact sur la survie sans progression d'un protocole de chimiothérapie incluant carboplatine et paclitaxel par rapport à un protocole incluant carboplatine et docétaxel [VASEY2004]. Au cours de cette étude, aucune différence n'a été observée entre les deux protocoles pour la survie sans progression. Les auteurs n'ont pas rapporté de différence en termes de taux de réponse et de survie globale. Néanmoins, le protocole incluant docétaxel et carboplatine a induit significativement plus de neutropénies ( $p < 0,001$ ). En revanche, les auteurs ont rapporté davantage de cas de neurotoxicités (sensorielle et motrice) en cas d'administration de la combinaison paclitaxel + carboplatine ( $p < 0,001$ ).

Vasey *et al.* ont évalué le taux de réalisation complète du traitement prévu en cas d'addition de gemcitabine (1 semaine (bras B, N = 44) ou 3 semaines (bras C, N = 44)) à un protocole de chimiothérapie combinant carboplatine et docétaxel (bras A, N = 44) sur 132 patientes [VASEY2006]. Au cours de cette étude, aucun des protocoles de chimiothérapie évalués n'a permis d'obtenir un taux de réalisations complète du traitement prévu statistiquement supérieur à 60 % ((A),  $p = 0,102$  ; (B),  $p = 0,056$  ; (C),  $p = 0,982$ ). Les auteurs ont rapporté des durées de survie sans progression comparables (15,5 mois [IC95 : 10,5-20,6] (A), 18,1 mois [IC95 : 15,9-20,3] (B), 13,7 mois [IC95 : 12,8-14,6] (C)). L'addition de gemcitabine s'est accompagnée d'une augmentation du nombre de cas d'anémies, de thrombocytopénies et de dyspnées. Néanmoins, il a été observé davantage de cas de neutropénies en cas d'administration du protocole n'incluant pas de gemcitabine ( $p = 0,015$ ).

Pfisterer *et al.* ont évalué l'impact de l'administration de topotécan faisant suite à un protocole combinant carboplatine et paclitaxel sur la survie globale dans un essai randomisé incluant 1 308 patientes [PFISTERER2006]. Au cours de cette étude, l'addition du topotécan n'a pas eu d'impact significatif sur la survie globale des patientes. Aucun impact en termes de survie sans progression et de taux de réponse global n'a été rapporté. Le protocole incluant le topotécan est apparu significativement plus toxique avec davantage de cas de toxicités hématologiques de grade 3 ou 4 (anémie, thrombocytopénie, leucopénie, neutropénie) rapportés ( $p < 0,001$ ).

Dans une étude menée sur 247 patientes, Aravantinos *et al.* ont évalué l'impact sur la survie de la combinaison paclitaxel + alternance carboplatine/cisplatine par rapport à un protocole incluant paclitaxel et carboplatine [ARAVANTINOS2005]. Au cours de cette étude, l'alternance carboplatine/cisplatine n'a eu aucun impact sur la survie globale et la survie sans progression des patientes. Les deux protocoles de chimiothérapie se sont avérés équivalents en termes de taux de réponse et de toxicité hormis une augmentation des nausées et des vomissements en cas d'alternance des sels de platine ( $p = 0,02$ ).

Möbus *et al.* ont comparé l'impact d'une chimiothérapie séquentielle à haute dose à base de sels de platine (bras A : N = 78) par rapport à une chimiothérapie standard également à base de sels de platine (bras B : N = 71) sur la survie sans progression de 149 patientes [MOBUS2007]. Aucune différence significative n'a été rapportée par les auteurs en termes de survie sans progression entre les deux modalités thérapeutiques. La chimiothérapie séquentielle à haute dose n'a pas eu d'impact significatif sur la survie globale des patientes (critère de jugement secondaire).

Spriggs *et al.* ont évalué l'impact d'une administration prolongée de paclitaxel (96 heures) combinée avec du cisplatine (bras B, N = 140) par rapport à une chimiothérapie combinant cisplatine et paclitaxel (24 heures) (bras A, N = 140) sur la survie de 280 patientes [SPRIGGS2007]. Aucune différence significative en termes de survie globale (critère de jugement principal) et de survie sans progression (critère de jugement secondaire) n'a été rapportée par les auteurs entre les deux modalités thérapeutiques. Davantage de cas de granulocytopenies de grade 4 ont été observés en cas d'administration non prolongée de paclitaxel ( $p < 0,001$ ). En revanche, l'administration prolongée de paclitaxel a induit significativement plus d'anémies de grade 4 ( $p = 0,003$ ). Cependant, l'essai a été arrêté prématurément à l'issue de l'analyse intermédiaire en raison de l'obtention de résultats négatifs.

Dans une étude menée sur 164 patientes, Ray-Coquard *et al.* ont évalué l'impact d'une administration incluant cyclophosphamide à haute dose, épirubicine, cisplatine et filgratrim (bras B : N = 79) sur la survie globale par rapport à l'association cyclophosphamide (dose standard), épirubicine et cisplatine (bras A : N = 85) [RAYCOQUARD2007]. L'augmentation de la dose de cyclophosphamide administrée n'a pas eu d'impact significatif sur la survie globale à 2 ans. La durée de survie médiane s'est avérée équivalente entre les deux bras. Les auteurs n'ont pas rapporté d'impact significatif de l'augmentation de la dose de cyclophosphamide administrée sur la survie sans progression médiane (critère de jugement secondaire). Cependant, l'augmentation de la dose de cyclophosphamide administrée s'est accompagné de toxicités hématologiques de grades 3-4 (anémie, thrombocytopenie) et non hématologiques de grades 3-4 (infections) significativement plus élevées (respectivement,  $p = 0,003$ ,  $p = 0,002$  et  $p = 0,004$ ).

L'étude menée par Nicoletto *et al.* avait pour objectif de comparer la survie à long terme de patientes ayant reçu soit une chimiothérapie incluant adriamycine et cyclophosphamide (bras A : N = 81), soit une chimiothérapie associant cisplatine et cyclophosphamide (bras B = 80) [NICOLETTO2007]. Il n'a pas été mis en évidence de différence significative en termes de survie globale à 5 ans, 10 ans et 15 ans entre les deux modalités thérapeutiques. De même, aucune différence significative n'a également été rapportée en termes de survie sans récurrence à 5 ans, 10 ans et 15 ans.

L'étude publiée par Greimel *et al.* [GREIMEL2006] décrit des résultats d'une étude menée par Du Bois *et al.* [DUBOIS2003] analysée lors de la mise à jour de 2003. Cet essai n'a donc pas fait l'objet ici d'une analyse détaillée.

La fiabilité des résultats rapportés par les 11 études analysées peut être remise en cause [ARAVANTINOS2005] [DUBOIS2006] [KRISTENSEN2003] [PFISTERER2006] [REED2006] [VASEY2004] [VASEY2006] [MOBUS2007] [SPRIGGS2007] [RAYCOQUARD2007] [NICOLETTO2007]. L'imprévisibilité de la randomisation n'est pas vérifiable du fait d'une description insuffisante de la méthode de randomisation dans 9 des 11 essais [ARAVANTINOS2005] [DUBOIS2006] [PFISTERER2006] [VASEY2004] [VASEY2006] [MOBUS2007] [SPRIGGS2007] [RAYCOQUARD2007] [NICOLETTO2007]. De plus, les éléments concernant les arrêts de traitements, les déviations aux protocoles ainsi que les traitements concomitants ne sont pas suffisamment bien décrits pour les 11 essais analysés. La méthode d'analyse statistique n'est pas suffisamment bien décrite dans 3 essais [KRISTENSEN2003] [PFISTERER2006] [SPRIGGS2007] et l'effectif évalué s'est avéré inférieur à l'échantillon nécessaire décrit pour 4 études (204 vs 300 dans l'étude de Reed, 149 vs 208 dans l'étude de Mobus, 280 vs 324 dans l'étude de Spriggs et 164 vs 390 dans l'étude de Ray-Coquard). La taille de l'échantillon nécessaire n'est pas justifiée dans les études menées par du Bois *et al.* et par Nicoletto *et al.* [DUBOIS2006] [NICOLETTO2007]. La pertinence clinique des 11 études analysées apparaît également critiquable. L'importance de l'effet observé n'est pas cliniquement pertinente la balance bénéfique/risque n'apparaît pas acceptable dans 10 des 11 essais [ARAVANTINOS2005] [DUBOIS2006] [KRISTENSEN2003]

[PFISTERER2006] [REED2006] [VASEY2006] [MOBUS2007] [SPRIGGS2007] [RAYCOQUARD2007] [NICOLETTO2007]. Le critère de jugement n'est pas pertinent cliniquement et ne correspond pas à l'objectif thérapeutique du traitement pour 3 essais [ARAVANTINOS2005] [VASEY2004] [VASEY2006]. L'essai de Reed *et al.* a été arrêté prématurément lors de l'analyse intermédiaire en raison de résultats cliniques significatifs en faveur du carboplatine par rapport au tréosulfan [REED2006]. L'essai conduit par Spriggs *et al.* [SPRIGGS2007] a également été arrêté prématurément mais en raison de résultats négatifs. Dans les études de Möbus *et al.* et de Ray-Coquard *et al.*, les patientes incluses dans les essais n'étaient pas représentatives des patientes vues en pratique médicale courante (sélection des patientes en vue de l'administration d'une chimiothérapie à haute dose) induisant de ce fait un biais de sélection [MOBUS2007] [RAYCOQUARD2007]. L'effet n'a pas été déterminé par rapport à un traitement de référence validé (paclitaxel-carboplatine) dans les études de Ray-Coquard *et al.* et par Nicoletto *et al.*, [RAYCOQUARD2007] [NICOLETTO2007] et l'essai de Nicoletto *et al.* manque de puissance pour détecter une différence significative entre les deux options thérapeutiques [NICOLETTO2007].

## 2.2. Essais randomisés de phase II

Clamp *et al.* ont évalué le taux de réalisation complète du traitement prévu en cas d'addition de l'irinotécan à un protocole combinant carboplatine et docétaxel dans une étude incluant 100 patientes [CLAMP2006]. Au cours de cette étude de faisabilité, aucun des deux protocoles de chimiothérapie évalués n'a satisfait au critère de faisabilité d'un taux de réalisation complète du traitement prévu à 8 cycles statistiquement supérieur à 60 %. Les auteurs ont rapporté significativement moins de cas de neutropénies de grades 3 ou 4 en cas d'addition de l'irinotécan au protocole ( $p < 0,001$ ). En revanche, davantage de cas de toxicités gastro-intestinales (nausées, diarrhées) de grades 3 ou 4 ont été observés en cas d'administration du traitement incluant l'irinotécan ( $p < 0,001$ ).

Dans un essai incluant 50 patientes, Minagawa *et al.* ont évalué la faisabilité, en termes de toxicité, de la réalisation d'un traitement de première ligne combinant docétaxel et cisplatine (bras A, N = 23) [MINAGAWA2006]. Ce protocole a été comparé à un protocole associant docétaxel et carboplatine (bras B, N = 27). Au cours de cette étude, les traitements ont pu être menés à terme dans 91 % (A) et 89 % (B) des cas. Aucun cas d'arrêt de traitement ou de décès n'a été induit par la toxicité des traitements administrés. Au cours de cette étude, les toxicités associées aux deux protocoles de chimiothérapie se sont avérées globalement comparables. Néanmoins, les auteurs ont rapporté davantage de cas de neutropénies de grade 4 et de diarrhées (grades 1-3) en cas d'administration du traitement associant docétaxel et carboplatine (respectivement,  $p = 0,013$  et  $p = 0,020$ ).

La qualité méthodologique de ces 2 études sont également critiquables car la fiabilité des résultats obtenus peut être remise en cause [CLAMP2006] [MINAGAWA2006]. L'imprévisibilité de la randomisation n'est pas vérifiable du fait d'une description insuffisante de la méthode de randomisation dans les 2 essais. De plus, les éléments concernant les arrêts de traitements, les déviations aux protocoles ainsi que les traitements concomitants au sein des 2 études ne sont pas suffisamment bien décrits. Dans l'étude menée par Minagawa *et al.*, la méthode d'analyse statistique n'est pas suffisamment bien décrite et la taille de l'échantillon nécessaire n'est pas justifiée et les analyses ont été réalisées sur un effectif très restreint (50 patientes) [MINAGAWA2006]. L'importance de l'effet n'apparaît pas cliniquement pertinente et la balance bénéfice/risque n'apparaît pas acceptable pour ces 2 études. Le critère de jugement n'apparaît pas pertinent cliniquement et ne correspond pas à l'objectif thérapeutique du traitement pour les 2 essais.

### 3. CONCLUSION ET DISCUSSION

L'addition de l'épirubicine à l'association carboplatine/paclitaxel n'apporte aucun bénéfice en termes de survie globale (niveau de preuve B2). Il n'y a pas de différence entre le paclitaxel et le docétaxel en termes de survie sans progression en cas d'association avec le carboplatine (niveau de preuve B1). L'addition du topotécan à l'association carboplatine/paclitaxel n'apporte aucun bénéfice en termes de survie globale (niveau de preuve B1). L'alternance carboplatine/cisplatine n'a pas d'impact sur la survie des patientes en cas d'association avec le paclitaxel par rapport à une association paclitaxel/carboplatine (niveau de preuve B1).

En l'absence de nouvelles études répondant aux critères de sélection définis dans le cadre de cette mise à jour et permettant de montrer un réel bénéfice en cas d'administration de plus de 6 cycles de chimiothérapie, il apparaît difficile de recommander une chimiothérapie intraveineuse associant carboplatine et paclitaxel pour plus de 6 cycles en Standard. Néanmoins, en regard des pratiques actuelles, il peut être proposé en Option aux patientes de prolonger la chimiothérapie intraveineuse pour 3 cycles supplémentaires après les 6 cycles recommandés en Standard.

Aucune étude permettant d'évaluer, en termes de bénéfice (survie, toxicité, réponse, etc.), une chimiothérapie intrapéritonéale par rapport à une chimiothérapie intraveineuse chez des patientes présentant des résidus macroscopiques n'est disponible. Les seules études disponibles actuellement ont été menées chez des patientes présentant des résidus microscopiques. Par conséquent, le groupe de travail recommande de ne pas proposer la chimiothérapie intrapéritonéale chez des patientes présentant des résidus macroscopiques.

Une étude comparant un protocole de chimiothérapie incluant carboplatine et paclitaxel et un protocole associant carboplatine et docétaxel a rapporté des résultats similaires en termes de survie mais des profils de toxicité différents (des neurotoxicités plus importantes en cas d'administration de l'association carboplatine/paclitaxel mais une toxicité hématologique (neutropénie) plus faible avec ce protocole) [VASEY2004]. Par conséquent, le groupe de travail propose l'administration de l'association carboplatine/docétaxel en intraveineux aux patientes en cas de risque particulier de neuropathie lorsqu'il y a une contre-indication au paclitaxel, avec argumentation dans le dossier de la patiente et discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire.

Le traitement Standard est constitué de 6 cycles de chimiothérapie intraveineuse associant carboplatine et paclitaxel. Les sels de platine sont les principales molécules dans le traitement des cancers de l'ovaire. Le carboplatine présente une toxicité plus faible que le cisplatine tout en ayant une efficacité identique. De plus, le carboplatine permet un traitement en ambulatoire. Par conséquent, le groupe de travail préconise de réaliser une monochimiothérapie intraveineuse par carboplatine en cas de comorbidité.

Le groupe de travail recommande de ne pas proposer une radiothérapie chez des patientes présentant des résidus macroscopiques.

Pour les tumeurs mucineuses bilatérales, le groupe de travail recommande de réaliser une recherche de tumeur digestive.

# TRAITEMENTS DE CONSOLIDATION EN CAS DE RÉMISSION COMPLÈTE<sup>9</sup> STADES IIB À IV À LA FIN DU TRAITEMENT ADJUVANT

## RECOMMANDATIONS

### ✓ **STANDARD**

Une surveillance clinique et biologique (en cas d'augmentation initiale des marqueurs) doit être proposée.

### ✓ **OPTIONS**

- Poursuite de la chimiothérapie intraveineuse de première ligne.
- La chimiothérapie par voie intrapéritonéale n'est pas recommandée en dehors de protocoles d'évaluation.
- Inclusion des patientes dans un essai d'évaluation thérapeutique.

---

<sup>9</sup> Rémission clinique, biologique et radiologique

# ARGUMENTAIRE

TRAITEMENTS DE CONSOLIDATION, EN CAS DE RÉMISSION COMPLÈTE<sup>10</sup>  
STADES IIB À IV À LA FIN DU TRAITEMENT ADJUVANT

## 1. RÉSULTAT DE LA SÉLECTION BIBLIOGRAPHIQUE

La stratégie de recherche et le processus de sélection bibliographique sont présentés dans les annexes 2, 3 et 4.

Neuf nouvelles références ont été sélectionnées :

- 3 essais randomisés de phase III [SORBE2003] [HIRTE2006] [DE2004] et 1 essai randomisé de phase II [BOLIS2006] sur la chimiothérapie intraveineuse ;
- 1 essai randomisé de phase III [PICCART2003] sur la chimiothérapie intrapéritonéale ;
- 3 essais randomisés de phase III [ALBERTS2006] [HALL2004] [BEREK2004] sur l'immunothérapie ;
- 1 essai randomisé de phase III [VERHEIJEN2006] sur la radiothérapie métabolique.

## 2. SYNTHÈSE DES DONNÉES DE LA LITTÉRATURE

Les nouvelles données identifiées depuis 2003 sont présentées dans l'annexe 1.

### 2.1. Chimiothérapie intraveineuse

#### Essais randomisés de phase III

Sorbe *et al.* ont évalué l'impact de plusieurs traitements de consolidation sur la survie sans progression de 172 patientes ayant eu une cytoréduction suivie d'une chimiothérapie associant sels de platine et anthracycline [SORBE2003]. En cas de chirurgie complète et d'une rémission pathologique complète, la survie sans progression à 5 ans des patientes s'est avérée significativement plus élevée en cas de radiothérapie par rapport à une chimiothérapie (cisplatine + doxorubicine ou épirubicine) ou à une absence de traitement ( $p = 0,034$ ). Le traitement de consolidation par radiothérapie est apparu comme un facteur pronostique indépendant statistiquement significatif sur la survie sans progression à 5 ans en cas de rémission pathologique complète ( $p = 0,05$ ). En revanche, en cas de résidu microscopique, aucune différence significative en termes de survie sans progression à 5 ans n'a été rapportée par les auteurs entre les différents traitements de consolidation évalués. Lors de cette même étude, aucune différence en termes de survie globale (critère de jugement secondaire) n'a été rapportée par les auteurs entre les différents traitements, que les patientes soient en rémission pathologique complète ou non.

Hirte *et al.* ont réalisé une étude sur 243 patientes, ayant eu une cytoréduction suivie d'un traitement par chimiothérapie associant sels de platine et taxane, dont l'objectif était d'évaluer l'impact sur la survie sans progression d'un traitement par tanomastat (N = 122) (inhibiteur de métalloprotéases) par rapport à l'administration d'un placebo (N = 121) [HIRTE2006]. Lors de cet essai, aucune différence significative en termes de survie sans

---

<sup>10</sup> Rémission clinique, biologique et radiologique

progression n'a été observée entre les deux options thérapeutiques. De même, le traitement par tanomastat s'est avéré comparable au placebo en termes de survie globale (critère de jugement secondaire). Cependant, cet essai a été prématurément arrêté en raison de résultats négatifs d'autres essais évaluant cette molécule dans le traitement de cancers du pancréas et du poumon à petites cellules.

Dans un essai randomisé incluant 273 patientes ayant subi une cytoréduction suivie d'une chimiothérapie associant carboplatine et paclitaxel (réponse complète : N = 238 ou partielle : N = 5), De Placido *et al.* ont évalué l'impact de l'administration de topotécan en traitement de consolidation sur la survie sans progression par rapport à une surveillance [DE2004]. Au cours de cette étude, l'administration du topotécan n'a pas eu d'impact sur la survie sans progression. Aucune différence n'a été rapportée entre les deux groupes en termes de survie globale (critère de jugement secondaire).

L'imprévisibilité de la randomisation n'est pas vérifiable du fait d'une description insuffisante de la méthode de randomisation dans ces 3 études. De plus, les éléments concernant les arrêts de traitements, les déviations aux protocoles ainsi que les traitements concomitants ne sont pas suffisamment bien décrits pour toutes les études analysées. La taille de l'échantillon nécessaire n'est pas justifiée dans l'essai de Sorbe *et al.* [SORBE2003]. L'importance de l'effet n'apparaît pas cliniquement pertinente et la balance bénéfique/risque ne semble pas acceptable pour les 3 essais analysés. L'essai mené par Hirte *et al.* [HIRTE2006] a été arrêté prématurément en raison de résultats négatifs d'autres essais évaluant cette molécule dans le traitement de cancers du pancréas et du poumon à petites cellules.

### Essais randomisés de phase II

Dans un essai randomisé multicentrique de phase II incluant 138 patientes ayant subi une cytoréduction suivie d'une chimiothérapie à base de sels de platine (réponse pathologique complète), Bolis *et al.* ont évalué l'impact de l'administration d'épirubicine en traitement de consolidation sur la survie par rapport à une surveillance [BOLIS2006]. Au cours de cette étude, l'administration d'épirubicine n'a pas eu d'impact sur la survie globale à 3 ans. Cependant, cet essai a été arrêté au bout de 5 ans en raison d'un taux de recrutement de patientes trop faible.

La qualité méthodologique de l'étude menée par Bolis *et al.* est critiquable car la fiabilité des résultats obtenus peut être remise en cause malgré l'imprévisibilité de la randomisation [BOLIS2006]. L'effectif évalué s'est avéré inférieur à l'échantillon nécessaire décrit dans l'essai (respectivement, N = 138 vs N = 160). De plus, les éléments concernant les arrêts de traitements, les déviations aux protocoles ainsi que les traitements concomitants ne sont pas suffisamment bien décrits dans l'essai. La pertinence clinique apparaît également critiquable car l'importance de l'effet n'apparaît pas cliniquement pertinente et la balance bénéfique/risque n'apparaît pas acceptable. Cet essai a été arrêté prématurément au bout de 5 ans en raison d'un taux de recrutement trop faible.

## 2.2. Chimiothérapie intrapéritonéale

Piccart *et al.* ont évalué l'impact d'une chimiothérapie intrapéritonéale à base de cisplatine sur la survie globale de 153 patientes en rémission pathologique complète après un traitement par chimiothérapie intraveineuse à base de sels de platine [PICCART2003]. Lors de cette étude, la chimiothérapie intrapéritonéale était comparée à une absence de traitement (observation). Les auteurs ont rapporté une absence d'impact significatif de la chimiothérapie intrapéritonéale sur la survie globale et sur la survie sans progression (critère de jugement secondaire) des patientes. Néanmoins, cet essai a été prématurément arrêté en raison d'un taux de recrutement de patientes trop faible et d'un changement de composition du traitement standard de chimiothérapie de première ligne au cours de l'essai. L'association paclitaxel/cisplatine a progressivement remplacé l'association cyclophosphamide/cisplatine entre le début et la clôture prématurée de l'étude (1988-1997).

La qualité méthodologique de cet essai est critiquable car la fiabilité des résultats obtenus peut être remise en cause. L'imprévisibilité de la randomisation n'est pas vérifiable du fait d'une description insuffisante de la méthode de randomisation. De plus, les éléments concernant les arrêts de traitements, les déviations aux protocoles ainsi que les traitements concomitants ne sont pas suffisamment bien décrits. La taille de l'échantillon nécessaire n'est pas justifiée et la méthode d'analyse statistique n'est pas suffisamment bien décrite. L'importance de l'effet n'apparaît pas cliniquement pertinente et la balance bénéfice/risque n'apparaît pas acceptable. Cet essai a été arrêté prématurément en raison d'un taux de recrutement trop faible et d'un changement de composition du traitement standard de chimiothérapie de première ligne durant l'essai.

## 2.3. Immunothérapie

Alberts *et al.* ont comparé l'impact de l'administration de l'interféron *alpha* (INF- $\alpha$ ) (bras A, N = 35) en intrapéritonéal sur la survie par rapport à une absence de traitement (bras B, N = 35) chez 70 patientes en rémission pathologique complète [ALBERTS2006]. Les auteurs ont rapporté une absence d'effet de l'administration de l'INF- $\alpha$  sur la survie sans progression des patientes par rapport à une absence de traitement ( $p = 0,56$ ). Néanmoins, il a été rapporté davantage de décès après récurrence en cas d'absence de traitement (43 % (A) vs 100 % (B)). Cependant, cet essai a été prématurément arrêté en raison d'un taux de recrutement de patientes trop faible. Le nombre de patientes nécessaire avait été évalué initialement à 165, or seulement 74 patientes ont été recrutées, dont 4 n'ont pas été retenues, durant une période de 11 ans (1988-1999).

Hall *et al.* ont également évalué l'impact d'un traitement de consolidation par INF- $\alpha$  (administration sous-cutanée) par rapport à une absence de traitement sur la survie de 298 patientes en rémission clinique complète après cytoréduction et chimiothérapie adjuvante [HALL2004]. Lors de cette étude, l'administration de l'INF- $\alpha$  n'a eu aucun impact significatif sur la survie globale des patientes par rapport à une surveillance. Les auteurs ont rapporté davantage de cas de syndromes pseudo-grippaux et de fatigue en cas de traitement par INF- $\alpha$  ( $p < 0,001$ ).

Dans une étude incluant 145 patientes en rémission clinique complète après cytoréduction et chimiothérapie adjuvante à base de sels de platine, Berek *et al.* ont évalué l'impact d'un traitement de consolidation par oregovomab (bras A, N = 73) (anticorps monoclonal anti CA 125) par rapport à un placebo (bras B, N = 72) sur le temps jusqu'à rechute [BEREK2004]. Lors de cette étude, l'administration d'oregovomab n'a eu aucun impact significatif sur le

temps jusqu'à rechute par rapport au placebo. Cependant, l'essai a été arrêté prématurément pour des raisons administratives avant que l'effectif nécessaire n'ait été atteint (N = 192).

La qualité méthodologique de 2 des 3 études analysées est critiquable car la fiabilité des résultats obtenus peut être remise en cause [ALBERTS2006] [BEREK2004]. L'imprévisibilité de la randomisation n'est pas vérifiable du fait d'une description insuffisante de la méthode de randomisation. De plus, les éléments concernant les arrêts de traitements, les déviations aux protocoles ainsi que les traitements concomitants ne sont pas suffisamment bien décrits pour les 3 études analysées [ALBERTS2006] [HALL2004] [BEREK2004]. L'effectif évalué s'est avéré inférieur à l'échantillon nécessaire décrit dans l'essai pour 2 études [BEREK2004] (145 vs 192 dans l'étude de Berek et 298 vs 300 dans l'étude de Hall). La méthode d'analyse statistique n'est pas suffisamment bien décrite dans l'essai mené par Alberts *et al.* [ALBERTS2006]. L'importance de l'effet n'est pas cliniquement pertinente et la balance bénéfique/risque n'apparaît pas acceptable pour les 3 essais analysés. Deux de 3 essais ont été arrêtés prématurément pour les raisons suivantes en raison d'un taux de recrutement trop faible [ALBERTS2006] ou pour des raisons administratives [BEREK2004].

## 2.4. Radiothérapie métabolique

Dans un essai randomisé incluant 447 patientes en rémission clinique complète après une cytoréduction suivie d'un traitement par chimiothérapie à base de sels de platine, Verheijen *et al.* ont évalué l'impact de l'addition de l'anticorps monoclonal <sup>90</sup>Y-muHMFG1 (anticorps anti MUC 1 radioactif) à un traitement standard (chimiothérapie) sur la survie globale des patientes [VERHEIJEN2006]. Les auteurs n'ont pas rapporté de différence significative en termes de survie globale entre les deux groupes. Aucune différence en termes de rechute n'a été rapportée lors de cet essai (critère de jugement secondaire).

L'imprévisibilité de la randomisation n'est pas vérifiable du fait d'une description insuffisante de la méthode de randomisation. De plus, les éléments concernant les arrêts de traitements, les déviations aux protocoles ainsi que les traitements concomitants ne sont pas suffisamment bien décrits. L'importance de l'effet n'apparaît pas cliniquement pertinente et la balance bénéfique/risque n'apparaît pas acceptable.

## 3. CONCLUSION ET DISCUSSION

En cas de rémission pathologique complète, il existe un bénéfice en termes de survie sans progression à 5 ans en faveur de la radiothérapie abdominale par rapport à une chimiothérapie intraveineuse associant cisplatine et doxorubicine ou épirubicine ou à une surveillance (niveau de preuve C). En cas de résidu microscopique, il n'y a pas de différence en termes de survie sans progression et de survie globale entre la chimiothérapie intraveineuse, la radiothérapie abdominale ou une surveillance (niveau de preuve C).

L'administration de topotécan n'a pas d'impact sur la survie sans progression (niveau de preuve B1). Les résultats ne permettent pas de définir clairement la place de la chimiothérapie intrapéritonéale (IP) dans les traitements *dits* de consolidation en cas de rémission pathologique complète. Les résultats ne permettent pas de définir clairement la place de l'administration de l'interféron *alpha* en intrapéritonéal dans les traitements *dits* de consolidation en cas de rémission pathologique complète. L'addition de l'anticorps monoclonal <sup>90</sup>Y-muHMFG1 n'augmente pas la survie globale (niveau de preuve B1).

L'absence de différences significatives en termes de survie sans progression et de survie globale (critère de jugement secondaire) entre une chimiothérapie et une radiothérapie en cas de résidu microscopique est issue d'une seule étude incluant peu de patientes dans chaque groupe [SORBE2003]. De plus, ces résultats doivent être mis en balance avec des profils de toxicité différents entre les différents traitements administrés. En l'absence de nouvelles études répondant aux critères de sélection définis dans le cadre de cette mise à jour et permettant d'obtenir un consensus, le groupe de travail a opté pour ne pas standardiser les modalités de la surveillance. En cas de rémission complète clinique, biologique et radiologique, le groupe de travail recommande de ne pas proposer la radiothérapie en raison de la survenue d'effets secondaires importants.

# TRAITEMENTS DE CONSOLIDATION EN L'ABSENCE DE RÉMISSION COMPLÈTE<sup>11</sup> STADES IIB À IV À LA FIN DU TRAITEMENT ADJUVANT

## RECOMMANDATIONS

### ✓ STANDARD

Il n'y a pas d'attitude Standard (se reporter aux Options).

### ✓ OPTIONS

- Poursuite de la chimiothérapie intraveineuse de première ligne.
- Deux ou 3 cycles de chimiothérapie intraveineuse peuvent être proposés si la chirurgie initiale ne permet pas une réduction complète du volume tumoral sans risque chirurgical ou sans séquelles excessives. L'objectif est de réaliser une cytoréduction complète au cours d'une chirurgie d'intervalle\*.
- La cytoréduction après 6 cycles ne peut être envisagée que si la cytoréduction complète après 2 ou 3 cycles n'est pas possible\*.
- Chimiothérapie intrapéritonéale (standard ou hyperthermique) peut être proposée dans le cadre de protocoles d'évaluation.
- Pause thérapeutique.
- Inclusion des patientes dans un essai d'évaluation thérapeutique.

---

<sup>11</sup> Rémission clinique, biologique et radiologique

# ARGUMENTAIRE

TRAITEMENTS DE CONSOLIDATION, EN L'ABSENCE DE RÉMISSION COMPLÈTE<sup>12</sup>  
STADES IIB À IV À LA FIN DU TRAITEMENT ADJUVANT

## 1. RÉSULTAT DE LA SÉLECTION BIBLIOGRAPHIQUE

La stratégie de recherche et le processus de sélection bibliographique sont présentés dans les annexes 2, 3 et 4. Aucune nouvelle référence n'a été sélectionnée.

## 2. SYNTHÈSE DES DONNÉES DE LA LITTÉRATURE

En l'absence de nouvelles données sélectionnées, aucune synthèse n'a été réalisée.

## 3. CONCLUSION ET DISCUSSION

En l'absence de nouvelles études répondant aux critères de sélection définis dans le cadre de cette mise à jour et permettant de conclure sur la place des traitements *dits* de consolidation pour les stades IIB à IV en l'absence de rémission complète clinique, biologique et radiologique, le groupe de travail ne propose pas d'indication en Standard. Néanmoins, le groupe de travail préconise d'inclure les patientes dans un essai d'évaluation thérapeutique.

Dans le cas d'une chirurgie initiale incomplète et d'une chirurgie intermédiaire non réalisée, il peut être envisagé, en cas de bonne réponse après 6 cycles de chimiothérapie, une chirurgie si une résection complète est jugée possible au vu du bilan.

En l'absence de rémission complète clinique, biologique et radiologique, le groupe de travail recommande de ne pas proposer la radiothérapie en raison de la survenue d'effets secondaires importants.

---

<sup>12</sup> Rémission clinique, biologique et radiologique

## CLASSIFICATION

Issue de *Union Internationale Contre le Cancer (UICC) - TNM : Classification des tumeurs malignes* - 6ème édition - Ed CASSINI - 2003

STADES FIGO	DESCRIPTION	CATÉGORIES TNM
<b>Stades I</b>	<b>Tumeur limitée aux ovaires</b>	<b>T1</b>
IA	Tumeur limitée à un seul ovaire ; capsule intacte, sans tumeur à la surface de l'ovaire ; pas de cellules malignes dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal	T1a
IB	Tumeur limitée aux deux ovaires ; capsules intactes, sans tumeur à la surface de l'ovaire ; pas de cellules malignes dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal	T1b
IC	Tumeur limitée à un ou aux 2 ovaires ; avec soit rupture capsulaire, soit tumeur à la surface des ovaires, soit cellules malignes présentes dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal	T1c
<b>Stades II</b>	<b>Tumeur intéressant un ou les deux ovaires, avec extension pelvienne</b>	<b>T2</b>
IIA	Extension et/ou greffes utérines et/ou tubaires ; pas de cellules malignes dans le liquide d'ascite ou le liquide de lavage péritonéal	T2a
IIB	Extension à d'autres organes pelviens ; pas de cellules malignes dans le liquide d'ascite ou le liquide de lavage péritonéal	T2b
IIC	Extension pelvienne (2a ou 2b) avec cellules malignes présentes dans le liquide d'ascite ou le liquide de lavage péritonéal	T2c
<b>Stades III</b>	<b>Tumeur intéressant un ou les deux ovaires, avec extension péritonéale macroscopiquement confirmée en dehors du petit bassin et/ou existence d'une atteinte ganglionnaire régionale</b>	<b>T3 et/ou N1</b>
IIIA	Métastases péritonéales microscopiques en dehors du petit bassin	T3a
IIIB	Métastases péritonéales macroscopiques en dehors du petit bassin ≤ 2 cm dans leur plus grand diamètre	T3b
IIIC	Métastases péritonéales extrapelviennes > 2 cm dans leur plus grand diamètre et/ou atteinte ganglionnaire régionale	T3c et/ou N1
<b>Stades IV</b>	<b>Métastases à distance (à l'exclusion des métastases péritonéales)</b>	<b>M1</b>

## GROUPE DE TRAVAIL

### Comité rédacteur

**Catherine Lhommé**, oncologue médical, Institut Gustave Roussy, Villejuif (coordinatrice)

**Florence Joly**, oncologue médical, Centre François Baclesse, Caen

**Eric Leblanc**, chirurgien, Centre Oscar Lambret, Lille

**François Planchamp**, méthodologiste, Institut National du cancer

### Comité associé

**Nicolas Albin**, oncologue médical, Clinique Mathilde, Rouen

**Carol Alliot**, oncologue médical, Centre hospitalier intercommunal, Annemasse

**Gérard Auclerc**, oncologue médical, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris

**Loïc Chaigneau**, oncologue médical, Centre hospitalier Jean Minjoz, Besançon

**Rémy Delva**, oncologue médical, Centre Paul Papin, Angers

**Nadine Dohollou**, oncologue radiothérapeute, Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine, Bordeaux

**François Goldwasser**, oncologue médical, Hôpital Cochin, Paris

**Cécile Guillemet**, oncologue médical, Centre Henri Becquerel, Rouen

**Jean-Louis Misset**, oncologue médical, Hôpital Saint-Louis, Paris

**Isabelle Ray-Coquard**, oncologue médical, Centre Léon Bérard, Lyon

**Hassan Rhliouch**, radiothérapeute, Centre d'oncologie et de radiothérapie médicale, Arras

**Emmanuel Touboul**, oncologue radiothérapeute, Hôpital Tenon, Paris

**Christophe Tournigand**, oncologue médical, Hôpital Saint-Antoine, Paris

### Coordination

**Lise Bosquet**, responsable des méthodologistes et des documentalistes, département des recommandations

**Valérie Mazeau Woynar**, responsable du département des recommandations, Institut national du cancer.

Les membres du groupe de travail ont effectué une déclaration afin d'identifier les conflits d'intérêts potentiels. Aucun membre du groupe de travail n'a déclaré d'intérêt majeur (définition des intérêts disponible dans le document « grille de dépistage des conflits d'intérêts » de l'Institut national du cancer, [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)).

## GROUPE DE RELECTURE

Victor Acharian, chirurgien, Polyclinique de Navarre, Pau  
Francine Achatz-Hestin, gynécologue, Centre hospitalier, Mulhouse  
Pierre Azuar, chirurgien, Centre hospitalier, Grasse  
Marc Baron, chirurgien, Centre Henri Becquerel, Rouen  
Jean-Pierre Basuyau, biologiste, Centre Henri Becquerel, Rouen  
Mohamed Ben Hassel, radiothérapeute, Centre Eugène Marquis, Rennes  
Cécile Blanc-Fournier, pathologiste, Centre François Baclesse, Caen  
Jean-Yves Blay, oncologue médical, Hôpital Edouard Herriot, Lyon  
Damienne Castaigne, chirurgien, Institut Gustave Roussy, Villejuif  
Claire Charra-Brunaud, radiothérapeute, Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy  
Orlane Clouet, oncologue médical, Centre hospitalier intercommunal, Poissy/Saint-Germain-en-Laye  
Pierre Collinet, chirurgien, Hôpital Jeanne de Flandre, Lille  
Paul Cottu, oncologue médical, Institut Curie, Paris  
Hubert Crouet, chirurgien, Centre François Baclesse, Caen  
Emile Daraï, chirurgien, Hôpital Tenon, Paris  
Jacques Dauplat, chirurgien, Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand  
Gaëtan De Rauglaude, radiothérapeute, Clinique Sainte-Catherine, Avignon  
Philippe Debourdeau, oncologue médical, Hôpital d'Instruction des Armées Desgenettes, Lyon  
Jean-Bernard Dubois, radiothérapeute, Centre Val d'Aurelle Paul Lamarque, Montpellier  
Raffaëlle Fauvet, chirurgien, Centre hospitalier universitaire, Amiens  
Jérôme Fayette, oncologue médical, Centre Léon Bérard, Lyon  
Gwenael Ferron, chirurgien, Institut Claudius Regaud, Toulouse  
Alain Fignon, chirurgien, Clinique de l'Alliance, Saint-Cyr-sur-Loire  
Anne Floquet, oncologue médical, Institut Bergonié, Bordeaux  
Eric Fondrinier, chirurgien, Centre Paul Papin, Angers  
Fabrice Foucher, gynécologue, Centre Eugène Marquis, Rennes  
Xavier Froger, interniste, Centre hospitalier général, Chambéry  
Gérard Ganem, oncologue radiothérapeute, Clinique Victor Hugo, Le Mans  
Dominique Genet, oncologue médical, Clinique Chenieux, Limoges  
Laurence Gladieff, oncologue médical, Institut Claudius Regaud, Toulouse  
Jean-Paul Guastalla, oncologue médical, Centre Léon Bérard, Lyon  
Claude Hopfner, pathologiste, Centre hospitalier, Troyes  
Anne Janin, pathologiste, Hôpital Saint-Louis, Paris  
Pierre Kerbrat, oncologue médical, Centre Eugène Marquis, Rennes  
Jean-Léon Lagrange, radiothérapeute, Hôpital Henri Mondor, Créteil  
Brigitte Laguerre, oncologue médical, Centre Eugène Marquis, Rennes  
Michel Lallement, chirurgien, Centre Antoine Lacassagne, Nice  
Jacques Lansac, chirurgien, Hôpital Bretonneau, Tours  
Hervé Lauche, oncologue radiothérapeute, Clinique Clémentville, Montpellier  
Fabrice Lecuru, chirurgien, Hôpital européen Georges Pompidou, Paris  
Jean-Pierre Lefranc, chirurgien, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris  
Gérard Lepeu, oncologue médical, Hôpital Henri Duffaut, Avignon  
Delphine Lerouge, radiothérapeute, Centre François Baclesse, Caen  
Jean-Pierre Lotz, oncologue médical, Hôpital Tenon, Paris  
Bernard Maria, gynécologue, Centre hospitalier intercommunal, Villeneuve-St-Georges  
Pierre Mééus, chirurgien, Centre Léon Bérard, Lyon  
Zohar Merad-Boudia, oncologue médical, Hôpital Duchenne, Boulogne-sur-Mer

**Eliane Mery-Lamarche**, pathologiste, Institut Claudius Regaud, Toulouse  
**Patrick Michenet**, pathologiste, Hôpital de la Source, Orléans  
**Xavier Mirabel**, oncologue radiothérapeute, Centre Oscar Lambret, Lille  
**François-Xavier Montbarbon**, radiothérapeute, Centre Léon Bérard, Lyon  
**Philippe Morice**, chirurgien, Institut Gustave Roussy, Villejuif  
**Patricia Pautier**, oncologue médical, Institut Gustave Roussy, Villejuif  
**Thierry Petit**, oncologue médical, Institut Gustave Roussy, Villejuif  
**Denis Querleu**, chirurgien, Institut Claudius Regaud, Toulouse  
**Séverine Racadot**, radiothérapeute, Centre Léon Bérard, Lyon  
**Jacques Salvat**, chirurgien, Hôpitaux du Léman, Thonon-les-Bains  
**Frédéric Selle**, oncologue médical, Hôpital Tenon, Paris  
**Eberhard Stöeckle**, chirurgien, Institut Bergonié, Bordeaux  
**Olivier Thomas**, oncologue radiothérapeute, Centre de haute énergie, Nice  
**Jean-Luc Verhaeghe**, chirurgien, Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy  
**Denis Vinatier**, chirurgien, Hôpital Jeanne de Flandre, Lille  
**Eric Voog**, oncologue médical, Clinique Victor Hugo, Le Mans  
**Béatrice Weber**, oncologue médical, Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy  
**Patrick Zlatoff**, chirurgien, Centre Léon Bérard, Lyon

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [ALBERTS2006] Alberts DS, Hannigan EV, Liu PY, Jiang C, Wilczynski S, Copeland L et al. Randomized trial of adjuvant intraperitoneal alpha-interferon in stage III ovarian cancer patients who have no evidence of disease after primary surgery and chemotherapy: An intergroup study. *Gynecol Oncol* 2006;100(1):133-8.
- [ALBERTS1996] Alberts DS, Liu PY, Hannigan EV, O'Toole R, Williams SD, Young JA et al. Intraperitoneal cisplatin plus intravenous cyclophosphamide versus intravenous cisplatin plus intravenous cyclophosphamide for stage III ovarian cancer. *N Engl J Med* 1996;335(26):1950-5.
- [ARAVANTINOS2005] Aravantinos G, Fountzilas G, Kosmidis P, Dimopoulos MA, Stathopoulos GP, Pavlidis N et al. Paclitaxel plus carboplatin versus paclitaxel plus alternating carboplatin and cisplatin for initial treatment of advanced ovarian cancer: long-term efficacy results: a Hellenic Cooperative Oncology Group (HeCOG) study. *Ann Oncol* 2005;16(7):1116-22.
- [ARMSTRONG2006] Armstrong DK, Bundy B, Wenzel L, Huang HQ, Baergen R, Lele S et al. Intraperitoneal cisplatin and paclitaxel in ovarian cancer. *N Engl J Med* 2006;354(1):34-43.
- [ARMSTRONG2002] Armstrong DK, Bundy BN, Baergen R, Lele SB, Copeland LJ. Randomized phase III study of intravenous (IV) paclitaxel and cisplatin versus IV paclitaxel, intraperitoneal (IP) cisplatin and IP paclitaxel in optimal stage III epithelial ovarian cancer (OC) : a Gynecologic Oncology Group trial 5GOG172). *Proc Am Soc Clin Oncol* 2002;21:201a.
- [BELL2006] Bell J, Brady MF, Young RC, Lage J, Walker JL, Look KY et al. Randomized phase III trial of three versus six cycles of adjuvant carboplatin and paclitaxel in early stage epithelial ovarian carcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol* 2006;102(3):432-9.
- [BEREK2004] Berek JS, Taylor PT, Gordon A, Cunningham MJ, Finkler N, Orr J, Jr. et al. Randomized, placebo-controlled study of oregovomab for consolidation of clinical remission in patients with advanced ovarian cancer. *J Clin Oncol* 2004;22(17):3507-16.
- [BOLIS1995] Bolis G, Colombo N, Pecorelli S, Torri V, Marsoni S, Bonazzi C et al. Adjuvant treatment for early epithelial ovarian cancer: results of two randomised clinical trials comparing cisplatin to no further treatment or chromic phosphate (32P). G.I.C.O.G.: Gruppo Interregionale Collaborativo in Ginecologia Oncologica. *Ann Oncol* 1995;6(9):887-93.
- [BOLIS2006] Bolis G, Danese S, Tateo S, Rabaiotti E, D'Agostino G, Merisio C et al. Epidoxorubicin versus no treatment as consolidation therapy in advanced ovarian cancer: results from a phase II study. *Int J Gynecol Cancer* 2006;16 Suppl 174-8, 2006 Jan-Feb.
- [CHIARA1994] Chiara S, Conte P, Franzone P, Orsatti M, Bruzzone M, Rubagotti A et al. High-risk early-stage ovarian cancer. Randomized clinical trial comparing cisplatin plus cyclophosphamide versus whole abdominal radiotherapy. *Am J Clin Oncol* 1994;17(1):72-6.
- [CLAMP2006] Clamp AR, Maenpaa J, Cruickshank D, Ledermann J, Wilkinson PM, Welch R et al. SCOTROC 2B: feasibility of carboplatin followed by docetaxel or docetaxel-irinotecan as first-line therapy for ovarian cancer. *Br J Cancer* 2006;94(1):55-61.
- [COLOMBO2003] Colombo N, Guthrie D, Chiari S, Parmar M, Qian W, Swart AM et al. International Collaborative Ovarian Neoplasm trial 1: a randomized trial of adjuvant chemotherapy in women with early-stage ovarian cancer. *J Natl Cancer Inst* 2003;95(2):125-32.
- [DE2004] De PS, Scambia G, Di VG, Naglieri E, Lombardi AV, Biamonte R et al. Topotecan compared with no therapy after response to surgery and carboplatin/paclitaxel in patients with ovarian cancer: Multicenter Italian Trials in Ovarian Cancer (MITO-1) randomized study. *J Clin Oncol* 2004;22(13):2635-42.
- [DUBOIS2003] du Bois A, Luck HJ, Meier W, Adams HP, Mobus V, Costa S et al. A randomized clinical trial of cisplatin/paclitaxel versus carboplatin/paclitaxel as first-line treatment of ovarian cancer. *J Natl Cancer Inst* 2003;95(17):1320-9.
- [DUBOIS2006] du Bois A, Weber B, Rochon J, Meier W, Goupil A, Olbricht S et al. Addition of epirubicin as a third drug to carboplatin-paclitaxel in first-line treatment of advanced ovarian cancer: a prospectively randomized gynecologic cancer intergroup trial by the Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie Ovarian Cancer Study Group and the Groupe d'Investigateurs Nationaux pour l'Etude des Cancers Ovariens. *J Clin Oncol* 2006;24(7):1127-35.
- [ELIT2004A] Elit L, Chambers A, Fyles A, Covens A, Carey M, Fung MF. Systematic review of adjuvant care for women with Stage I ovarian carcinoma. *Cancer* 2004;101(9):1926-35.
- [ELIT2007] Elit L, Oliver TK, Covens A, Kwon J, Fung MF, Hirte HW et al. Intraperitoneal chemotherapy in the first-line treatment of women with stage III epithelial ovarian cancer: a systematic review with metaanalyses. *Cancer* 2007;109(4):692-702.
- [GADDUCCI2000] Gadducci A, Carnino F, Chiara S, Brunetti I, Tanganelli L, Romanini A et al. Intraperitoneal versus intravenous cisplatin in combination with intravenous cyclophosphamide and epidoxorubicin in optimally cytoreduced advanced epithelial ovarian cancer: a randomized trial of the Gruppo Oncologico Nord-Ovest. *Gynecol Oncol* 2000;76(2):157-62.

- [GREIMEL2006] Greimel ER, Bjelic-Radicic V, Pfisterer J, Hilpert F, Daghofer F, du BA. Randomized study of the Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie Ovarian Cancer Study Group comparing quality of life in patients with ovarian cancer treated with cisplatin/paclitaxel versus carboplatin/paclitaxel. *J Clin Oncol* 2006;24(4):579-86.
- [GRONROOS1984] Gronroos M, Nieminen U, Kauppila A, Kauppila O, Saksela E, Vayrynen M. A prospective, randomized, national trial for treatment of ovarian cancer: the role of chemotherapy and external irradiation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1984;17(1):33-42.
- [HALL2004] Hall GD, Brown JM, Coleman RE, Stead M, Metcalf KS, Peel KR et al. Maintenance treatment with interferon for advanced ovarian cancer: results of the Northern and Yorkshire gynaecology group randomised phase III study. *Br J Cancer* 2004;91(4):621-6.
- [HESS2007] Hess LM, Ham-Hutchins M, Herzog TJ, Hsu CH, Malone DC, Skrepnek GH et al. A meta-analysis of the efficacy of intraperitoneal cisplatin for the front-line treatment of ovarian cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2007;17(3):561-70.
- [HIRTE2006] Hirte H, Vergote IB, Jeffrey JR, Grimshaw RN, Coppieters S, Schwartz B et al. A phase III randomized trial of BAY 12-9566 (tanomastat) as maintenance therapy in patients with advanced ovarian cancer responsive to primary surgery and paclitaxel/platinum containing chemotherapy: a National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group Study. *Gynecol Oncol* 2006;102(2):300-8.
- [HRESHCHYSHYN1980] Hreshchyshyn MM, Park RC, Blessing JA, Norris HJ, Levy D, Lagasse LD et al. The role of adjuvant therapy in Stage I ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol* 1980;138(2):139-45.
- [JAABACK2006] Jaaback K, Johnson N. The Cochrane collaboration (Review). Intraperitoneal chemotherapy for the initial management of primary epithelial ovarian cancer. *The Cochrane Database of Systematic* 2006;(1):CD005340.
- [KIRMANI1994] Kirmani S, Braly PS, McClay EF, Saltzstein SL, Plaxe SC, Kim S et al. A comparison of intravenous versus intraperitoneal chemotherapy for the initial treatment of ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 1994;54(3):338-44.
- [KOJS2001] Kojis Z, Glinski B, Reinfuss M, Pudelek J, Urbanski K, Kowalska T et al. [Results of a randomized prospective trial comparing postoperative abdominopelvic radiotherapy with postoperative chemotherapy in early ovarian cancer]. *Cancer Radiother* 2001;5(1):5-11.
- [KRISTENSEN2003] Kristensen GB, Vergote I, Stuart G, Del Campo JM, Kaern J, Lopez AB et al. First-line treatment of ovarian cancer FIGO stages IIb-IV with paclitaxel/epirubicin/carboplatin versus paclitaxel/carboplatin. *Int J Gynecol Cancer* 2003;13 Suppl 2172-7, 2003 Nov-Dec.
- [KYRGIYOU2006] Kyrgiou M, Salanti G, Pavlidis N, Paraskevaidis E, Ioannidis JP. Survival benefits with diverse chemotherapy regimens for ovarian cancer: meta-analysis of multiple treatments. *J Natl Cancer Inst* 2006;98(22):1655-63.
- [MARKMAN2001] Markman M, Bundy BN, Alberts DS, Fowler JM, Clark-Pearson DL, Carson LF 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(4):1001-7.
- [MINAGAWA2006] Minagawa Y, Kigawa J, Kanamori Y, Itamochi H, Terakawa N, Okada M et al. Feasibility study comparing docetaxel-cisplatin versus docetaxel-carboplatin as first-line chemotherapy for ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2006;101(3):495-8.
- [MOBUS2007] Mobus V, Wandt H, Frickhofen N, Bengala C, Champion K, Kimmig R et al. Phase III trial of high-dose sequential chemotherapy with peripheral blood stem cell support compared with standard dose chemotherapy for first-line treatment of advanced ovarian cancer: intergroup trial of the AGO-Ovar/AIO and EBMT. *J Clin Oncol* 2007;25(27):4187-93.
- [NICOLETTO2007] Nicoletto MO, Tumolo S, Sorio R, Cima G, Endrizzi L, Nascimben O et al. Long-term survival in a randomized study of nonplatinum therapy versus platinum in advanced epithelial ovarian cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2007;17(5):986-92.
- [PFISTERER2006] Pfisterer J, Weber B, Reuss A, Kimmig R, du BA, Wagner U et al. Randomized phase III trial of topotecan following carboplatin and paclitaxel in first-line treatment of advanced ovarian cancer: a gynecologic cancer intergroup trial of the AGO-OVAR and GINECO. *J Natl Cancer Inst* 2006;98(15):1036-45.
- [PICCART2003] Piccart MJ, Floquet A, Scarfone G, Willemsse PH, Emerich J, Vergote I et al. Intraperitoneal cisplatin versus no further treatment: 8-year results of EORTC 55875, a randomized phase III study in ovarian cancer patients with a pathologically complete remission after platinum-based intravenous chemotherapy. *Int J Gynecol Cancer* 2003;13 Suppl 2196-203, 2003 Nov-Dec.
- [POLYZOS1999] Polyzos A, Tsavaris N, Kosmas C, Giannikos L, Katsikas M, Kalahanis N et al. A comparative study of intraperitoneal carboplatin versus intravenous carboplatin with intravenous cyclophosphamide in both arms as initial chemotherapy for stage III ovarian cancer. *Oncology* 1999;56(4):291-6.

- [RAYCOQUARD2007] Ray-Coquard I, Paraiso D, Guastalla JP, Leduc B, Guichard F, Martin C et al. Intensified dose of cyclophosphamide with G-CSF support versus standard dose combined with platinum in first-line treatment of advanced ovarian cancer a randomised study from the GINECO group. *Br J Cancer* 2007;97(9):1200-5.
- [REED2006] Reed NS, Poole CJ, Coleman R, Parkin D, Graham JD, Kaye SB et al. A randomised comparison of treosulfan and carboplatin in patients with ovarian cancer: a study by the Scottish Gynaecological Cancer Trials Group (SGCTG). *Eur J Cancer* 2006;42(2):179-85.
- [SELL1990] Sell A, Bertelsen K, Andersen JE, Stroyer I, Panduro J. Randomized study of whole-abdomen irradiation versus pelvic irradiation plus cyclophosphamide in treatment of early ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 1990;37(3):367-73.
- [SORBE2003] Sorbe B, Swedish-Norwegian Ovarian Cancer Study Group. Consolidation treatment of advanced (FIGO stage III) ovarian carcinoma in complete surgical remission after induction chemotherapy: a randomized, controlled, clinical trial comparing whole abdominal radiotherapy, chemotherapy, and no further treatment. *Int J Gynecol Cancer* 2003;13(3):278-86.
- [SPRIGGS2007] Spriggs DR, Brady MF, Vaccarello L, Clarke-Pearson DL, Burger RA, Mannel R et al. Phase III randomized trial of intravenous cisplatin plus a 24- or 96-hour infusion of paclitaxel in epithelial ovarian cancer: a Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol* 2007;25(28):4466-71.
- [TRIMBOS2003] Trimbos JB, Vergote I, Bolis G, Vermorken JB, Mangioni C, Madronal C et al. Impact of adjuvant chemotherapy and surgical staging in early-stage ovarian carcinoma: European Organisation for Research and Treatment of Cancer-Adjuvant ChemoTherapy in Ovarian Neoplasm trial. *J Natl Cancer Inst* 2003;95(2):113-25.
- [TROPE2000] Trope C, Kaern J, Hogberg T, Abeler V, Hagen B, Kristensen G et al. Randomized study on adjuvant chemotherapy in stage I high-risk ovarian cancer with evaluation of DNA-ploidy as prognostic instrument. *Ann Oncol* 2000;11(3):281-8.
- [VASEY2006] Vasey PA, Atkinson R, Osborne R, Parkin D, Symonds R, Paul J et al. SCOTROC 2A: carboplatin followed by docetaxel or docetaxel-gemcitabine as first-line chemotherapy for ovarian cancer. *Br J Cancer* 2006;94(1):62-8.
- [VASEY2004] Vasey PA, Jayson GC, Gordon A, Gabra H, Coleman R, Atkinson R 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(22):1682-91.
- [VERGOTE1992] Vergote IB, Vergote-De Vos LN, Abeler VM, Aas M, Lindegaard MW, Kjørstad KE et al. Randomized trial comparing cisplatin with radioactive phosphorus or whole-abdomen irradiation as adjuvant treatment of ovarian cancer. *Cancer* 1992;69(3):741-9.
- [VERHEIJEN2006] Verheijen RH, Massuger LF, Benigno BB, Epenetos AA, Lopes A, Soper JT et al. Phase III trial of intraperitoneal therapy with yttrium-90-labeled HMFG1 murine monoclonal antibody in patients with epithelial ovarian cancer after a surgically defined complete remission. *J Clin Oncol* 2006;24(4):571-8.
- [WALKER2006] Walker JL, Armstrong DK, Huang HQ, Fowler J, Webster K, Burger RA et al. Intraperitoneal catheter outcomes in a phase III trial of intravenous versus intraperitoneal chemotherapy in optimal stage III ovarian and primary peritoneal cancer: a Gynecologic Oncology Group Study. *Gynecol Oncol* 2006;100(1):27-32.
- [WENZEL2007] Wenzel LB, Huang HQ, Armstrong DK, Walker JL, Cella D. Health-related quality of life during and after intraperitoneal versus intravenous chemotherapy for optimally debulked ovarian cancer: a Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol* 2007;25(4):437-43.
- [WINTERROACH2003] Winter-Roach B, Hooper L, Kitchener H. Systematic review of adjuvant therapy for early stage (epithelial) ovarian cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2003;13(4):395-404.
- [YEN2001] Yen MS, Juang CM, Lai CR, Chao GC, Ng HT, Yuan CC. Intraperitoneal cisplatin-based chemotherapy vs. intravenous cisplatin-based chemotherapy for stage III optimally cytoreduced epithelial ovarian cancer. *Int J Gynaecol Obstet* 2001;72(1):55-60.
- [YOUNG2003] Young RC, Brady MF, Nieberg RK, Long HJ, Mayer AR, Lentz SS et al. Adjuvant treatment for early ovarian cancer: a randomized phase III trial of intraperitoneal 32P or intravenous cyclophosphamide and cisplatin--a gynecologic oncology group study. *J Clin Oncol* 2003;21(23):4350-5.
- [YOUNG1990] Young RC, Walton LA, Ellenberg SS, Homesley HD, Wilbanks GD, Decker DG et al. Adjuvant therapy in stage I and stage II epithelial ovarian cancer. Results of two prospective randomized trials. *N Engl J Med* 1990;322(15):1021-7.



52, avenue André Morizet  
92513 Boulogne-Billancourt Cedex  
Tél. : +33 (1) 41 10 50 00  
Fax : +33 (1) 41 10 50 20  
[www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)



Édité par l'Institut National du Cancer  
Conception/Réalisation : Institut National du Cancer  
Tous droits réservés – Siren : 185 512 777  
Impression : Comelli



Ce document a été publié avec le soutien financier de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer.

Ce document est téléchargeable gratuitement sur  
[www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)



Institut National du Cancer  
Département des recommandations  
52, avenue André Morizet  
92100 Boulogne-Billancourt  
Pour tout contact : [publications@institutcancer.fr](mailto:publications@institutcancer.fr)

---

# Cancer de l’ovaire

## TRAITEMENTS ADJUVANTS ET DE CONSOLIDATION

### ANNEXES AU RAPPORT INTÉGRAL

ANNEXE 1. RÉSULTATS DES ÉTUDES .....	2
TRAITEMENTS ADJUVANTS STADES IA/IB G1 NON À CELLULES CLAIRES.....	2
TRAITEMENTS ADJUVANTS STADES III ET IV, SANS RÉSIDU MACROSCOPIQUE.....	5
TRAITEMENTS ADJUVANTS STADES IIB À IV AVEC RÉSIDU MACROSCOPIQUE .....	10
TRAITEMENTS DE CONSOLIDATION EN CAS DE RÉMISSION COMPLÈTE STADES IIB À IV À LA FIN DU TRAITEMENT ADJUVANT.....	26
ANNEXE 2. RECHERCHE ET SÉLECTION BIBLIOGRAPHIQUE.....	36
ANNEXE 3. ÉQUATIONS DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE .....	38
ANNEXE 4. INTERROGATION DES SITES INTERNET EBM.....	44
ANNEXE 5. GRILLES D’ANALYSE CRITIQUE.....	46
ANNEXE 6. PROCESSUS DE RELECTURE NATIONALE.....	48
ANNEXE 7. SYNTHÈSE DES COMMENTAIRES DE LA RELECTURE NATIONALE .....	51

## ANNEXE 1. RÉSULTATS DES ÉTUDES

### TRAITEMENTS ADJUVANTS STADES IA/IB G1 NON À CELLULES CLAIRES

RÉFÉRENCE	ELIT2004A
TYPE D'ÉTUDE	Méta-analyse sur données publiées
RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	<p><i>Bases de données</i> : Medline®, Cancer Lit, Cochrane Library, Physician Data Query, Canadian Medical Association, National Guidelines Clearinghouse databases, abstracts ASCO.</p> <p><i>Période de recherche</i> : 1965 - 2004, 1997 - 2003 (abstracts ASCO).</p> <p><i>Publications</i> : en anglais</p> <p><i>Mots clés utilisés</i> : neoplasms, ovarian (combined with) early stage, stage I, chemotherapy, surgery, radiotherapy, practice guidelines, randomised controlled trials, controlled clinical trials.</p>
CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL	Survie
CRITÈRE DE JUGEMENT SECONDAIRE	Récidive
ESSAIS INCLUS	Young <i>et al.</i> 1990 ; Bolis <i>et al.</i> 1995 ; Trope <i>et al.</i> 2000 ; Trimbos <i>et al.</i> 2003 ; Colombo <i>et al.</i> 2003 ; Gronroos <i>et al.</i> 1984 ; Hreshchyshyn <i>et al.</i> 1980 ; Dembo <i>et al.</i> 1979 ; Chiara <i>et al.</i> 1994 ; Young <i>et al.</i> 2003 ; Vergote <i>et al.</i> 1992 ; Young <i>et al.</i> 2003a ; Hatae <i>et al.</i> 1998
ESSAIS EXCLUS	Non précisé
RÉSULTATS	<p>Survie</p> <p><u>CT vs pas de traitement complémentaire (données poolées : stade I) :</u> RR = 0,74 [IC95 : 0,58-0,94], p = 0,01.</p> <p><u>Survie globale à 5 ans en cas de stadification optimale (Trimbos et al. 2003) : CT vs pas de traitement complémentaire :</u> HR = 0,69 [IC95 : 0,44-1,08], p 0,10.</p> <p><u>Survie globale à 5 ans : CT (à base de sels de platine) vs CT (autre) :</u> <math>\Delta</math> = 8 % [IC95 : 2-12] ; HR = 0,67 [IC95 : 0,50-0,90], p = 0,008.</p> <p><u>Survie à 5 ans (données poolées : EORTC staging classification : optimal/modified) :</u> CT vs pas de traitement complémentaire : RR = 0,81 [IC95 : 0,58-1,21].</p> <p>Récidive</p> <p><u>CT vs pas de traitement complémentaire (données poolées) :</u> RR = 0,70 [IC95 : 0,58-0,86], p = 0,0004.</p> <p><u>CT vs pas de traitement complémentaire (données poolées : EORTC staging classification : optimal/modified) :</u> RR = 0,73 [IC95 : 0,52-1,02].</p>

$\Delta$  : différence ; CT : chimiothérapie ; HR : Hazard Ratio ; IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; RR : Risque Relatif ; vs : versus.

<b>RÉFÉRENCE</b>	WINTERROACH2003
<b>TYPE D'ÉTUDE</b>	Méta-analyse sur données publiées
<b>RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE</b>	<p><i>Bases de données</i> : Medline<sup>®</sup>, Embase, Cancer Lit, Central Cochrane database.</p> <p><i>Période de recherche</i> : 1965 - 2004</p> <p><i>Publications</i> : en anglais</p> <p><i>Mots clés utilisés</i> : ovarian cancer, adjuvant radiotherapy and chemotherapy, randomized clinical trials.</p>
<b>CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL</b>	Survie globale
<b>CRITÈRE DE JUGEMENT SECONDAIRE</b>	Survie sans récurrence
<b>ESSAIS INCLUS</b>	Bolis <i>et al.</i> 1995 ; Chiara <i>et al.</i> 1994 ; Colombo <i>et al.</i> 2003 ; Kojs <i>et al.</i> 2001 ; Sell <i>et al.</i> 1990 ; Sevelde <i>et al.</i> 1987 ; Trimbos <i>et al.</i> 2003 ; Trope <i>et al.</i> 2000 ; Vergote <i>et al.</i> 1992 ; Young <i>et al.</i> 1990
<b>ESSAIS EXCLUS</b>	Klaassen <i>et al.</i> 1988 ; Sigurdsson <i>et al.</i> 1982 ; Hreshchyshyn <i>et al.</i> 1980 ; Dembo <i>et al.</i> 1979 ; Smith <i>et al.</i> 1975a
<b>RÉSULTATS</b>	<p><b>Survie globale</b></p> <p>CT <i>vs</i> pas de traitement complémentaire : HR = 0,71 [IC95 : 0,63-0,80].</p> <p>CT (SP) <i>vs</i> pas de traitement complémentaire : HR = 0,72 [IC95 : 0,63-0,82].</p> <p>CT <i>vs</i> RT : HR = 0,85 [IC95 : 0,62-1,17].</p> <p>CT <i>vs</i> RT (<sup>32</sup>P) : HR = 0,85 [IC95 : 0,73-1,28].</p> <p>CT (SP) <i>vs</i> RT (<sup>32</sup>P) : HR = 0,92 [IC95 : 0,58-1,45].</p> <p><b>Survie sans récurrence</b></p> <p>CT <i>vs</i> pas de traitement complémentaire : HR = 0,68 [IC95 : 0,59-0,79].</p> <p>CT (SP) <i>vs</i> pas de traitement complémentaire : HR = 0,68 [IC95 : 0,59-0,79].</p> <p>CT <i>vs</i> RT : HR = 0,94 [IC95 : 0,56-1,59].</p> <p>CT <i>vs</i> WAR : HR = 1,15 [IC95 : 0,20-6,77].</p> <p>CT <i>vs</i> RT (<sup>32</sup>P) : HR = 0,84 [IC95 : 0,46-1,58].</p> <p>CT (SP) <i>vs</i> RT (<sup>32</sup>P) : HR = 0,70 [IC95 : 0,26-1,83].</p>

CT : chimiothérapie ; HR : Hazard Ratio ; IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; SP : sels de platine ; *vs* : *versus*.

<b>RÉFÉRENCE</b>	BELL2006
<b>TYPE D'ÉTUDE</b>	Essai randomisé de phase III
<b>PÉRIODE D'INCLUSION</b>	03/1995 - 05/1998
<b>POPULATION</b>	<p>427 cancers de l'ovaire</p> <p><u>Stade (FIGO)</u>  I : N = 141 (A), 152 (B)  II : N = 72 (A), 62 (B)</p> <p><u>Grade histologique (FIGO)</u>  1 : N = 27 (A), 34 (B)  2 : N = 50 (A), 49 (B)  3 : N = 66 (A), 71 (B)</p> <p><u>Type histologique</u>  Séreux : N = 53 (A), 44 (B)  Endométrïodes : N = 46 (A), 59 (B)  Mucineux : N = 12 (A), 19 (B)  Cellules claires : N = 70 (A), 60 (B)  Mixtes : N = 24 (A), 17 (B)  Autres : N = 8 (A), 15 (B)</p>
<b>INTERVENTIONS</b>	Bras A : C + P (3 cycles) (N = 213) Bras B : C + P (6 cycles) (N = 214)
<b>CRITÈRES DE JUGEMENT</b>	Taux de récïdive, survie, toxicité
<b>RESULTATS</b>	<p>Récïdive</p> <p><u>Estimation de l'incidence cumulée à 5 ans :</u>  25,4 % (A) vs 20,1 % (B) ;  18 % (stade I) vs 33 % (stade II)</p> <p>En cas de stadification chirurgicale complète : 23 % (A) vs 20 % (B)</p> <p><u>Taux de récïdive : A vs B : HR = 0,761 [IC95 : 0,512-1,13], p = 0,18.</u></p> <p>Survie</p> <p><u>Estimation de la probabilité de survie à 5 ans :</u>  81 % (A) vs 83 % (B) ;  84 % (stade I) vs 73 % (stade II).</p> <p><u>Taux de décès :</u></p> <p>Toxicité hématologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anémie (grade ≥ 2) : 32 % (A) vs 48 % (B) (p &lt; 0,01) ;</li> <li>Granulocytopénie (grade 4) : 52 % (A) vs 66 % (B) (p &lt; 0,01).</li> </ul> <p>Toxicité non-hématologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Neurotoxicité (grades 3 et 4) : 2 % (A) vs 11 % (B) (p &lt; 0,01).</li> </ul>

C : Carboplatine ; HR : Hazard Ratio ; IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; P : Paclitaxel ; vs : *versus*.

# TRAITEMENTS ADJUVANTS STADES III ET IV, SANS RÉSIDU MACROSCOPIQUE

RÉFÉRENCE	ELIT2007
TYPE D'ÉTUDE	Méta-analyse sur données publiées
RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	<p><i>Bases de données</i> : Medline<sup>®</sup>, Embase, Cochrane Library, Physician Data Query, Canadian Medical Association Infobase, National Guidelines Clearinghouse, abstracts ASCO &amp; ESMO .</p> <p><i>Période de recherche</i> : 1996 - 2006 (Medline<sup>®</sup>), 1988 - 2006 (Embase), 1997 - 2003 (ASCO), 2002 - 2004 (ESMO).</p> <p><i>Publications</i> : en anglais</p> <p><i>Mots clés utilisés</i> : ovarian neoplasms, cancer, carcinoma, neoplasms, intraperitoneal, ip, peritoneal.</p>
CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL	Survie sans progression
CRITÈRES DE JUGEMENT SECONDAIRES	Survie globale, toxicité
ESSAIS INCLUS	Alberts <i>et al.</i> 1996 ; Armstrong <i>et al.</i> 2006 ; Gadducci <i>et al.</i> 2000 ; Kirmani <i>et al.</i> 1994 ; Markman <i>et al.</i> 2001 ; Polyzos <i>et al.</i> 1999 ; Yen <i>et al.</i> 2001
ESSAIS EXCLUS	Non précisé
RESULTATS	<p>Survie sans progression à 5 ans</p> <p>CT (IP) vs CT (IV) (données <i>poolées</i>) : RR = 0,91 [IC95 : 0,85-0,98], p = 0,02.</p> <p>CT (IP) vs CT (IV) (données <i>poolées</i> : essais de phase III) : RR = 0,92 [IC95 : 0,85-0,99].</p> <p>Survie globale à 5 ans</p> <p>CT (IP) vs CT (IV) (données <i>poolées</i>) : RR = 0,88 [IC95 : 0,81-0,95], p = 0,002.</p> <p>CT (IP) vs CT (IV) (données <i>poolées</i> : essais de phase III) : RR = 0,85 [IC95 : 0,78-0,94].</p> <p>Toxicité</p> <p><u>Toxicité hématologique (grade 3 ou 4) (p ≤ 0,05) :</u></p> <p>Leucopénie (Armstrong <i>et al.</i> 2006) : N = 64 (IV) vs 76 (IP) ; (Alberts <i>et al.</i> 1996) : N = 50 (IV) vs 40 (IP) ; (Yen <i>et al.</i> 2001) : N = 33 (IV) vs 18 (IP) ; (Polyzos <i>et al.</i> 1999) : N = 39 (IV) vs 11 (IP).</p> <p>Thrombocytopénie : (Armstrong <i>et al.</i> 2006) : N = 4 (IV) vs 12 (IP) ; (Markman <i>et al.</i> 2001) : N = 3 (IV) vs 49 (IP).</p> <p><u>Toxicité non-hématologique (grade 3 ou 4) (p ≤ 0,05) :</u></p> <p>Infection (Armstrong <i>et al.</i> 2006) : N = 6 (IV) vs 16 (IP).</p> <p>Gastro-intestinale : (Armstrong <i>et al.</i> 2006) : N = 24 (IV) vs 46 (IP) ; (Markman <i>et al.</i> 2001) : N = 17 (IV) vs 37 (IP).</p> <p>Fatigue : (Armstrong <i>et al.</i> 2006) : N = 48 (IV) vs 18 (IP)</p> <p>Rénale ou genitor-urinaire : (Armstrong <i>et al.</i> 2006) : N = 2 (IV) vs 7 (IP).</p> <p>Neurotoxicité : (Armstrong <i>et al.</i> 2006) : N = 9 (IV) vs 19 (IP)</p> <p>Métabolique : (Armstrong <i>et al.</i> 2006) : N = 7 (IV) vs 27 (IP) ; (Markman <i>et al.</i> 2001) : N = &lt; 2 (IV) vs 10 (IP).</p> <p>Douleurs : (Armstrong <i>et al.</i> 2006) : N = 1 (IV) vs 11 (IP).</p>

CT : chimiothérapie ; IP : intrapéritonéale ; IV : intraveineuse ; RR : Risque Relatif ; vs : *versus*.

<b>RÉFÉRENCE</b>	HESS2007
<b>TYPE D'ÉTUDE</b>	Méta-analyse sur données publiées
<b>RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE</b>	<p><u>Bases de données</u> : Medline<sup>®</sup>, Pubmed, Cochrane Register of Controlled Trials, SGO* database, ASCO** abstracts database, clinicaltrials.gov, clinicaltrialresults.org.</p> <p><u>Période de recherche</u> : 1<sup>er</sup> janvier 1990 - 31 août 2006 (Medline<sup>®</sup>, Pubmed, Cochrane Register of Controlled Trials, clinicaltrials.gov, clinicaltrialresults.org, 2000 - 2006 (SGO, ASCO).</p> <p><u>Publications</u> : pas de restriction de langage utilisé.</p> <p><u>Mots clés utilisés</u> : ovarian neoplasms, ovarian carcinoma, ovarian cancer, IP, IP injections, injections.</p>
<b>CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL</b>	Survie sans progression
<b>CRITÈRE DE JUGEMENT SECONDAIRE</b>	Survie globale, toxicité
<b>ESSAIS INCLUS</b>	Alberts <i>et al.</i> 1996 ; Armstrong <i>et al.</i> 2006 ; Gadducci <i>et al.</i> 2000 ; Kirmani <i>et al.</i> 1994 ; Markman <i>et al.</i> 2001 ; Yen <i>et al.</i> 2001
<b>ESSAIS EXCLUS</b>	Non précisé.
<b>RÉSULTATS</b>	<p>Survie sans progression</p> <p>CT (IP) <i>vs</i> CT (IV) (données <i>poolées</i>) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stades II-III : HR = 0,79 [IC95 : 0,69-0,91] (p = 0,001) ;</li> <li>• Stades III : HR = 0,789 [IC95 : 0,679-0,917] (p = 0,002) ;</li> <li>• Cisplatine (IP) ≥ 100mg/m<sup>2</sup> : HR = 0,802 [IC95 : 0,692-0,930], (p = 0,003) ;</li> <li>• Cisplatine (IP) ≤ 100mg/m<sup>2</sup> : HR = 0,781 [IC95 : 0,676-0,901], (p = 0,001).</li> </ul> <p>Survie globale</p> <p>CT (IP) <i>vs</i> CT (IV) (données <i>poolées</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stades II-III : HR = 0,80 [IC95 : 0,70-0,91] (p = 0,0007) ;</li> <li>• Stades III : HR = 0,794 [IC95 : 0,693-0,910] (p = 0,0009) ;</li> <li>• Cisplatine (IP) ≥ 100 mg/m<sup>2</sup> : HR = 0,808 [IC95 : 0,707-0,923] (p = 0,002) ;</li> <li>• Cisplatine (IP) ≤ 100mg/m<sup>2</sup> : HR = 0,786 [IC95 : 0,689-0,898] (p = 0,0004).</li> </ul>
<b>RÉSULTATS (FIN)</b>	<p>Toxicité :</p> <p><u>Toxicité hématologique (grade ≥ 3) (p = ns):</u></p> <p>Leucopénie : données <i>poolées</i> sur 6 études : OR = 1,07 [IC95 : 0,66-1,75].</p> <p>Héoglobine : données <i>poolées</i> sur 4 études : OR = 0,88 [IC95 : 0,58-1,35].</p> <p>Plaquettes : données <i>poolées</i> sur 6 études : OR = 1,5 [IC95 : 0,32-7,04]</p> <p><u>Toxicité non-hématologique (grade ≥ 3) :</u></p> <p>Neurotoxicité : données <i>poolées</i> sur 5 études : OR = 1,21 [IC95 : 0,59-2,49], (p ns)</p> <p>Gastro-intestinale : données <i>poolées</i> sur 4 études : OR = 1,95 [IC95 : 1,17-3,24], (p = 0,01).</p> <p>Fièvre : données <i>poolées</i> sur 4 études : OR = 1,7 [IC95 : 1,02-2,84] (p = 0,04).</p> <p>Ototoxicité : données <i>poolées</i> sur 2 études : OR = 0,38 [IC95 : 0,19-0,73], (p = 0,004).</p>

ASCO\*\* : American Society of Clinical Oncology ; CT : chimiothérapie ; HR : Hazard Ratio ; IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; IP : intrapéritonéale ; IV : intraveineux ; SGO\* : Society of Gynecologic Oncologists ; *vs* : *versus* ; IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; ns : non significatif ; OD : Odds Ratio.

<b>RÉFÉRENCE</b>	KYRGIU2006
<b>TYPE D'ÉTUDE</b>	Méta-analyse sur données publiées
<b>RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE</b>	<i>Bases de données</i> : Medline®, Embase, Cochrane Library <i>Période de recherche</i> : 1965 - 2006 <i>Publications</i> : en anglais, allemand, français et italien. <i>Mots clés utilisés</i> : ovarian cancer or neoplasia, chemotherapy
<b>CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL</b>	Survie
<b>CRITÈRE DE JUGEMENT SECONDAIRE</b>	Non précisé
<b>ESSAIS INCLUS</b>	Icon3 <i>et al.</i> 2002 ; Cantu <i>et al.</i> 2002 ; Bolis <i>et al.</i> 2001 ; Yen <i>et al.</i> 2001 ; Markman <i>et al.</i> 2001 ; Gadducci <i>et al.</i> 2000 ; Piccart <i>et al.</i> 2000 ; Muggia <i>et al.</i> 2000 ; Bolis <i>et al.</i> 1999 ; Icon2 <i>et al.</i> 1998 ; Marth <i>et al.</i> 1998 ; Athanassiou <i>et al.</i> 1997 ; Bolis <i>et al.</i> 1997 ; Skarlos <i>et al.</i> 1996 ; Mcguire <i>et al.</i> 1996 ; Trope <i>et al.</i> 1996 ; Alberts <i>et al.</i> 1996 ; Wadler <i>et al.</i> 1996 ; Kirmani <i>et al.</i> 1994 ; Dorum <i>et al.</i> 1994 ; Perren <i>et al.</i> 1993 ; Krommer <i>et al.</i> 1992 ; Mangioni <i>et al.</i> 1989 ; Rankin <i>et al.</i> 1992 ; Sessa <i>et al.</i> 1991 ; Masding <i>et al.</i> 1990 ; Deoliveira <i>et al.</i> 1990 ; Leonard <i>et al.</i> 1989 ; Trope <i>et al.</i> 1987 ; Wilbur <i>et al.</i> 1987 ; Sevelde <i>et al.</i> 1987 ; Wiltshaw <i>et al.</i> 1986 ; Williams <i>et al.</i> 1985 ; Lambert <i>et al.</i> 1985 ; Barlow <i>et al.</i> 1985 ; Bruckner <i>et al.</i> 1985 ; Aabo <i>et al.</i> 1985 ; Delgado <i>et al.</i> 1985 ; Gronross <i>et al.</i> 1984 ; Edwards <i>et al.</i> 1983 ; Adams <i>et al.</i> 1982 ; Decker <i>et al.</i> 1982 ; Carmopereira <i>et al.</i> 1981 ; Park <i>et al.</i> 1980 ; Neijt <i>et al.</i> 1991 ; Sevelde <i>et al.</i> 1992 ; Omura <i>et al.</i> 1991 ; Young <i>et al.</i> 1978 ; Pfisterer <i>et al.</i> 2005 ; Piccart <i>et al.</i> 2003a ; Tenbokkel <i>et al.</i> 2004 ; Kaye <i>et al.</i> 2005 ; Armstrong <i>et al.</i> 2006 ; Buda <i>et al.</i> 2004 ; Reed <i>et al.</i> 2006 ; Gonzalezmartin <i>et al.</i> 2005
<b>ESSAIS EXCLUS</b>	Adams <i>et al.</i> 1989 ; Alberts <i>et al.</i> 1993 ; Alberts <i>et al.</i> 1989 ; Alberts <i>et al.</i> 1989a ; Aravatinos <i>et al.</i> 2005 ; Armstrong <i>et al.</i> 2003 ; Baker <i>et al.</i> 1976 ; Barker <i>et al.</i> 1981 ; Barlow <i>et al.</i> 1973 ; Barlow <i>et al.</i> 1984 ; Barlow <i>et al.</i> 1976 ; Barlow <i>et al.</i> 1979 ; Bateman <i>et al.</i> 1971 ; Bell <i>et al.</i> 1982 ; Bertelsen <i>et al.</i> 1993 ; Bertelsen <i>et al.</i> 1987 ; Bezwoda <i>et al.</i> 1986 ; Boddy <i>et al.</i> 2001 ; Bolis <i>et al.</i> 1979 ; Bolis <i>et al.</i> 1980 ; Bolis <i>et al.</i> 2004 ; Breitbach <i>et al.</i> 2002 ; Bruckner <i>et al.</i> 1983 ; Calvert <i>et al.</i> 1999 ; Campos <i>et al.</i> 2005 ; Carmopereira <i>et al.</i> 1983 ; Cavaletti <i>et al.</i> 1992 ; Clamp <i>et al.</i> 2004 ; Clamp <i>et al.</i> 2006 ; Cocconi <i>et al.</i> 1999 ; Cohen <i>et al.</i> 1983 ; Conte <i>et al.</i> 1991 ; Conte <i>et al.</i> 1996 ; Dark <i>et al.</i> 2005 ; Dejongh <i>et al.</i> 2002 ; Depalo <i>et al.</i> 1977 ; Depalo <i>et al.</i> 1975 ; Dittrich <i>et al.</i> 2003 ; Dones <i>et al.</i> 1987 ; Dubois <i>et al.</i> 2003 ; Dvorak <i>et al.</i> 1971 ; Earhart <i>et al.</i> 1989 ; Edmonson <i>et al.</i> 2001 ; Edmonson <i>et al.</i> 1981 ; Edmonson <i>et al.</i> 1985 ; Edmonson <i>et al.</i> 1989 ; Edmonson <i>et al.</i> 1979 ; Eisenhauer <i>et al.</i> 1994 ; Eksborg <i>et al.</i> 1989 ; Gadducci <i>et al.</i> 1996 ; Gershenson <i>et al.</i> 1981 ; Gordon <i>et al.</i> 2004 ; Gore <i>et al.</i> 2002 ; Gore <i>et al.</i> 1998 ; Greenspan <i>et al.</i> 1975 ; Gicog <i>et al.</i> 1992 ; Gurney <i>et al.</i> 1990 ; Hainsworth <i>et al.</i> 1994 ; Hakes <i>et al.</i> 1992 ; Hernadi <i>et al.</i> 1988 ; Homesley <i>et al.</i> 1992 ; Hoskins <i>et al.</i> 1998 ; Hrushesky <i>et al.</i> 1985 ; Jakobsen <i>et al.</i> 1997 ; Jennens <i>et al.</i> 2003 ; Joly <i>et al.</i> 2000 ; Jorgensen <i>et al.</i> 1973 ; Kaye <i>et al.</i> 1996 ; Kikkawa <i>et al.</i> 2000 ; Kristensen <i>et al.</i> 2003 ; Kudelka <i>et al.</i> 1999 ; Kuhn <i>et al.</i> 1996 ; Lambert <i>et al.</i> 1997 ; Lele <i>et al.</i> 1978 ; Levi <i>et al.</i> 1990 ; Lietz <i>et al.</i> 1985 ; Lotze <i>et al.</i> 1987 ; Luck <i>et al.</i> 2001 ; Lund <i>et al.</i> 1990 ; Markman <i>et al.</i> 2003 ; Martino <i>et al.</i> 1999 ; Masding <i>et al.</i> 1990 ; Mcguire <i>et al.</i> 1995 ; Mechl <i>et al.</i> 1987 ; Meerpohl <i>et al.</i> 1997 ; Merkle <i>et al.</i> 2000 ; Miller <i>et al.</i> 1980 ; Minagawa <i>et al.</i> 2006 ; Missel <i>et al.</i> 2001 ; Morasca <i>et al.</i> 1977 ; Mrcwpoc <i>et al.</i> 1981 ; Muggia <i>et al.</i> 1996 ; Murphy <i>et al.</i> 1993 ; Neijt <i>et al.</i> 1984 ; Neijt <i>et al.</i> 2000 ; Ngan <i>et al.</i> 1989 ; Nishida <i>et al.</i> 1997 ; Omura <i>et al.</i> 1977 ; Omura <i>et al.</i> 2003 ; Omura <i>et al.</i> 1989 ; Ozols <i>et al.</i> 2003 ; Pater <i>et al.</i> 1987 ; Piver <i>et al.</i> 1975 ; Polyzos <i>et al.</i> 1999 ; Rosenberg <i>et al.</i> 2002 ; Schwartz <i>et al.</i> 1981 ; Senn <i>et al.</i> 1980 ; Shapira <i>et al.</i> 1990 ; Shimizu <i>et al.</i> 1997 ; Smithorensen <i>et al.</i> 1998 ; Smith <i>et al.</i> 1975 ; Stiff <i>et al.</i> 2004 ; Sugiyama <i>et al.</i> 1998 ; Swenerton <i>et al.</i> 1992 ; Tattersall <i>et al.</i> 1992 ; Taylor <i>et al.</i> 1994 ; Tenberge <i>et al.</i> 1984 ; Tenbokkel <i>et al.</i> 1988 ; Tokuhashi <i>et al.</i> 1997 ; Trask <i>et al.</i> 1991 ; Trope <i>et al.</i> 1987 ; Vallejos <i>et al.</i> 1997 ; Vasey <i>et al.</i> 2004 ; Vasey <i>et al.</i> 2006 ;

Suite >>

RÉFÉRENCE

KYRGIU2006

ESSAIS EXCLUS (FIN)

Wiernik *et al.* 1992 ; Williams *et al.* 1979 ; Wils *et al.* 1999 ; Wiltshaw *et al.* 1979 ; Wrigley *et al.* 1996 ; Wu *et al.* 2001 ; Young *et al.* 1990 ; Young *et al.* 1974 ; Zylberberg *et al.* 1986

RÉSULTATS

Survie

monoCT (SP) (IV) *vs* polyCT (à base de SP) (iv) : HR = 0,99 [IC95 : 0,88-1,10].  
 monoCT (SP) (IV) *vs* monoCT (T\*\*) (iv) : HR = 0,87 [IC95 : 0,71-1,06].  
 monoCT (SP) (IV) *vs* polyCT (SP + T\*\*) (iv) : HR = 1,16 [IC95 : 0,86-1,58].  
 monoCT (SP) (IV) *vs* monoCT(excepté SP et T\*\*) (iv) : HR = 0,63 [IC95 : 0,48-0,83].  
 polyCT (à base de SP) (iv) *vs* poly CT (à base de SP) (ip) : HR = 1,16 [IC95 : 0,90-1,50].  
 polyCT (à base de SP) (iv) *vs* monoCT (T\*\*) (iv) : HR = 0,70 [IC95 : 0,42-1,16].  
 polyCT (à base de SP) (iv) *vs* polyCT (à base de SP + T\*\*) (iv) : HR = 1,28 [IC95 : 1,07-1,53].  
 polyCT (à base de SP) (iv) *vs* monoCT (excepté SP et T\*\*) (iv) : HR = 0,78 [IC95 : 0,64-0,94].  
 polyCT (à base de SP) (iv) *vs* monoCT (excepté SP et T\*\*) (iv) : HR = 7,78 [IC95 : 0,64-0,94].  
 monoCT (T\*\*) (iv) *vs* polyCT (à base de T\*\*) (iv) : HR = 0,99 [IC95 : 0,68-1,46].  
 monoCT (T\*\*) (iv) *vs* polyCT (excepté SP et T\*\*) (iv) : HR = 1,19 [IC95 : 0,89-1,58].  
 polyCT (SP + T\*\*) (iv) *vs* polyCT (SP + T\*\*) (IP) : HR = 1,28 [IC95 : 1,07-1,53].  
 monoCT (excepté SP et T\*\*) (iv) *vs* polyCT (excepté SP et T\*\*) (iv) : HR = 1,0 [IC95 : 1,06-1,36].

Risque de décès

monoCT (SP) *vs* monoCT (excepté SP et T\*\*) :  
 1<sup>ère</sup> et 2<sup>nde</sup> ligne : HR : = 0,68 [IC95 : 0,56-0,78] ;  
 • 1<sup>ère</sup> ligne uniquement : HR = 0,64 [IC95 : 0,59-0,78].  
 polyCT (SP) *vs* monoCT (excepté SP et T\*\*) :  
 • 1<sup>ère</sup> et 2<sup>nde</sup> ligne : HR = 0,70 [IC95 : 0,62-0,80] ;  
 • 1<sup>ère</sup> ligne uniquement : HR = 0,69 [IC95 : 0,60-0,80].  
 polyCT (SP) (IP) *vs* monoCT (excepté SP et T\*\*) :  
 • 1<sup>ère</sup> et 2<sup>nde</sup> ligne : HR = 0,59 [IC95 : 0,45-0,79] ;  
 • 1<sup>ère</sup> ligne uniquement : HR = 0,59 [IC95 : 0,45-0,79].  
 monoCT (T\*\*) (IV) *vs* monoCT (excepté SP et T\*\*) :  
 • 1<sup>ère</sup> et 2<sup>nde</sup> ligne : HR = 0,92 [IC95 0,74-1,16] ;  
 • 1<sup>ère</sup> ligne uniquement : HR = 0,73 [IC95 : 0,51-1,05].  
 polyCT (à base de T\*\*) (IV) *vs* monoCT (excepté SP et T\*\*) :  
 • 1<sup>ère</sup> et 2<sup>nde</sup> ligne : HR = 0,95 [IC95 : 0,64-1,40].  
 polyCT (SP + T\*\*) *vs* monoCT (excepté SP et T\*\*) :  
 • 1<sup>ère</sup> et 2<sup>nde</sup> ligne : HR = 0,58 [IC95 : 0,49-0,69] ;  
 • 1<sup>ère</sup> ligne uniquement : HR = 0,57 [IC95 : 0,47-0,70].  
 polyCT (SP + T\*\*) (IP) *vs* monoCT (excepté SP et T\*\*) :  
 • 1<sup>ère</sup> et 2<sup>nde</sup> ligne : HR = 0,45 [IC95 : 0,33-0,61] ;  
 • 1<sup>ère</sup> ligne uniquement : HR = 0,45 [IC95 : 0,32-0,62].  
 polyCT (excepté ST et T\*\*) *vs* monoCT (excepté SP et T\*\*) :  
 • 1<sup>ère</sup> et 2<sup>nde</sup> ligne : HR = 0,87 [IC95 : 0,78-0,97] ;  
 • 1<sup>ère</sup> ligne uniquement : HR = 0,86 [IC95 : 0,76-0,98].

HR : Hazard Ratio ; IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; IV : intraveineux ; IP : intrapéritonéal ; monoCT : monochimiothérapie ; polyCT : polychimiothérapie ; SP : Sels de Platine ; T\*\* : Taxane ; *vs* : *versus*.

<b>RÉFÉRENCE</b>	JAABACK2006
<b>TYPE D'ÉTUDE</b>	Méta-analyse sur données publiées
<b>RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE</b>	<p><u>Bases de données</u> : Medline<sup>®</sup>, Embase, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) on the Cochrane Library, Cochrane Database of Systematic Reviews, Gynaecological Cancer Group Specialised Register, Pubmed, TRIP, Lilacs.</p> <p><u>Période de recherche</u> : 1951 - 2005 (Medline<sup>®</sup>), 1974 - 2005 (Embase).</p> <p><u>Publications</u> : en anglais, français.</p> <p><u>Mots clés utilisés</u> : intraperitoneal, regional, parenteral, parenteral infusion, infusions-parenteral, chemotherapy, drug-therapy, chemotherapy-adjuvant, drug-therapy-combination, cisplatine, carboplatine, cyclophosphamide, etoposide, paclitaxel, doxorubicin, ovary.</p>
<b>CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL</b>	Survie
<b>CRITÈRE DE JUGEMENT SECONDAIRE</b>	Toxicité
<b>ESSAIS INCLUS</b>	Alberts <i>et al.</i> 1996 ; Armstrong <i>et al.</i> 2002 ; Gadducci <i>et al.</i> 2000 ; Kirmani <i>et al.</i> 1994 ; Markman <i>et al.</i> 2001 ; Polyzos <i>et al.</i> 1999 ; Yen <i>et al.</i> 2001 ; Zylberberg <i>et al.</i> 1986
<b>ESSAIS EXCLUS</b>	Piccart <i>et al.</i> 2003
<b>RÉSULTATS</b>	<p>Survie</p> <p>Risque de décès : CT (IP) <i>vs</i> CT (IV) : HR = 0,79 [IC95 : 0,70-0,90], p = 0,0002.</p> <p>Risque de récurrence : CT (IP) <i>vs</i> CT (IV) : HR = 0,79 [IC95 : 0,69-0,90], p = 0,0004.</p> <p>Toxicité</p> <p><u>Toxicité hématologique (grade 3-4) :</u></p> <p>Anémie : CT(IP) <i>vs</i> CT(IV) : HR = 0,97 [IC95 : 0,74-1,26], p = 0,8.</p> <p>Thrombocytopenie : CT(IP) <i>vs</i> CT(IV) : HR = 1,16 [IC95 : 0,33-4,06], p = 0,8.</p> <p>Leucopénie : CT(IP) <i>vs</i> CT (IV) : HR = 0,94 [IC95 : 0,75-1,19], p = 0,8.</p> <p><u>Toxicité non -hématologique :</u></p> <p>Rénale : CT (IP) <i>vs</i> CT (IV) : HR = 2,55 [IC95 : 0,80-8,10], p = 0,1.</p> <p>Pulmonaire : CT(IP) <i>vs</i> CT (IV) : HR = 2,90 [IC95 : 0,49-17,36], p = 0,2.</p> <p>Cardiovasculaire : CT (IP) <i>vs</i> CT (IV) : HR = 1,69 [IC95 : 0,93-3,09], p = 0,09</p> <p>Fièvre : CT (IP) <i>vs</i> CT (IV) : HR = 3,63 [IC95 : 1,95-6,74], p = 0,00005.</p> <p>Gastro-intestinale : Ct (IP) <i>vs</i> CT (IV) : HR = 1,60 [IC95 : 1,13-2,25], p = 0,008.</p> <p>Infection : CT (IP) <i>vs</i> CT (IV) : HR = 2,78 [IC95 : 1,60-4,82], p = 0,0003.</p> <p>Métabolique : CT (IP) <i>vs</i> CT (IV) : HR = 4,38 [IC95 : 2,68-7,15], p &lt; 0,00001.</p> <p>Neurologique : CT (IP) <i>vs</i> CT (IV) : HR = 1,19 [IC95 : 0,64-2,21], p = 0,6.</p> <p>Douleurs : CT (IP) <i>vs</i> CT (IV) : HR = 8,13 [IC95 : 4,11-16,10], p &lt; 0,00001.</p> <p>Perte d'audition : CT (IP) <i>vs</i> CT (IV) : HR = 0,67 [IC95 : 0,46-0,99], p = 0,04.</p>

CT : chimiothérapie ; HR : Hazard Ratio ; IP : intrapéritonéale ; IV : intraveineuse ; *vs* : *versus*.

# TRAITEMENTS ADJUVANTS STADES IIB À IV AVEC RÉSIDU MACROSCOPIQUE

RÉFÉRENCE	REED2006*
TYPE D'ÉTUDE	Essai randomisé de phase III
PÉRIODE D'INCLUSION	11/1994 - 07/1998
POPULATION	<p>204 cancers de l'ovaire</p> <p><u>Stade (FIGO)</u></p> <p>IC : N = 3 (A), 3 (B)            II : N = 7 (A), 5 (B)            III : N = 73 (A), 75 (B)            IV : N = 19 (A), 19 (B)</p> <p><u>Grade histologique</u></p> <p>1 : N = 6 (A), 7 (B)            2 : N = 29 (A), 20 (B)            3 : N = 57 (A), 58 (B)            Inconnu : N = 10 (A), 17 (B)</p> <p><u>Type histologique</u></p> <p>Séreux : N = 27 (A), 31 (B)            Mucineux : N = 3 (A), 5 (B)            Cellules claires : N = 3 (A), 5 (B)            Endométrioïdes : N = 8 (A), 6 (B)            Anaplasiques : N = 18 (A), 22 (B)            Papillaires : N = 21 (A), 16 (B)            Autres/inconnus : N = 22 (A), 22 (B)</p>
INTERVENTIONS	<p>Bras A : C (N = 102)            Bras B : T (N = 102)</p>
CRITÈRE DE JUGEMENT	Survie, taux de réponse, toxicité
RÉSULTATS	<p>Survie (mois)</p> <p><u>Temps avant progression :</u>            10 [IC95 : 9-12] (A) vs 5 [IC95 : 4-6] (B) ;            Taux de progression relatif (B/A) = 1,77 [IC95 : 1,30-2,42], p &lt; 0,001.</p> <p><u>Survie médiane :</u>            15 [IC95 : 10-21] (A) vs 12 [IC95 : 9-15] (B) ;            Taux de décès relatif (B/A) = 1,77 [IC95 : 1,04-1,94], p &lt; 0,026.</p> <p>Taux de réponse            49 % (A) vs 29 % (B) (<math>\Delta</math> = 20 % [IC95 : 5-35], p = 0,008).</p> <p>Toxicité hématologique</p> <p>Neutropénie (p = 0,007) :            Grade 0-2 : 80 % (A) vs 83 % (B) / Grade 3-4 : 20 % (A) vs 17 % (B).</p> <p>Leucopénie (p = 0,80) :            Grade 0-2 : 92 % (A) vs 85 % (B) / Grade 3-4 : 8 % (A) vs 15 % (B).</p> <p>Thrombocytopénie (p = 0,15) :            Grade 0-2 : 84 % (A) vs 85 % (B) / Grade 3-4 : 16 % (A) vs 15 % (B).</p> <p>Anémie (p &lt; 0,001) :            Grade 0-2 : 83 % (A) vs 96 % (B) / Grade 3-4 : 17 % (A) vs 4 % (B).</p>

\* : essai arrêté prématurément ;  $\Delta$  : différence ; C : Carboplatine ; D : Doxorubicine ; IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; P : Paclitaxel ; T : Tréosulfan ; vs : versus.

<b>RÉFÉRENCE</b>	DUBOIS2006																												
<b>TYPE D'ÉTUDE</b>	Essai randomisé de phase III																												
<b>PÉRIODE D'INCLUSION</b>	11/1997 - 02/2000																												
<b>POPULATION</b>	<p>1 282 cancers de l'ovaire</p> <table> <tr> <td><u>Stade (FIGO)</u></td> <td><u>Grade histologique (FIGO)</u></td> </tr> <tr> <td>IB : N = 1 (A), 0 (B)</td> <td>1 : N = 54 (A), 53 (B)</td> </tr> <tr> <td>IIB : N = 21 (A), 20 (B)</td> <td>2 : N = 179 (A), 204 (B)</td> </tr> <tr> <td>IIC : N = 36 (A), 42 (B)</td> <td>3 : N = 306 (A), 305 (B)</td> </tr> <tr> <td>IIIA : N = 37 (A), 36 (B)</td> <td>Inconnu : N = 96 (A), 85 (B)</td> </tr> <tr> <td>IIIB : N = 69 (A), 83 (B)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>IIIC : N = 352 (A), 358 (B)</td> <td><u>Type histologique</u></td> </tr> <tr> <td>IV : N = 116 (A), 105 (B)</td> <td>Séreux/papillaires : N = 461 (A), 476 (B)</td> </tr> <tr> <td>Inconnu : N = 3 (A), 3 (B)</td> <td>Endométrioïdes : N = 56 (A), 55 (B)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Mucineux : N = 26 (A), 37 (B)</td> </tr> <tr> <td><u>Résidu tumoral</u></td> <td>Autres : N = 89 (A), 79 (B)</td> </tr> <tr> <td>≤ 1 cm : N = 388 (A), 385 (B)</td> <td>Inconnu : N = 3 (A°, 0 (B)</td> </tr> <tr> <td>&gt; 1 cm : N = 172 (A), 186 (B)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Inconnu : N = 75 (A), 76 (B)</td> <td></td> </tr> </table>	<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Grade histologique (FIGO)</u>	IB : N = 1 (A), 0 (B)	1 : N = 54 (A), 53 (B)	IIB : N = 21 (A), 20 (B)	2 : N = 179 (A), 204 (B)	IIC : N = 36 (A), 42 (B)	3 : N = 306 (A), 305 (B)	IIIA : N = 37 (A), 36 (B)	Inconnu : N = 96 (A), 85 (B)	IIIB : N = 69 (A), 83 (B)		IIIC : N = 352 (A), 358 (B)	<u>Type histologique</u>	IV : N = 116 (A), 105 (B)	Séreux/papillaires : N = 461 (A), 476 (B)	Inconnu : N = 3 (A), 3 (B)	Endométrioïdes : N = 56 (A), 55 (B)		Mucineux : N = 26 (A), 37 (B)	<u>Résidu tumoral</u>	Autres : N = 89 (A), 79 (B)	≤ 1 cm : N = 388 (A), 385 (B)	Inconnu : N = 3 (A°, 0 (B)	> 1 cm : N = 172 (A), 186 (B)		Inconnu : N = 75 (A), 76 (B)	
<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Grade histologique (FIGO)</u>																												
IB : N = 1 (A), 0 (B)	1 : N = 54 (A), 53 (B)																												
IIB : N = 21 (A), 20 (B)	2 : N = 179 (A), 204 (B)																												
IIC : N = 36 (A), 42 (B)	3 : N = 306 (A), 305 (B)																												
IIIA : N = 37 (A), 36 (B)	Inconnu : N = 96 (A), 85 (B)																												
IIIB : N = 69 (A), 83 (B)																													
IIIC : N = 352 (A), 358 (B)	<u>Type histologique</u>																												
IV : N = 116 (A), 105 (B)	Séreux/papillaires : N = 461 (A), 476 (B)																												
Inconnu : N = 3 (A), 3 (B)	Endométrioïdes : N = 56 (A), 55 (B)																												
	Mucineux : N = 26 (A), 37 (B)																												
<u>Résidu tumoral</u>	Autres : N = 89 (A), 79 (B)																												
≤ 1 cm : N = 388 (A), 385 (B)	Inconnu : N = 3 (A°, 0 (B)																												
> 1 cm : N = 172 (A), 186 (B)																													
Inconnu : N = 75 (A), 76 (B)																													
<b>INTERVENTIONS</b>	<p>Bras A : C + P (N = 635)</p> <p>Bras B : C + P + E (N = 647)</p>																												
<b>CRITÈRE DE JUGEMENT</b>	Survie globale, survie sans progression, toxicité, réponse tumorale, qualité de vie																												
<b>RÉSULTATS</b>	<p>Survie globale (mois)</p> <p><u>Ensemble de la population :</u></p> <p>45,8 [IC95 : 39,9-49,6] (B) vs 41,0 [IC95 : 38,2-46,1] (A) ;  HR (ajusté) = 0,93 [IC95 : 0,811-1,08], p = 0,3652.</p> <p><u>Strate 1, survie globale médiane :</u></p> <p>59,8 [IC95 : 51,7-NA] (B) vs 51,7 [IC95 : 48,7-62,5] (A) ;  HR = 0,91 [IC95 : 0,73-1,12], p = 0,3683.</p> <p><u>Strate 2, survie globale médiane:</u></p> <p>28,7 [IC95 : 24,9-33,7] (B) vs 28,1 [IC95 : 25,3-33,7] (A);  HR = 0,96 [IC95 : 0,79-1,17], p = 0,6906.</p> <p>Survie sans progression (mois)</p> <p><u>Survie sans progression médiane :</u></p> <p>18,4 [IC95 : 16,2-20,2] (B) vs 17,9 [IC95 : 16,3-19,7] (A) ;  HR (ajusté) = 0,95 [IC95 : 0,83-1,07], p = 0,3342.</p> <p><u>Strate 1 :</u></p> <p>27,1 [IC95 : 23,0-35,1] (B) vs 23,7 [IC95 : 20,8-26,7] (A) ;  HR = 0,91 [IC95 : 0,76-1,09], p = 0,2955.</p> <p><u>Strate 2 :</u></p> <p>13,5 [IC95 : 12,3-14,4] (B) vs 12,8 [IC95 : 11,5-14,5] (A);  HR = 0,97 [IC95 : 0,81-1,17], p = 0,7560.</p>																												

Suite >>

RÉSULTATS (FIN)

Toxicité

Réduction de dose : 9,9 % (A) vs 19,0 % (B), p < 0,0001.

Toxicité hématologique (grade 3/4) (%) :

- Hémoglobine : 4,8/0,7 (A) vs 17,7/3,3 (B), p < 0,0001 ;
- Plaquettes : 2,3/1,8 (A) vs 12,6/5,4 (B), p < 0,0001 ;
- Transfusion : 8,4/- (A) vs 25,6/- (B), p < 0,0001 ;
- Leucocytes : 25,5/1,1 (A) vs 53,4/12,3 (B), p < 0,0001 ;
- Neutrophiles : 30,7/25,1 (A) vs 17,8/58,3 (B), p < 0,0001 ;
- Neutropénie fébrile : 2,0/0,2 (A) vs 10,2/0,6 (B), p < 0,0001.

Soins de support (grade3/4) (%) :

- Antibiotiques : 15,9/- (A) vs 25,2/- (B), p < 0,0001 ;
- G-CSF : 12,5/- (A) vs 27,6/- (B), p < 0,0001.

Réponse tumorale

Réponse complète ou partielle : 60 % (A) vs 60,1 % (B), p = ns.

Qualité de vie

Bras A :

- Amélioration significative du score le plus faible de 2 à 4 points (p = 0,0002).
- Amélioration significative du score moyen de 2 à 4 points (p = 0,001).

Différence moyenne entre les traitements :

- Score moyen : 6,4 [2,7-10,1],  $\alpha = 0,05$  ;
- Score le plus faible : 8,3 [4,2-12,3],  $\alpha = 0,05$ .

C : Carboplatine ; E : Epirubicine ; HR : Hazard Ratio ; IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; P : Paclitaxel ; vs : versus ; G-CSF : granulocyte colony-stimulating factor ; vs : versus.

<b>RÉFÉRENCE</b>	KRISTENSEN2003																								
<b>TYPE D'ÉTUDE</b>	Essai randomisé de phase III																								
<b>PÉRIODE D'INCLUSION</b>	03/1999 - 08/2001																								
<b>POPULATION</b>	872 cancers de l'ovaire  <table border="0"> <tr> <td><u>Stade (FIGO)</u></td> <td><u>Stade (FIGO)</u></td> </tr> <tr> <td>IIB : N = 19 (A), 22 (B)</td> <td>IIB : N = 19 (A), 22 (B)</td> </tr> <tr> <td>IIC : N = 34 (A), 31 (B)</td> <td>IIC : N = 34 (A), 31 (B)</td> </tr> <tr> <td>IIIA : N = 16 (A), 27 (B)</td> <td>IIIA : N = 16 (A), 27 (B)</td> </tr> <tr> <td>IIIB : N = 38 (A), 49 (B)</td> <td>IIIB : N = 38 (A), 49 (B)</td> </tr> <tr> <td>IIIC : N = 256 (A), 249 (B)</td> <td>IIIC : N = 256 (A), 249 (B)</td> </tr> <tr> <td>IV : N = 73 (A), 58 (B)</td> <td>IV : N = 73 (A), 58 (B)</td> </tr> <tr> <td><u>Grade histologique (FIGO)</u></td> <td><u>Grade histologique (FIGO)</u></td> </tr> <tr> <td>1 : N = 44 (A), 41 (B)</td> <td>1 : N = 44 (A), 41 (B)</td> </tr> <tr> <td>2 : N = 99 (A), 107 (B)</td> <td>2 : N = 99 (A), 107 (B)</td> </tr> <tr> <td>3 : N = 233 (A), 228 (B)</td> <td>3 : N = 233 (A), 228 (B)</td> </tr> <tr> <td>Non établis : N = 11 (A), 60 (B)</td> <td>Non établis : N = 11 (A), 60 (B)</td> </tr> </table>	<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Stade (FIGO)</u>	IIB : N = 19 (A), 22 (B)	IIB : N = 19 (A), 22 (B)	IIC : N = 34 (A), 31 (B)	IIC : N = 34 (A), 31 (B)	IIIA : N = 16 (A), 27 (B)	IIIA : N = 16 (A), 27 (B)	IIIB : N = 38 (A), 49 (B)	IIIB : N = 38 (A), 49 (B)	IIIC : N = 256 (A), 249 (B)	IIIC : N = 256 (A), 249 (B)	IV : N = 73 (A), 58 (B)	IV : N = 73 (A), 58 (B)	<u>Grade histologique (FIGO)</u>	<u>Grade histologique (FIGO)</u>	1 : N = 44 (A), 41 (B)	1 : N = 44 (A), 41 (B)	2 : N = 99 (A), 107 (B)	2 : N = 99 (A), 107 (B)	3 : N = 233 (A), 228 (B)	3 : N = 233 (A), 228 (B)	Non établis : N = 11 (A), 60 (B)	Non établis : N = 11 (A), 60 (B)
<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Stade (FIGO)</u>																								
IIB : N = 19 (A), 22 (B)	IIB : N = 19 (A), 22 (B)																								
IIC : N = 34 (A), 31 (B)	IIC : N = 34 (A), 31 (B)																								
IIIA : N = 16 (A), 27 (B)	IIIA : N = 16 (A), 27 (B)																								
IIIB : N = 38 (A), 49 (B)	IIIB : N = 38 (A), 49 (B)																								
IIIC : N = 256 (A), 249 (B)	IIIC : N = 256 (A), 249 (B)																								
IV : N = 73 (A), 58 (B)	IV : N = 73 (A), 58 (B)																								
<u>Grade histologique (FIGO)</u>	<u>Grade histologique (FIGO)</u>																								
1 : N = 44 (A), 41 (B)	1 : N = 44 (A), 41 (B)																								
2 : N = 99 (A), 107 (B)	2 : N = 99 (A), 107 (B)																								
3 : N = 233 (A), 228 (B)	3 : N = 233 (A), 228 (B)																								
Non établis : N = 11 (A), 60 (B)	Non établis : N = 11 (A), 60 (B)																								
<b>INTERVENTIONS</b>	Bras A : C + P + E (N = 436) Bras B : C + P (N = 436)																								
<b>CRITÈRE DE JUGEMENT</b>	Toxicité, réponse tumorale																								
<b>RÉSULTATS</b>	<p>Toxicité</p> <p><u>Toxicité hématologique :</u>  Neutropénie fébrile (%) : 12,5 (A) vs 1,5 (B), p &lt; 0,0001.  Toxicité non-hématologique (grade3/4) (%) :  Nausées : 11,0/0 (A) vs 4,1/0 (B), p &lt; 0,01 ;  Vomissements : 9,4/1,4 (A) vs 3,4/0,5 (B), p &lt; 0,01 ;  Mucite : 3,9/0,5 (A) vs 0,7/0 (B), p &lt; 0,01.</p> <p><u>Toxicité neurologiques (grade2/3/4) (%) :</u>  Sensorielle : 20,3/2,7/0 (A) vs 19,9/3,2/0,2 (B), p = ns ;  Motrices : 4,8/3,9/0,2 (A) vs 7,8/1,4/0,1 (B), p = ns ;  Auditives : 2,7/0,6/0 (A) vs 2,5/0,5/0 (B), p = ns.  Fraction d'éjection ventriculaire gauche, réduction de 15 % : 3 % (A) vs 1,5 % (B), p = 0,2.</p> <p>Réponse tumorale  Réponse complète : 65 % (A) vs 55 % (B) ;  Réponse partielle : 18 % (A) vs 25 % (B) ;  Taux de réponse global : 83 % (A) vs 80 % (B) ;  Progression : 7 % (A) vs 9 % (B).</p>																								

C : Carboplatine ; E : Epirubicine ; P : Paclitaxel ; vs : versus.

<b>RÉFÉRENCE</b>	VASEY2004														
<b>TYPE D'ÉTUDE</b>	Essai randomisé de phase III														
<b>PÉRIODE D'INCLUSION</b>	10/1998 - 05/2000														
<b>POPULATION</b>	<p>1 077 cancers de l'ovaire</p> <table border="0"> <tr> <td><u>Stade (FIGO)</u></td> <td><u>Stade (FIGO)</u></td> </tr> <tr> <td>IC-II : N = 19 (A), 20 (B)</td> <td>IC-II : N = 19 (A), 20 (B)</td> </tr> <tr> <td>III-IV : N = 81 (A), 80 (B)</td> <td>III-IV : N = 81 (A), 80 (B)</td> </tr> <tr> <td><u>Résidu tumoral</u></td> <td><u>Résidu tumoral</u></td> </tr> <tr> <td>Nul ou microscopique : N = 33 (A), 33 (B)</td> <td>Nul ou microscopique : N = 33 (A), 33 (B)</td> </tr> <tr> <td>≤ 2 cm : N = 30 (A), 30 (B)</td> <td>≤ 2 cm : N = 30 (A), 30 (B)</td> </tr> <tr> <td>&gt; 2 cm : N = 37 (A), 37 (B)</td> <td>&gt; 2 cm : N = 37 (A), 37 (B)</td> </tr> </table>	<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Stade (FIGO)</u>	IC-II : N = 19 (A), 20 (B)	IC-II : N = 19 (A), 20 (B)	III-IV : N = 81 (A), 80 (B)	III-IV : N = 81 (A), 80 (B)	<u>Résidu tumoral</u>	<u>Résidu tumoral</u>	Nul ou microscopique : N = 33 (A), 33 (B)	Nul ou microscopique : N = 33 (A), 33 (B)	≤ 2 cm : N = 30 (A), 30 (B)	≤ 2 cm : N = 30 (A), 30 (B)	> 2 cm : N = 37 (A), 37 (B)	> 2 cm : N = 37 (A), 37 (B)
<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Stade (FIGO)</u>														
IC-II : N = 19 (A), 20 (B)	IC-II : N = 19 (A), 20 (B)														
III-IV : N = 81 (A), 80 (B)	III-IV : N = 81 (A), 80 (B)														
<u>Résidu tumoral</u>	<u>Résidu tumoral</u>														
Nul ou microscopique : N = 33 (A), 33 (B)	Nul ou microscopique : N = 33 (A), 33 (B)														
≤ 2 cm : N = 30 (A), 30 (B)	≤ 2 cm : N = 30 (A), 30 (B)														
> 2 cm : N = 37 (A), 37 (B)	> 2 cm : N = 37 (A), 37 (B)														
<b>INTERVENTIONS</b>	<p>Bras A : D* + C (N = 539)</p> <p>Bras B : P + C (N = 538)</p>														
<b>CRITÈRE DE JUGEMENT</b>	Survie, taux de réponse, toxicité														
<b>RÉSULTATS</b>	<p>Survie</p> <p><u>Survie sans progression médiane (mois) :</u>  15 [IC95 : 13,3-16,6] (A) vs 14,8 [IC95 : 13,5-16,1] (B) ;  HR (A) = 0,97 [IC95 : 0,83-1,13], p = 0,707.</p> <p><u>Taux de survie globale à 2 ans :</u>  64,2 % [IC95 : 59,9-68,5] (A) vs 68,9 % [IC95 : 64,6-73,2] (B) ;  HR (A) = 1,13 [IC95 : 0,92-1,39], p = 0,238.</p> <p><u>Taux de réponse</u>  Taux de réponse clinique : 58,7 % (A), 59,5 % (B) (<math>\Delta</math> = - 0,8 % [IC95 : -8,6-7,1], p = 0,868.  Taux de réponse complète : 28 % (A), 28 % (B)</p> <p><u>Toxicité (p &lt; 0,001)</u>  <u>Toxicité hématologique (grade 3-4) (%) :</u>  Neutropénie : 94 (A) vs 84 (B).  Complications neutropéniques (grade 4) (%) :  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neutropénie + fièvre : 11 (A) vs 2 (B) ;</li> <li>• Neutropénie (&gt; 7 jours) : 14 (A) vs 3 (B).</li> </ul> <u>Neurotoxicité :</u>  Sensorielle : 45 % (A) vs 78 % (B) ; Taux (grade 2-4) : 11 % (A) vs 30 % (B) (<math>\Delta</math> = 19 % [IC95 : 15-24].  Motrice : 9 % (A) vs 16 % (B) ; Taux (grade 2-4) : 3 % (A) vs 7 % (B) (<math>\Delta</math> = 4 % [IC95 : 1-7].</p>														

$\Delta$  : différence ; C : Carboplatine ; D\* : Docétaxel ; HR : Hazard Ratio ; IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; P : Paclitaxel ; vs : versus.

<b>RÉFÉRENCE</b>	VASEY2006
<b>TYPE D'ÉTUDE</b>	Essai randomisé de phase III
<b>PÉRIODE D'INCLUSION</b>	09/2000 - 01/2002
<b>POPULATION</b>	132 cancers de l'ovaire  <u>Stade (FIGO)</u> IC : N = 2 (A), 3 (B), 3 (C) II : N = 7 (A), 4 (B), 5 (C) III : N = 29 (A), 31 (B), 30 (C) IV : N = 6 (A), 6 (B), 6 (C)  <u>Grade histologique (FIGO)</u> 1 : N = 4 (A), 1 (B), 2 (C) 2 : N = 11 (A), 11 (B), 12 (C) 3 : N = 25 (A), 27 (B), 25 (C)  <u>Résidu tumoral</u> Nul ou microscopique : N = 16 (A), 15 (B), 16 (C) ≤ 2 cm : N = 13 (A), 12 (B), 13 (C) > 2 cm : N = 15 (A), 17 (B), 15 (C)
<b>INTERVENTIONS</b>	Bras A : C + D* (N = 44) Bras B : C + D* + G (1 sem) (N = 44) Bras C : C + D* + G (3 sem) (N = 44)
<b>CRITÈRE DE JUGEMENT</b>	Taux de réalisation, survie sans progression, toxicité
<b>RÉSULTATS</b>	Taux de réalisation (%) 70,5 [IC90 : 57,2-81,6] (A) 72,7 [IC90 : 59,6-83,4] (B) 45,5 [IC90 : 32,5-58,9] (C).  Survie sans progression Taux de survie sans progression à 8 mois (%) : 77,3 (A), 93,1 (B), 76,9 (C). Temps de survie sans progression (mois) : 15,5 (A), 18,1 (B), 13,7 (C).  Toxicité <u>Toxicité hématologique</u> Anémie (p = 0,002) : grade 3 : N = 0 (A), 4 (B), 3 (C) / grade 4 : N = 0 (A), 1 (B), 1 (C) Thrombocytopénie (p < 0,001) : Grade 3 : N = 3 (A), 2 (B), 4 (C) / grade 4 : N = 0 (A), 2 (B), 0 (C). Neutropénie (p = 0,015) : Grade 3 : N = 3 (A), 16 (B), 8 (C) / grade 4 : N = 24 (A), 20 (B), 10 (C). <u>Toxicité non-hématologique</u> Alopécie (p = 0,001) : Grade 3 : N = 27 (A), 27 (B), 7 (C) / grade 4 : N = 5 (A), 4 (B), 10 (C). Dyspnée (p = 0,001) : Grade 3 : N = 4 (A), 15 (B), 14 (C) / grade 4 : N = 0 (A), 2 (B), 2 (C).

Δ : différence ; C : Carboplatine ; D\* : Docétaxel ; G : Gemcitabine ; IC90 : intervalle de confiance à 90 %.

<b>RÉFÉRENCE</b>	PFISTERER2006	
<b>TYPE D'ÉTUDE</b>	Essai randomisé de phase III	
<b>PÉRIODE D'INCLUSION</b>	12/1999 - 03/2002	
<b>POPULATION</b>	1 308 cancers de l'ovaire	
	<u>Stade (FIGO)</u> IB : N = 1 (A), 0 (B) IIA : N = 0 (A), 1 (B) IIB : N = 24 (A), 25 (B) IIC : N = 30 (A), 34 (B) IIIA : N = 30 (A), 21 (B) IIIB : N = 69 (A), 79 (B) IIIC : N = 395 (A), 376 (B) IV : N = 100 (A), 121 (B) Inconnu : N = 1 (A), 1 (B)	<u>Stade (FIGO)</u> IB : N = 1 (A), 0 (B) IIA : N = 0 (A), 1 (B) IIB : N = 24 (A), 25 (B) IIC : N = 30 (A), 34 (B) IIIA : N = 30 (A), 21 (B) IIIB : N = 69 (A), 79 (B) IIIC : N = 395 (A), 376 (B) IV : N = 100 (A), 121 (B) Inconnu : N = 1 (A), 1 (B)
	<u>Résidu tumoral</u> ≤ 1 cm : N = 394 (A), 405 (B) > 1 cm : N = 195 (A), 192 (B) Inconnu : N = 61 (A), 61 (B)	<u>Résidu tumoral</u> ≤ 1 cm : N = 394 (A), 405 (B) > 1 cm : N = 195 (A), 192 (B) Inconnu : N = 61 (A), 61 (B)
<b>INTERVENTIONS</b>	Bras A : C + P (N = 650) Bras B : C + P puis T* (N = 658)	
<b>CRITÈRE DE JUGEMENT</b>	Survie globale, survie sans progression, toxicité, réponse tumorale	
<b>RÉSULTATS</b>	Survie globale (mois) <u>Survie globale médiane :</u> 44,5 [IC95 : 39,0-51,5] (A) vs 43,1 [IC95 : 37,6-48,7] (B) ; HR (ajusté) = 1,01 [IC95 : 0,86-1,18], p = 0,885 ; Taux de survie à 3 ans : 58,5 % [IC95 : 54,4-62,3] (A) vs 55,7 % [IC95 : 51,6-59,5] (B). <u>Strate 1, survie globale médiane :</u> 56,5 [IC95 : 54,1-NA] (A) vs NA (B) ; HR = 1,08 [IC95 : 0,85-1,38], p = 0,512 ; Taux de survie à 3 ans : 70,7 % [IC95 : 65,6-75,2] (A) vs 66,3 % [IC95 : 61,1-71,1] (B). <u>Strate 2, survie globale médiane :</u> 28,6 [IC95 : 24,7-32,6] (A) vs 27,2 [IC95 : 23,9-33,7] (B) ; HR = 0,96 [IC95 : 0,78-1,18], p = 0,706 ; Taux de survie à 3 ans : 41,3 % [IC95 : 35,2-47,3] (A) vs 41,1 % [IC95 : 35,1-47,0] (B).	

Suite >>

RÉFÉRENCE

PFISTERER2006

RÉSULTATS (FIN)

Survie sans progression (mois)

Survie sans progression médiane :

18,5 [IC95 : 16,8-19,9] (A) vs 18,2 [IC95 : 16,6-20,7] (B) ;

HR (ajusté) = 0,97 [IC95 : 0,85-1,10], p = 0,688.

Strate 1 :

28,6 [IC95 : 24,0-33,2] (A) vs 26,4 [IC95 : 22,5-30,1] (B) ;

HR = 1,02 [IC95 : 0,85-1,22], p = 0,844.

Strate 2 :

13,1 [IC95 : 11,7-14,6] (A) vs 13,1 [IC95 : 12-14,8] (B) ;

HR = 0,93 [IC95 : 0,78-1,12], p = 0,446.

Toxicité

Toxicité hématologique (grade 3 ou 4) (%) :

Anémie : 6,6 (A) vs 17,6 (B), p < 0,001 ;

Thrombopénie : 5,4 (A) vs 26,9 (B), p < 0,001 ;

Leucopénie : 288,2 (A) vs 53,8 (B), p < 0,001 ;

Neutropénie : 54,8 (A) vs 75,5 (B), p < 0,001.

Toxicité non-hématologique (grade 3 ou 4) (%) :

Réaction allergique/hypersensibilité : 1,9 (A) vs 3,9 (B), p = 0,04 ;

Arythmie cardiaque : 0,7 (A) vs 2,1 (B), p = 0,03 ;

Constipation : 8,4 (A) vs 11,8 (B), p = 0,043 ;

Infections : 2,7 (A) vs 5,1 (B), p = 0,03.

Réponse tumorale

Réponse complète ou partielle : 76,2 % (A) vs 69 % (B), p = 0,166.

C : Carboplatine ; HR : Hazard Ratio ; IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; P : Paclitaxel ; T\* : Topotécan ; vs : versus.

HR : Hazard Ratio ; IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; vs : versus.

<b>RÉFÉRENCE</b>	ARAVANTINOS2005																
<b>TYPE D'ÉTUDE</b>	Essai randomisé de phase III																
<b>PÉRIODE D'INCLUSION</b>	01/1995 - 05/1999																
<b>POPULATION</b>	<p>247 cancers de l'ovaire</p> <table> <tr> <td><u>Stade (FIGO)</u></td> <td><u>Type histologique</u></td> </tr> <tr> <td>IIC : N = 9 (A), 13 (B)</td> <td>Séreux : N = 81 (A), 89 (B)</td> </tr> <tr> <td>III : N = 89 (A), 92 (B)</td> <td>Endométrioïdes : N = 9 (A), 11 (B)</td> </tr> <tr> <td>IV : N = 23 (A), 21 (B)</td> <td>Mucineux : N = 9 (A), 9 (B)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Cellules claires : N = 4 (A), 4 (B)</td> </tr> <tr> <td><u>Résidu tumoral</u></td> <td>Indifférenciés : N = 9 (A), 3 (B)</td> </tr> <tr> <td>Non : N = 25 (A), 29 (B)</td> <td>Autres : N = 10 (A), 10 (B)</td> </tr> <tr> <td>Oui : N = 96 (A), 97 (B)</td> <td></td> </tr> </table>	<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Type histologique</u>	IIC : N = 9 (A), 13 (B)	Séreux : N = 81 (A), 89 (B)	III : N = 89 (A), 92 (B)	Endométrioïdes : N = 9 (A), 11 (B)	IV : N = 23 (A), 21 (B)	Mucineux : N = 9 (A), 9 (B)		Cellules claires : N = 4 (A), 4 (B)	<u>Résidu tumoral</u>	Indifférenciés : N = 9 (A), 3 (B)	Non : N = 25 (A), 29 (B)	Autres : N = 10 (A), 10 (B)	Oui : N = 96 (A), 97 (B)	
<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Type histologique</u>																
IIC : N = 9 (A), 13 (B)	Séreux : N = 81 (A), 89 (B)																
III : N = 89 (A), 92 (B)	Endométrioïdes : N = 9 (A), 11 (B)																
IV : N = 23 (A), 21 (B)	Mucineux : N = 9 (A), 9 (B)																
	Cellules claires : N = 4 (A), 4 (B)																
<u>Résidu tumoral</u>	Indifférenciés : N = 9 (A), 3 (B)																
Non : N = 25 (A), 29 (B)	Autres : N = 10 (A), 10 (B)																
Oui : N = 96 (A), 97 (B)																	
<b>INTERVENTIONS</b>	<p>Bras A : P + C (N = 121)</p> <p>Bras B : P + C/C* (N = 126)</p>																
<b>CRITÈRE DE JUGEMENT</b>	Survie globale, survie sans récurrence, toxicité, taux de réponse																
<b>RÉSULTATS</b>	<p>Survie globale</p> <p>Estimation du taux de survie globale à 5 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>35 % [IC95 : 26-44] (A) vs 39 % (B) [IC95 : 20-48]</li> </ul> <p>Survie globale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>40,6 mois (A) vs 38,6 mois (B) (p = 0,79).</li> </ul> <p>Survie sans progression</p> <p>Estimation du taux de survie sans progression à 5 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>29 % [IC95 : 21-37] (A) vs 28 % [IC95 : 20-36] (B).</li> </ul> <p>Survie sans progression :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>38 mois (A) vs 39 mois (B) (p = 0,95).</li> </ul> <p>Toxicité</p> <p>Nausées et vomissements : 1,6 % (A) vs 8,4 % (B) (p = 0,02).</p> <p>Leucopénie sévère : 12,6 % (A) vs 19,3 % (B) (p = ns).</p> <p>Neutropénie : 26,7 % (A) vs 36,1 % (B) (p = ns).</p> <p>Thrombocytopénie : 10,2 % (A) vs 13,5 % (B) (p = ns).</p> <p>Neutropénie fébrile : 4 % (A) vs 5 % (B) (p = ns).</p> <p>Neurotoxicité périphérique sévère : 2,4 % (A) vs 5,9 % (B) (p = ns).</p> <p>Taux de réponse</p> <p>Global : 68 % [IC95 56,4-78,0] (A) vs 67 % [IC95 : 55,6-77,3] (B) (p = 1,0)</p>																

C : Carboplatine ; C\* : Cisplatine ; IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; P : Paclitaxel ; vs : *versus*.

<b>RÉFÉRENCE</b>	MOBUS2007																						
<b>TYPE D'ÉTUDE</b>	Essai randomisé de phase III																						
<b>PÉRIODE D'INCLUSION</b>	07/1998 - 06/2004																						
<b>POPULATION</b>	<p>149 cancers de l'ovaire</p> <table border="0"> <tr> <td><u>Stade (FIGO)</u></td> <td><u>Stade (FIGO)</u></td> </tr> <tr> <td>IIB : N = 4 (A), 2 (B)</td> <td>IIB : N = 4 (A), 2 (B)</td> </tr> <tr> <td>IIIA : N = 6 (A), 5 (B)</td> <td>IIIA : N = 6 (A), 5 (B)</td> </tr> <tr> <td>IIIB : N = 6 (A), 3 (B)</td> <td>IIIB : N = 6 (A), 3 (B)</td> </tr> <tr> <td>IIIC : N = 43 (A), 46 (B)</td> <td>IIIC : N = 43 (A), 46 (B)</td> </tr> <tr> <td>III (non spécifiés) : N = 7 (A), 4 (B)</td> <td>III (non spécifiés) : N = 7 (A), 4 (B)</td> </tr> <tr> <td>IV : N = 12 (A), 11 (B)</td> <td>IV : N = 12 (A), 11 (B)</td> </tr> <tr> <td><u>Résidu tumoral</u></td> <td><u>Résidu tumoral</u></td> </tr> <tr> <td>Nul : N = 30 (A), 23 (B)</td> <td>Nul : N = 30 (A), 23 (B)</td> </tr> <tr> <td>1 - &lt; 2 cm : N = 38 (A), 39 (B)</td> <td>1 - &lt; 2 cm : N = 38 (A), 39 (B)</td> </tr> <tr> <td>≥ 2 cm : N = 1 (A), 1 (B)</td> <td>≥ 2 cm : N = 1 (A), 1 (B)</td> </tr> </table>	<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Stade (FIGO)</u>	IIB : N = 4 (A), 2 (B)	IIB : N = 4 (A), 2 (B)	IIIA : N = 6 (A), 5 (B)	IIIA : N = 6 (A), 5 (B)	IIIB : N = 6 (A), 3 (B)	IIIB : N = 6 (A), 3 (B)	IIIC : N = 43 (A), 46 (B)	IIIC : N = 43 (A), 46 (B)	III (non spécifiés) : N = 7 (A), 4 (B)	III (non spécifiés) : N = 7 (A), 4 (B)	IV : N = 12 (A), 11 (B)	IV : N = 12 (A), 11 (B)	<u>Résidu tumoral</u>	<u>Résidu tumoral</u>	Nul : N = 30 (A), 23 (B)	Nul : N = 30 (A), 23 (B)	1 - < 2 cm : N = 38 (A), 39 (B)	1 - < 2 cm : N = 38 (A), 39 (B)	≥ 2 cm : N = 1 (A), 1 (B)	≥ 2 cm : N = 1 (A), 1 (B)
<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Stade (FIGO)</u>																						
IIB : N = 4 (A), 2 (B)	IIB : N = 4 (A), 2 (B)																						
IIIA : N = 6 (A), 5 (B)	IIIA : N = 6 (A), 5 (B)																						
IIIB : N = 6 (A), 3 (B)	IIIB : N = 6 (A), 3 (B)																						
IIIC : N = 43 (A), 46 (B)	IIIC : N = 43 (A), 46 (B)																						
III (non spécifiés) : N = 7 (A), 4 (B)	III (non spécifiés) : N = 7 (A), 4 (B)																						
IV : N = 12 (A), 11 (B)	IV : N = 12 (A), 11 (B)																						
<u>Résidu tumoral</u>	<u>Résidu tumoral</u>																						
Nul : N = 30 (A), 23 (B)	Nul : N = 30 (A), 23 (B)																						
1 - < 2 cm : N = 38 (A), 39 (B)	1 - < 2 cm : N = 38 (A), 39 (B)																						
≥ 2 cm : N = 1 (A), 1 (B)	≥ 2 cm : N = 1 (A), 1 (B)																						
<b>INTERVENTIONS</b>	<p>Bras A : C** + P† + C† + P† + M (N = 78)</p> <p>Bras B : C** + P + C† + P + M (N = 71)</p>																						
<b>CRITÈRE DE JUGEMENT</b>	Survie sans progression, survie globale																						
<b>RÉSULTATS</b>	<p>Survie sans progression médiane (mois)</p> <p>29,6 (A) vs 20,5 (B) ;</p> <p>HR = 0,84 [IC95 : 0,56-1,26], p = 0,40.</p> <p>Survie globale médiane (mois)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 54,4 (A) vs 62,8 (B) ;</li> <li>• HR = 1,17 [IC95 : 0,71-1,94], p = 0,54.</li> </ul>																						

C† : Carboplatine (haute dose) ; C\*\* : Cyclophosphamide ; HR : Hazard Ratio ; M : Melphalan ; P : Paclitaxel ; P† : Paclitaxel (haute dose) ; vs : versus.

<b>RÉFÉRENCE</b>	SPRIGGS2007*
<b>TYPE D'ÉTUDE</b>	Essai randomisé de phase III
<b>PÉRIODE D'INCLUSION</b>	Non précisée
<b>POPULATION</b>	280 cancers de l'ovaire  <u>Stade (FIGO) (mesurable)</u> III : N = 21 (A), 24 (B) IV : N = 119 (A), 116 (B)  <u>Performance status</u> 0 : N = 50 (A), 42 (B) 1 : N = 72 (A), 83 (B) 2 : N = 18 (A), 15 (B)  <u>Type histologique</u> Séreux : N = 103 (A), 108 (B) Mucineux : N = 3 (A), 0 (B) Cellules claires : N = 5 (A), 6 (B) Endométrioïdes : N = 10 (A), 9 (B) Non spécifiés : N = 3 (A), 3 (B) Mixtes : N = 7 (A), 10 (B) Indifférenciés : N = 6 (A), 3 (B) Autres : N = 3 (A), 1 (B)
<b>INTERVENTIONS</b>	Bras A : C* + P (24h) (N = 140) Bras B : C* + P (96 h) (N = 140)
<b>CRITÈRE DE JUGEMENT</b>	Survie globale, survie sans progression, toxicité, taux de réponse
<b>RÉSULTATS</b>	Survie globale médiane (années) 2,49 (A) vs 2,54 (B) ; HR ajusté = 1,170 [IC95 : 0,899-1,520].  Survie sans progression médiane (années) 1,03 (A) vs 1,05 (B) ; HR ajusté = 1,00 [IC95 : 0,78-1,28]  Toxicité <u>Granulocytopenie (grade 4) :</u> N = 109 (A) vs 75 (B), p < 0,001. <u>Anémie (grade 4) :</u> N = 9 (A) vs 25 (B), p = 0,003.  Taux de réponse Réponse complète : N = 33 (A) vs 35 (B) ; Réponse partielle : N = 28 (A) vs 23 (B) ; Pas de réponse : N = 37 (A) vs 25 (B).

\*essai arrêté prématurément ; C\* : Cisplatine ; HR : Hazard Ratio ; np : non précise ; P : Paclitaxel ; vs : versus.

<b>RÉFÉRENCE</b>	RAYCOQUARD2007
<b>TYPE D'ÉTUDE</b>	Essai randomisé de phase III
<b>PÉRIODE D'INCLUSION</b>	02/1994 - 06/1996
<b>POPULATION</b>	<p>164 cancers de l'ovaire</p> <p><u>Stade (FIGO)</u></p> <p>IIIA-IIIB : N = 22 (A), 22 (B)  IIIC : N = 44 (A), 42 (B)  IV : N = 19 (A), 15 (B)</p> <p><u>Grade histologique</u></p> <p>1 : N = 19 (A), 16 (B)  2 : N = 23 (A), 22 (B)  3 : N = 20 (A), 22 (B)  Inconnu : N = 23 (A), 19 (B)</p> <p><u>Type histologique :</u></p> <p>Séreux : N = 59 (A), 53 (B)  Endométrioïdes : N = 10 (A), 6 (B)  Autres : N = 16 (A), 20 (B)</p> <p><u>Résidu tumoral après chirurgie</u></p> <p>Microscopique : N = 12 (A), 8 (B)  &lt; 2 cm : N = 26 (A), 25 (B)  ≥ 2 cm : N = 47 (A), 46 (B)</p> <p><u>Performance status</u></p> <p>0 : N = 24 (A), 17 (B)  1 : N = 48 (A), 50 (B)  2 : N = 13 (A), 12 (B)</p>
<b>INTERVENTIONS</b>	<p>Bras A : C** + E + C* (N = 85)  Bras B : C**† + E + C* +F (N = 79)</p>
<b>CRITÈRE DE JUGEMENT</b>	Survie globale, survie sans progression, taux de réponse, toxicité
<b>RÉSULTATS</b>	<p>Survie globale</p> <p><u>Survie globale à 2 ans</u> : 66 % (A) vs 64 % (B) , p = 0,7.  <u>Durée de survie médiane (mois)</u> : 32,5 (A) vs 30 (B), p = 0,6.  <u>Facteurs pronostiques (AU) :</u>  Stade (FIGO) (p = 0,02) ;  Résidu post-chirurgical (p = 0,016) ;  Performance status (p = 0,015) ;  Traitement (A vs B) (p = ns) ;  Type histologique (p = ns).  <u>Facteurs pronostiques (AM) :</u>  Résidu post-chirurgical : pas de résidu macroscopique vs résidu macroscopique :  46,2 mois vs 30,4 mois, p = 0,024.</p> <p>Survie sans progression</p> <p><u>Survie sans progression médiane (mois)</u> : 15,9 (A) vs 14,8 (B), p = 0,55.  <u>Facteurs pronostiques (AU) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Résidu nul ou microscopique vs résidu &lt; 2 cm ou ≥ 2 cm (p = 0,005) ;</li> <li>• Stade (FIGO) initial (p = 0,05) ;</li> <li>• Traitement (A vs B) (p = ns) ;</li> <li>• Type histologique (p = ns) ;</li> <li>• Performance status (p = ns).</li> </ul> <p><u>Facteurs pronostiques (AM) :</u>  Résidu post-chirurgical : pas de résidu macroscopique vs résidu macroscopique :  33,7 mois vs 14,9 mois, p = 0,003.</p>

Suite >>

RÉFÉRENCE	RAYCOQUARD2007
-----------	----------------

**RÉSULTATS (FIN)**

Taux de réponse  
Réponse complète : 39 % (25/63) (A) vs 23 % (12/51) (B) (p = 0,46).

Toxicité

Arrêt des traitements : N = 17 (A) vs 17 (B).

Toxicité hématologique (grades 3-4) (%) :

Leucopénie : 40 (A) vs 55 (B), p = 0,07 ;

Neutropénie : 65 (A) vs 51 (B), p = 0,07 ;

Anémie : 21 (A) vs 42 (B), p = 0,003 ;

Thrombocytopénie : 12 (A) vs 33 (B), p = 0,001.

Toxicité non-hématologique (grades 3-4) (%) :

Nausées ou vomissements : 30 (A) vs 33 (B), p = 0,74 ;

Diarrhées : 0 (A) vs 4 (B), p = 0,06 ;

Constipation : 1 (A) vs 4 (B), p = 0,25 ;

Mucite : 0 (A) vs 2 (B), p = 0,28 ;

Infections : 2 (A) vs 15 (B), p = 0,004.

---

C\* : Cisplatine ; C\*\* : Cyclophosphamide ; C\*\*† Cyclophosphamide (haute dose) ; E : Epirubicine ; F : Filgrastim ; ns : non significatif ; vs : *versus* ; AM : analyse multivariée ; AU : analyse univariée ; ns : non significatif.

<b>RÉFÉRENCE</b>	NICOLETTO2007	
<b>TYPE D'ÉTUDE</b>	Essai randomisé de phase III	
<b>PÉRIODE D'INCLUSION</b>	07/1987 - 11/1992	
<b>POPULATION</b>	161 cancers de l'ovaire	
	<u>Stade (FIGO)</u> IIIA : N = 21 (A), 19 (B) IIIB : N = 28 (A), 30 (B) IIIC : N = 21 (A), 21 (B) IV : N = 11 (A), 10 (B)	<u>Grade histologique</u> 1 : N = 7 (A), 11 (B) 2 : N = 29 (A), 27 (B) 3 : N = 42 (A), 41 (B) Inconnu : N = 3 (A), 1 (B)
	<u>Type histologique</u> Séreux : N = 55 (A), 58 (B) Endométrioïdes : N = 11 (A), 5 (B) Mucineux : N = 1 (A), 4 (B) Indifférenciés : N = 8 (A), 7 (B) Mixtes : N = 5 (A), 3 (B) Cellules claires : N = 1 (A), 2 (B) Inconnu : 0 (A), 1 (B)	<u>Résidu tumoral avant chimiothérapie</u> Microscopique : N = 32 (A), 29(B) < 2 cm : N = 29 (A), 30 (B) 2-5 cm : N = 16 (A), 20 (B) > 5 cm : N = 4 (A), 1 (B)
		<u>Performance status</u> 0 : N = 41 (A), 43 (B) 1 : N = 33 (A), 30 (B) 2 : N = 7 (A), 4 (B) 3 : N = 0 (A), 3 (B)
<b>INTERVENTIONS</b>	Bras A : A + C** (N = 81) Bras B : C* + C** (N = 80)	
<b>CRITÈRE DE JUGEMENT</b>	Survie globale, survie sans récurrence, toxicité	
<b>RÉSULTATS</b>	<p><b>Survie globale</b></p> Survie globale à 5 ans : 32 % (A) vs 39 % (B), p = 0,35. Survie globale à 10 ans : 23 % (A) vs 31 % (B), p = 0,25. Survie globale à 15 ans : 16 % (A) vs 28 (B), p = 0,07. Survie globale à 200 mois : 16 % (A) vs 24 % (B), p = 0,21. Survie globale médiane (mois) : 32 (A) vs 39,4 (B). <p><b>Survie sans récurrence</b></p> Survie sans récurrence à 5 ans : 40 % (A) vs 49 % (B), p = 0,41. Survie sans récurrence à 10 ans : 37 % (A) vs 31 % (B), p = 0,57. Survie sans récurrence à 15 ans : 31 % (A) vs 31 % (B), p = 0,92. Survie sans récurrence à 200 mois : 31 % (A) vs 31 % (B), p = 0,92 <p><b>Toxicité</b></p> Réduction des doses : N = 86 (A) vs 64 (B).	

A : Adriamycine ; C\* : Cisplatine ; C\*\* : Cyclophosphamide ; vs : versus.

RÉFÉRENCE	CLAMP2006
TYPE D'ÉTUDE	Essai randomisé de phase II
PÉRIODE D'INCLUSION	06/2001 - 09/2002
POPULATION	<p>100 cancers de l'ovaire</p> <p><u>Stade (FIGO)</u>  IC : N = 4 (A), 0 (B)  II : N = 7 (A), 8 (B)  III : N = 37 (A), 36 (B)  IV : N = 3 (A), 5 (B)</p> <p><u>Résidu tumoral</u>  Nul ou microscopique : N = 13 (A), 13 (B)  ≤ 2 cm : N = 17 (A), 15 (B)  &gt; 2 cm : N = 21 (A), 21 (B)</p> <p><u>Type histologique</u>  Séreux/papillaires : N = 24 (A), 28 (B)  Mucineux : N = 4 (A), 2 (B)  Cellules claires : N = 3 (A), 3 (B)  Endométrioïdes : N = 5 (A), 5 (B)  Autres : N = 12 (A), 9 (B)  Inconnus : N = 3 (A), 2 (B)</p>
INTERVENTIONS	Bras A : C + D* (N = 51) Bras B : C + D* + I (N = 49)
CRITÈRE DE JUGEMENT	Taux de réalisation, toxicité, taux de réponse, survie sans progression
RÉSULTATS	<p>Taux de réalisation  71 % [IC90 : 58-81] (A) vs 67 % [IC90 : 55-78] (B).</p> <p>Toxicité (p &lt; 0,001)  <u>Toxicité hématologique (grade 3-4) (%) :</u>  Neutropénie : 63,5 (A) vs 50,2 (B) ;  Fièvre neutropénique : 7,5 (A) vs 5,7 (B) /  <u>Toxicité gastro-intestinale (grade 3-4) (%) :</u>  Nausées : 0,6 (A) vs 2,8 (B) ;  Diarrhées : 0,6 (A) vs 3,5 (B).  <u>Neurotoxicité (grade 3-4) (%) :</u>  Sensorielle : 1,9 (A) vs 0 (B).  <u>Autre :</u>  Alopécie (grade 2) : 43,7 % (A) vs 50,4 % (B).</p> <p>Taux de réponse  Réponse complète : 23 % (A) vs 8 % (B) ;  Réponse partielle : 27 % (A) vs 40 % (B).</p> <p>Survie sans progression médiane (mois)  17,1 [IC95 : 11,7-22,4] (A) vs 15,9 [IC95 : 8,0-23,9] (B).</p>

C : carboplatine ; D\* : Docétaxel ; I : Irinotécan ; IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; IC90 : intervalle de confiance à 90 % ; vs : versus.

<b>RÉFÉRENCE</b>	MINAGAWA2006	
<b>TYPE D'ÉTUDE</b>	Essai randomisé de phase II	
<b>PÉRIODE D'INCLUSION</b>	2002 - 2004	
<b>POPULATION</b>	50 cancers de l'ovaire	
	<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Type histologique</u>
	IC : N = 6 (A), 6 (B)	Séreux : N = 17 (A), 19 (B)
	II : N = 1 (A), 2 (B)	Mucineux : N = 3 (A), 3 (B)
	III : N = 117 (A), 18 (B)	Endométrioïdes : N = 1 (A), 2 (B)
	IV : N = 5 (A), 1 (B)	Autres : N = 2 (A), 3 (B)
<b>INTERVENTIONS</b>	Bras A : D* + C* (N = 23) Bras B : D* + C (N = 27)	
<b>CRITÈRE DE JUGEMENT</b>	Toxicité	
<b>RÉSULTATS</b>	<p>Toxicité hématologique</p> <p><u>Anémie :</u> Grade 3 : 26,1 (A) vs 29,6 (B), p = 0,517 ; Grade 4 : 0 (A) vs 0 (B), p = 1,0.</p> <p><u>Leucocytopénie :</u> Grade 3 : 56,5 (A) vs 81,5 (B), p = 0,055 ; Grade 4 : 0 (A) vs 3,7 (B), p = 0,540.</p> <p><u>neutropénie :</u> Grade 3 : 43,5 (A) vs 22,2 (B), p = 0,097 ; Grade 4 : 39,1 (A) vs 74,1 (B), p = 0,013.</p> <p><u>thrombocytopénie :</u> Grade 3 : 0 (A) vs 7,4 (B), p = 0,286 ; Grade 4 : 0 (A) vs 0 (B), p = 1,0.</p> <p>Toxicité non-hématologique</p> <p>Réaction allergique : 4,3 (A) vs 3,7 (B), p = 1,0. Nausées ou vomissements : 91,3 (A) vs 81,5 (B), p = 0,281. Diarrhées : 8,6 (A) vs 37 (B), p = 0,020. Maux de tête : 17,4 (A) vs 11,1 (B), p = 0,407. Myalgie ou arthralgie : 8,7 (A) vs 14,8 (B), p = 0,414. Neuropathie sensorielle : 8,7 (A) vs 0 (B), p = 0,206.</p>	

C : carboplatine ; C\* : Cisplatine ; D\* : Docétaxel ; vs : versus.

# TRAITEMENTS DE CONSOLIDATION EN CAS DE RÉMISSION COMPLÈTE<sup>1</sup> STADES IIB À IV À LA FIN DU TRAITEMENT ADJUVANT

RÉFÉRENCE	SORBE2003												
TYPE D'ÉTUDE	Essai randomisé de phase III												
PÉRIODE D'INCLUSION	01/1998 - 05/1993												
POPULATION	<p>172 cancers de l'ovaire</p> <table border="0"> <tr> <td><u>Stade (FIGO)</u></td> <td><u>Type histologique</u></td> </tr> <tr> <td>III : N = 172</td> <td>Séveux/papillaire : N = 129</td> </tr> <tr> <td><u>Grade histologique (FIGO)</u></td> <td>Mucineux : N = 3</td> </tr> <tr> <td>1 : N = 20</td> <td>Endométrioïdes : N = 32</td> </tr> <tr> <td>2 : N = 46</td> <td>Cellules claires : N = 6</td> </tr> <tr> <td>3 : N = 106</td> <td>Anaplasiques : N = 2</td> </tr> </table>	<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Type histologique</u>	III : N = 172	Séveux/papillaire : N = 129	<u>Grade histologique (FIGO)</u>	Mucineux : N = 3	1 : N = 20	Endométrioïdes : N = 32	2 : N = 46	Cellules claires : N = 6	3 : N = 106	Anaplasiques : N = 2
<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Type histologique</u>												
III : N = 172	Séveux/papillaire : N = 129												
<u>Grade histologique (FIGO)</u>	Mucineux : N = 3												
1 : N = 20	Endométrioïdes : N = 32												
2 : N = 46	Cellules claires : N = 6												
3 : N = 106	Anaplasiques : N = 2												
INTERVENTIONS	<p>Bras A : radiothérapie (N = np)</p> <p>Bras B : chimiothérapie (C* + D ou E) (N = np)</p> <p>Bras C : pas de traitement (N = np)</p>												
CRITÈRE DE JUGEMENT	Survie sans progression, survie globale, toxicité												
RÉSULTATS	<p>Survie sans progression à 5 ans</p> <p><u>Taux de survie :</u></p> <p>Rémission complète (p = 0,032) :</p> <p>radiothérapie : 56 % / chimiothérapie : 36 % / Pas de traitement : 35 %.</p> <p><u>Survie sans progression médiane (mois) :</u></p> <p>radiothérapie : 116 / chimiothérapie : 37 / pas de traitement : 32.</p> <p><u>Facteurs pronostiques en cas de rémission complète (AM) :</u></p> <p>Traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de traitement (référence) : HR = 1,00 ;</li> <li>• RT : HR = 0,52 [IC95 : 0,27-0,99], p = 0,050 ;</li> <li>• CT : HR = 0,72 [IC95 : 0,40-1,30], p = 0,278.</li> </ul> <p>Grade histologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 (référence) : HR = 1,00 ;</li> <li>• 2 : HR = 6,77 [IC95 : 1,28-35,76], p = 0,024 ;</li> <li>• 3 : HR = 7,94 [IC95 : 1,55-40,62], p = 0,013.</li> </ul> <p>Type histologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Séveux/papillaire (référence) : HR = 1,00 ;</li> <li>• Mucineux : HR = 1,60 [0,20-13,14], p = 0,662 ;</li> <li>• Endométrioïdes : HR = 0,50 [IC95 : 0,26-0,98], p = 0,042 ;</li> <li>• Cellules claires : HR = 4,33 [IC95 : 1,15-16,28], p = 0,030.</li> </ul>												

Suite >>

<sup>1</sup> Rémission clinique, biologique et radiologique

---

**RÉSULTATS (FIN)**

Résidu tumoral :

- $\leq 2$  cm (référence) : HR = 1,00 ;
- $> 2$  cm : HR = 1,51 [IC95 : 0,89-2,56],  $p = 0,125$ .

Taux de survie globale à 5 ans

Rémission complète ( $p = 0,084$ ) : RT : 69 % ; CT : 57 % ; pas de traitement : 65 %.

Résidu macroscopique ( $p = 0,112$ ) : RT : 32 % ; CT : 41 %.

Toxicité

Chimiothérapie (grades 1/2/3) (%) :

Moelle osseuse : 6,9/2,8/0 ;

Vessie : 5,6/0/0 ;

Intestin : 6,9/2,8/4,2 ;

Autres : N = 0/1/0.

Radiothérapie (grades 1/2/3) :

Réactions précoces (%) :

- Moelle osseuse : 17,4/14,5/4,4 ;

- Vessie : 14,5/7,3/0 ;

- Intestin : 23,2/26,1/4,4 ;

- Autres : 4,3/1,4/0.

Réactions tardives (%) :

- Moelle osseuse : 7,3/1,5/0 ;

- Vessie : 5,8/0/0 ;

- Intestin : 5,8/2,9/10,1 ;

Autres : 0/1,4/4,3.

---

AM : analyse multivariée ; C\* : Cisplatine ; D : Doxorubicine ; E : Epirubicine ; HR : Hazard Ratio ; IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; np : non précisé.

<b>RÉFÉRENCE</b>	HIRTE2006*
<b>TYPE D'ÉTUDE</b>	Essai randomisé de phase III
<b>PÉRIODE D'INCLUSION</b>	05/1998 - 09/1999
<b>POPULATION</b>	243 cancers de l'ovaire <u>Stade (FIGO)</u> I : N = 11 (A), 11 (B) II : N = 0 (A), 1 (B) III : N = 97 (A), 96 (B) IV : N = 25 (A), 23 (B) <u>Grade histologique (FIGO)</u> 1 : N = 4 (A), 1 (B) 2 : N = 11 (A), 11 (B) 3 : N = 25 (A), 27 (B) <u>Type histologique</u> Mucineux : N = 1 (A), 2 (B) Endométrioïdes : N = 9 (A), 14 (B) Séreux : N = 92 (A), 92 (B) Cellules claires : N = 3 (A), 2 (B) Péritonéal primaire : N = 6 (A), 1 (B) Non classés : N = 11 (A), 10 (B) <u>Cytoréduction</u> Optimale : N = 52 (A), 48 (B) Suboptimale : N = 70 (A), 73 (B)
<b>INTERVENTIONS</b>	Bras A : T** (N = 122) Bras B : placebo (N = 121)
<b>CRITÈRE DE JUGEMENT</b>	Survie sans progression, survie globale, toxicité
<b>RÉSULTATS</b>	Temps de survie médiane sans progression (en mois) 10,4 [IC95 : 8,5-11,5] (A) vs 9,2 [IC95 : 7,2-13,9] (B), p = 0,67.  Survie globale médiane (en mois) 13,9 [IC95 : 12,9-∞] (A) vs 11,9 [IC95 : 10,5-16,5], p = 0,53.  Toxicité <u>Toxicité hématologique :</u> Plaquettes : grades 1, 2 et 3 : 78 % (A) vs 13 % (B), p < 0,0001. Hémoglobine : grades 2 et 3 : 37 % (A) vs 4 % (B), p < 0,0001. <u>Toxicité non-hématologique :</u> Fatigue : grades 1, 2 et 3 : 24 % (A) vs 12 % (B), p = 0,095. Diarrhées : grades 1, 2 et 3 : 14 % (A) vs 10 % (B), p = 0,37. Nausées : grades 1, 2 et 3 : 26 % (A) vs 13 % (B), p = 0,023. Éruption : grades 1, 2 et 3 : 12 % (A) vs 7 % (B), p = 0,095.

\* essai arrêté prématurément ; IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; T\*\* : tanomastat : inhibiteur de métalloprotéases ; vs : *versus*.

<b>RÉFÉRENCE</b>	DE2004
<b>TYPE D'ÉTUDE</b>	Essai randomisé de phase III
<b>PÉRIODE D'INCLUSION</b>	01/1998 - 03/2002
<b>POPULATION</b>	273 cancers de l'ovaire  <u>Stade (FIGO)</u> IC : N = 16 (A), 19 (B) II : N = 20 (A), 14 (B) III : N = 90 (A), 88 (B) IV : N = 11 (A), 15 (B)  <u>Résidu tumoral (chirurgie initiale)</u> Nul : N = 64 (A), 63 (B) ≤ 1 cm : N = 27 (A), 27 (B) > 1 cm : N = 46 (A), 46 (B)  <u>Chirurgie d'intervalle</u> Réalisée : N = 30 (A), 29 (B) Non réalisée ; N = 107 (A), 107 (B)  <u>Réponse (traitement 1<sup>ère</sup> ligne)</u> Complète : N = 119 (A), 119 (B) Partielle : N = 18 (A), 17 (B)
<b>INTERVENTIONS</b>	Bras A : T* (N = 137) Bras B : observation (N = 136)
<b>CRITÈRE DE JUGEMENT</b>	Survie sans progression, survie globale, toxicité
<b>RÉSULTATS</b>	Survie sans progression <u>Temps de survie médiane sans progression (en mois) :</u> Pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes (p = 0,83) ; 18,2 (A) vs 28,4 (B). <u>Facteurs pronostiques (AM) :</u> HR (ajusté) = 1,18 [IC95 : 0,86-1,63] ; Pas de différence statistiquement significative (p = 0,83) ; 18,2 (A) vs 28,4 (B).  Survie globale Pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes (p = 0,3).  Toxicité <u>Toxicité hématologique :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• leucopénie (%) : grade 3 : 32 (A) ; grade 4 : 4 (A).</li> <li>• Neutropénie (%) : grade 3 : 29 (A) ; grade 4 : 29 (A)</li> <li>• Neutropénie fébrile (%) : grade 3 : 4 (A) ; grade 4 : 0 (A).</li> <li>• Thrombocytopénie : grade 3 : 21 (A), 4 : 3 (A).</li> <li>• Anémie : grade 3 : 7 (A) ; grade 4 : 2 (A).</li> </ul> <u>Toxicité non-hématologique :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nausées / vomissements (%) : grade 3 : 4 : 0 (A) ; grade 4 : 0 (B).</li> <li>• Diarrhées (%) : grade 3 : 1 (A) ; grade 4 : 0 (A).</li> <li>• Mucite (%) : grade 2 : 1 (A).</li> <li>• Hypersensibilité (%) : grade 3 : 1 (A).</li> <li>• Foie (%) : grade 2 : 1 (A) vs 0 (B), p = 1,0.</li> </ul>

AM : analyse multivariée ; HR : Hazard Ratio ; IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; T\* : Topotécan ; vs : versus.

<b>RÉFÉRENCE</b>	BOLIS2006*	
<b>TYPE D'ÉTUDE</b>	Essai randomisé de phase II	
<b>PÉRIODE D'INCLUSION</b>	10/1996 - 10/2001	
<b>POPULATION</b>	138 cancers de l'ovaire	
	<u>Stade (FIGO)</u> IIC : N = 2 (A), 4 (B) IIIA/B : N = 7 (A), 5 (B) IIIC : N = 61 (A), 47 (B) IV : N = 4 (A), 8 (B)	<u>Type histologique</u> Séreux : N = 41 (A), 36 (B) Autres : N = 33 (A), 28 (B)
	<u>Grade histologique (FIGO)</u> 1-2 : N = 15 (A), 8 (B) 3 : N = 58 (A), 56 (B)	Résidu tumoral (chirurgie initiale) ≤ 1 cm : N = 32 (A), 27 (B) > 1 cm : N = 33 (A), 33 (B) Carcinose : N = 9 (A), 4 (B)
<b>INTERVENTIONS</b>	Bras A : pas de traitement (N = 74) Bras B : E* (N = 64)	
<b>CRITÈRE DE JUGEMENT</b>	Survie globale, toxicité	
<b>RÉSULTATS</b>	<b>Survie globale</b> Survie globale à 3 ans : 79 % (B) vs 78,7 % (A), p = 0,93. Survie globale à 5 ans : 54,5 % (B) vs 57,8 % (A), p = 0,95.	
	<b>Toxicité</b> Nausées et vomissements (grade 1/2/3) (%) : 27,4/29,0/1,6 ; Alopécie (grade 3) (%) : 79,0 ; Neutropénie (grade 1/2/3/4) (%) : 9,7/11,3/17,7/41,9 ; Anémie (grade 1/2/3/4) (%) : 17,7/41,9/14,5/1,6 ; Thrombocytopénie (grade 1/2/3/4) (%) : 12,9/8,1/3,2/4,8 ; Mucite (grade 1/2) (%) : 12,9/4,8.	

\* essai arrêté prématurément ; E\* : Epidoxorubicine ; vs : *versus*.

<b>RÉFÉRENCE</b>	PICCART2003*
<b>TYPE D'ÉTUDE</b>	Essai randomisé de phase III
<b>PÉRIODE D'INCLUSION</b>	02/1998 - 04/1997
<b>POPULATION</b>	153 cancers de l'ovaire  <u>Stade (FIGO)</u> III : N = 73 (A), 74 (B) Autres : N = 3 (A), 3 (B)  <u>Résidu tumoral</u> Nul : N = 1 » (A), 13 (B) 1 cm : N = 35 (A), 26 (B) > 1 cm : N = 28 (A), 36 (B)  <u>Type histologique</u> Séreux : N = 43 (A), 52 (B) Autres : N = 33 (A), 25 (B)  <u>Grade histologique (FIGO)</u> 2-3 : N = 60 (A), 62 (B) Autres : N = 16 (A), 15 (B)
<b>INTERVENTIONS</b>	Bras A : pas de traitement (N = 76) Bras B : C* (IP) (N = 77)
<b>CRITÈRE DE JUGEMENT</b>	Survie globale, survie sans progression, toxicité
<b>RÉSULTATS</b>	Survie globale Bras B : HR = 0,82 [IC95 : 0,52-1,29].  Survie sans progression Bras B : HR = 0,89 [IC95 : 0,59-1,33].  Toxicité Nausées et vomissements (grade 2) (%) : 82 (B) ; Hausse de créatinine (grade 2) (%) : 45 (B) ; Douleurs abdominales (grade 1 ou 2) (%) : 38 (B) ; Infection (grade 1) (%) : 26 (B) ; Neurotoxicité (grade 2 ou 3) (%) : 15 (B) ; Ototoxicité (%) : 4,5 (B).

\* essai arrêté prématurément ; C\* : Cisplatine ; HR : Hazard Ratio ; IP : voie intrapéritonéale.

<b>RÉFÉRENCE</b>	ALBERTS2006*																		
<b>TYPE D'ÉTUDE</b>	Essai randomisé de phase III																		
<b>PÉRIODE D'INCLUSION</b>	03/1998 - 06/1999																		
<b>POPULATION</b>	70 cancers de l'ovaire  <table border="0"> <tr> <td><u>Grade histologique (FIGO)</u></td> <td><u>Type histologique</u></td> </tr> <tr> <td>1 : N = 1 (A), 3 (B)</td> <td>Séreux : N = 12 (A), 12 (B)</td> </tr> <tr> <td>2 : N = 7 (A), 3 (B)</td> <td>Adénocarcinomes : N = 1 (A), 0 (B)</td> </tr> <tr> <td>3 : N = 12 (A), 13 (B)</td> <td>Endométrioïdes : N = 2 (A), 5 (B)</td> </tr> <tr> <td>Inconnu : N = 15 (A), 15 (B)</td> <td>Mixtes : N = 3 (A), 0 (B)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Mucineux : N = 1 (A), 0 (B)</td> </tr> <tr> <td><u>Cytoréduction</u></td> <td>Indifférenciés : N = 1 (A), 3 (B)</td> </tr> <tr> <td>Optimale : N = 31 (A), 31 (B)</td> <td>Inconnus : N = 15 (A), 15 (B)</td> </tr> <tr> <td>Suboptimale : N = 4 (A), 4 (B)</td> <td></td> </tr> </table>	<u>Grade histologique (FIGO)</u>	<u>Type histologique</u>	1 : N = 1 (A), 3 (B)	Séreux : N = 12 (A), 12 (B)	2 : N = 7 (A), 3 (B)	Adénocarcinomes : N = 1 (A), 0 (B)	3 : N = 12 (A), 13 (B)	Endométrioïdes : N = 2 (A), 5 (B)	Inconnu : N = 15 (A), 15 (B)	Mixtes : N = 3 (A), 0 (B)		Mucineux : N = 1 (A), 0 (B)	<u>Cytoréduction</u>	Indifférenciés : N = 1 (A), 3 (B)	Optimale : N = 31 (A), 31 (B)	Inconnus : N = 15 (A), 15 (B)	Suboptimale : N = 4 (A), 4 (B)	
<u>Grade histologique (FIGO)</u>	<u>Type histologique</u>																		
1 : N = 1 (A), 3 (B)	Séreux : N = 12 (A), 12 (B)																		
2 : N = 7 (A), 3 (B)	Adénocarcinomes : N = 1 (A), 0 (B)																		
3 : N = 12 (A), 13 (B)	Endométrioïdes : N = 2 (A), 5 (B)																		
Inconnu : N = 15 (A), 15 (B)	Mixtes : N = 3 (A), 0 (B)																		
	Mucineux : N = 1 (A), 0 (B)																		
<u>Cytoréduction</u>	Indifférenciés : N = 1 (A), 3 (B)																		
Optimale : N = 31 (A), 31 (B)	Inconnus : N = 15 (A), 15 (B)																		
Suboptimale : N = 4 (A), 4 (B)																			
<b>INTERVENTIONS</b>	Bras A : IFN- $\alpha$ (IP) (N = 35) Bras B : pas de traitement (N = 35)																		
<b>CRITÈRE DE JUGEMENT</b>	Survie sans progression, récurrence, toxicité																		
<b>RÉSULTATS</b>	Survie sans progression médiane (mois) 47 [IC95 : 18-160] (A) vs 94 [IC95 : 21-102] (B), p = 0,56.  Récurrence Récurrence : 63 % (A) vs 57 % (B) ; Décès après récurrence : 43 % (A) vs 100 % (B).  Toxicité Douleurs abdominales (grade 3) : N = 1 (A) ; Alopécie (grade 2) : N = 3 (A) ; Anémie (grade 2) : N = 2 (A) ; Arthralgie (grade 2) : N = 1 (A) ; Diarrhées (grade 2/3) : N = 3/2 (A) ; Dyspnée (grade 2) : N = 2 (A) ; Fatigue/malaise/léthargie (grade 2/3) : N = 2/5 (A) ; Fièvre sans neutropénie (grade 2/3) : N = 4/1 (A) ; Maux de tête (grade 2/3) : N = 2/3 (A) ; Leucopénie (grade 2/3) : N = 10/1 (A) ; Myalgie/arthralgie (grade 2) : N = 3 (A) ; Nausées (grade 2/3) : N = 7/5 (A) ; Neutropénie/granulocytopenie (grade 2) : N = 5 (A) ; Vomissements (grade 2/3) : N = 7/5 (A).																		

\* essai arrêté prématurément ; IFN-  $\alpha$  : interféron alpha ; IP : voie intrapéritonéale ; vs : versus.

<b>RÉFÉRENCE</b>	HALL2004	
<b>TYPE D'ÉTUDE</b>	Essai randomisé de phase III	
<b>PÉRIODE D'INCLUSION</b>	02/1990 - 07/1997	
<b>POPULATION</b>	<p>298 cancers de l'ovaire</p> <p><u>Stade (FIGO)</u></p> <p>I : N = 11 (A), 12 (B)  II : N = 22 (A), 19 (B)  III : N = 94 (A), 95 (B)  IV : N = 22 (A), 23 (B)</p> <p><u>Réponse à la chirurgie et/ou à la chimiothérapie</u></p> <p>Rémission : N = 89 (A), 95 (B)  Absence de rémission : N = 58 (A), 52 (B)  Non évaluable : N = 2 (A), 2 (B)</p> <p><u>Type histologique</u></p> <p>Séreux : N = 67 (A), 72 (B)  Mucineux : N = 10 (A), 12 (B)  Endométrioïdes : N = 27 (A), 34 (B)  Cellules claires : N = 4 (A), 4 (B)  Autres : N = 20 (A), 10 (B)  Indifférenciés : N = 3 (A), 2 (B)  Non établis : N = 18 (A), 15 (B)</p> <p><u>Grade histologique (FIGO)</u></p> <p>1 : N = 11 (A), 14 (B)  2 : N = 47 (A), 43 (B)  3 : N = 66 (A), 75 (B)  Non établis : N = 25 (A), 17 (B)</p>	
<b>INTERVENTIONS</b>	Bras A : INF- $\alpha^*$ (sc) (N = 149) Bras B : observation (N = 149)	
<b>CRITÈRE DE JUGEMENT</b>	Survie globale, toxicité	
<b>RÉSULTATS</b>	<p>Survie globale</p> <p>Survie médiane globale : 27 mois (A) vs 32,7 mois (B) ;  HR (ajusté) (A vs B) = 1,10 [IC95 : 0,832-1,450], p = 0,51.</p> <p>Toxicité</p> <p>Syndromes pseudo-grippaux : N = 102 (A) vs 47 (B), p &lt; 0,001 ;  Fatigue : N = 106 (A) vs 71 (B), p &lt; 0,001 ;  Nausées, vomissements : N = 61 (A) vs 52 (B), p = ns.</p>	

HR : Hazard Ratio ; INF- $\alpha^*$  : interféron *alpha* ; IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; ns : non significatif ; sc : voie sous-cutanée ; vs : *versus*.

<b>RÉFÉRENCE</b>	BEREK2004*	
<b>TYPE D'ÉTUDE</b>	Essai randomisé de phase III	
<b>PÉRIODE D'INCLUSION</b>	04/1998 - 02/2000	
<b>POPULATION</b>	145 cancers de l'ovaire	
	<u>Stade (FIGO)</u> III : 87,7 % (A), 83,3 % (B) IV : 12,3 % (A), 15,3 % (B)	<u>Résidu tumoral</u> ≤ 2 cm : 84,9 % (A), 73,6 % (B) > 2 cm : 15,1 % (A), 26,4 % (B)
	<u>Type histologique</u> Séreux : 53,4 % (A), 69,4 % (B) Endométrioïdes : 11,0 % (A), 8,3 % (B) Autres : 35,6 % (A), 22,2 % (B)	<u>Performance status*</u> 0 : 64,4 % (A), 65,3 % (B) 1 : 32,9 % (A), 33,3 % (B) 2,7 % (A), 0,0 % (B)
<b>INTERVENTIONS</b>	Bras A : O* (N = 73) Bras B : placebo (N = 72)	
<b>CRITÈRE DE JUGEMENT</b>	Temps jusqu'à rechute, survie globale, toxicité	
<b>RÉSULTATS</b>	Temps jusqu'à rechute 13,3 mois (A) <i>vs</i> 10,3 mois (B), $p = 0,71$ d HR (ajusté) = 0,881 [IC95 : 0,578-1,349] ; Ab2* : réponse ( <i>cut-off</i> = 100ng/ml) = 18,8 mois [IC95 : 12,7-24,5] ; Ab*2 : pas de réponse = 6,1 mois [IC95 : 2,5-7,7] ; Placebo : 10,3 mois [IC95 : 7,4-18,1].	
	Décès : Total : N = 37/145 (25,5 %) ; Bras A : N = 16/73 (21,9 %) ; Bras B : N = 21/72 (29,2 %).	
	Toxicité (Grade 1/2 ; 3/4) Asthénie : 23 (A) <i>vs</i> 18 (B) ; - ; Nausées : 19 (A) <i>vs</i> 13 (B) ; - ; Maux de tête : 18 (A) <i>vs</i> 13 (B) ; - ; Douleurs : 16 (A) <i>vs</i> 13 (B) ; 4 (A) <i>vs</i> 0 (B) ; Myalgie : 15 (A) <i>vs</i> 8 (B) ; 1 (A) <i>vs</i> 0 (B) ; Arthralgie : 14 (A) <i>vs</i> 10 (B) ; 1 (A) <i>vs</i> 0 (B) ; Diarrhées : 5 (A) <i>vs</i> 13 (B) ; 3 (A) <i>vs</i> 0 (B) ; Fièvre : 0 (A) <i>vs</i> 10 (B) ; -.	

\* essai arrêté prématurément ; Ab2\* : région variable de l'anticorps anti-B43.13 ; HR : Hazard Ratio ; IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; O\* : Oregovomab (anticorps monoclonal anti CA 125) ; Performance Status\* : les données concernant une patiente au sein du bras B étaient manquantes ; RR : Risque Relatif ; *vs* : *versus*.

<b>RÉFÉRENCE</b>	VERHEIJEN2006																								
<b>TYPE D'ÉTUDE</b>	Essai randomisé de phase III																								
<b>PÉRIODE D'INCLUSION</b>	02/1998 - 01/2003																								
<b>POPULATION</b>	<p>447 cancers de l'ovaire</p> <table border="0"> <tr> <td><u>Stade (FIGO)</u></td> <td><u>Type histologique</u></td> </tr> <tr> <td>IC : N = 32 (A), 37 (B)</td> <td>Séreux : N = 144 (A), 131 (B)</td> </tr> <tr> <td>IIA : N = 5 (A), 9 (B)</td> <td>Mucineux : N = 5 (A), 14 (B)</td> </tr> <tr> <td>IIB : N = 8 (A), 5 (B)</td> <td>Endométrioïdes : N = 56 (A), 51 (B)</td> </tr> <tr> <td>IIC : N = 17 (A), 18 (B)</td> <td>Cellules claires : N = 22 (A), 28 (B)</td> </tr> <tr> <td>III : N = 148 (A), 146 (B)</td> <td>Brenner maligne : N = 1 (A), 1 (B)</td> </tr> <tr> <td>IV : N = 14 (A), 12 (B)</td> <td>Indifférenciés : N = 10 (A), 11 (B)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Autres : N = 5 (A), 7 (B)</td> </tr> <tr> <td><u>Résidu tumoral (chirurgie initiale)</u></td> <td><u>Maladie microscopique (laparoscopie de second look)</u></td> </tr> <tr> <td>Oui : N = 99 (A), 82 (B)</td> <td>Oui : N = 22 (A), 23 (B)</td> </tr> <tr> <td>Non : N = 107 (A), 125 (B)</td> <td>Non : N = 202 (A), 204 (B)</td> </tr> <tr> <td>Inconnu : N = 18 (A), 20 (B)</td> <td></td> </tr> </table>	<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Type histologique</u>	IC : N = 32 (A), 37 (B)	Séreux : N = 144 (A), 131 (B)	IIA : N = 5 (A), 9 (B)	Mucineux : N = 5 (A), 14 (B)	IIB : N = 8 (A), 5 (B)	Endométrioïdes : N = 56 (A), 51 (B)	IIC : N = 17 (A), 18 (B)	Cellules claires : N = 22 (A), 28 (B)	III : N = 148 (A), 146 (B)	Brenner maligne : N = 1 (A), 1 (B)	IV : N = 14 (A), 12 (B)	Indifférenciés : N = 10 (A), 11 (B)		Autres : N = 5 (A), 7 (B)	<u>Résidu tumoral (chirurgie initiale)</u>	<u>Maladie microscopique (laparoscopie de second look)</u>	Oui : N = 99 (A), 82 (B)	Oui : N = 22 (A), 23 (B)	Non : N = 107 (A), 125 (B)	Non : N = 202 (A), 204 (B)	Inconnu : N = 18 (A), 20 (B)	
<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Type histologique</u>																								
IC : N = 32 (A), 37 (B)	Séreux : N = 144 (A), 131 (B)																								
IIA : N = 5 (A), 9 (B)	Mucineux : N = 5 (A), 14 (B)																								
IIB : N = 8 (A), 5 (B)	Endométrioïdes : N = 56 (A), 51 (B)																								
IIC : N = 17 (A), 18 (B)	Cellules claires : N = 22 (A), 28 (B)																								
III : N = 148 (A), 146 (B)	Brenner maligne : N = 1 (A), 1 (B)																								
IV : N = 14 (A), 12 (B)	Indifférenciés : N = 10 (A), 11 (B)																								
	Autres : N = 5 (A), 7 (B)																								
<u>Résidu tumoral (chirurgie initiale)</u>	<u>Maladie microscopique (laparoscopie de second look)</u>																								
Oui : N = 99 (A), 82 (B)	Oui : N = 22 (A), 23 (B)																								
Non : N = 107 (A), 125 (B)	Non : N = 202 (A), 204 (B)																								
Inconnu : N = 18 (A), 20 (B)																									
<b>INTERVENTIONS</b>	<p>Bras A : observation (N = 223)</p> <p>Bras B : <sup>90</sup>Y-muHMFG1* (IP) (N = 224)</p>																								
<b>CRITÈRE DE JUGEMENT</b>	Survie globale, rechute, toxicité																								
<b>RÉSULTATS</b>	<p>Survie globale</p> <p>Risque relatif de décès : RR = 1,159 [IC95 : 0,80-1,636], p = 0,4033.</p> <p>Temps jusqu'à rechute</p> <p>Risque relatif de rechute : RR = 0,904 [IC95 : 0,685-1,194], p = 0,4764 ;</p> <p>Risque relatif de rechute sérologique : RR = 0,83, p = 0,3140.</p> <p>Toxicités modérées ; sévères (%)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nausées : 6 (A) vs 13 (B) ; 1 (A) vs 3 (B) ;</li> <li>• Fatigue : 8 (A) vs 12 (B) ; &lt; 1 (A) vs &lt; 1 (B) ;</li> <li>• Arthralgie : 8 (A) vs 10 (B) ; 0 (A) vs 3 (B) ;</li> <li>• Myalgie : 3 (A) vs 9 (B) ; 0 (A) vs 2 (B) ;</li> <li>• Douleurs abdominales : 7 (A) vs 8 (B) ; 3 (A) vs 2 (B) ;</li> <li>• Éruption : 2 (A) vs 4 (B) ; &lt; 1 (A) vs &lt; 1 (B) ;</li> <li>• Diarrhées : 3 (A) vs 6 (B) ; &lt; 1 (A) vs 0 (B) ;</li> <li>• Vomissements : 2 (A) vs 7 (B) ; &lt; 1 (A) vs &lt; 1 (B).</li> </ul>																								

<sup>90</sup>Y-muHMFG1\* : yttrium-90-labeled murine HMFG1 monoclonal antibody (anticorps anti MUC 1 radioactif) ; IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; IP : voie intrapéritonéale ; RR : Risque Relatif ; vs : *versus*.

## ANNEXE 2. RECHERCHE ET SÉLECTION BIBLIOGRAPHIQUE

### Critères d'inclusion des études

#### Types de population

Les études portant sur des patientes atteintes de tumeurs épithéliales malignes de l'ovaire, quel que soit le stade, ont été sélectionnées.

#### Types d'interventions

Les interventions évaluées ont été les traitements complémentaires post-chirurgicaux et les traitements dits de consolidation à visée thérapeutique suivants :

- chimiothérapie intraveineuse ;
- chimiothérapie intrapéritonéale ;
- hormonothérapie ;
- immunothérapie ;
- pas de traitement.

#### Types d'études recherchés

Pour l'ensemble des thèmes traités, une recherche systématique a été effectuée sur les types d'études suivants :

- méta-analyses/synthèses méthodiques ;
- essais randomisés de phase II et III ;
- études prospectives comparatives comportant plus de 100 patientes.

#### Critères de jugement

Pour l'ensemble des thèmes traités, les critères d'évaluation pris en compte ont été les suivants :

- toxicité ;
- survie globale ;
- survie sans récurrence ;
- survie sans progression ;
- taux de récurrences locales ;
- réponse tumorale ;
- taux de réalisation ;
- qualité de vie.

### Stratégie de la recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été basée sur :

- l'interrogation de la base de données *Medline*<sup>®</sup> via l'interface OVID sur la période 2003-2008 (les équations de recherche utilisées sont présentées dans l'annexe 3) ;
- le suivi prospectif de la base de données *Medline*<sup>®</sup> via le système d'alerte hebdomadaire OVID jusqu'au 10/01/2008 ;
- le recueil de RPC et de revues systématiques via la consultation de plusieurs sites *d'evidence based medicine* (EBM) (liste des sites internet consultés présentée dans l'annexe 4) ;
- la consultation de la bibliographie des RPC, des méta-analyses/synthèses méthodiques et des revues de la littérature sélectionnées a complété la recherche bibliographique.

La stratégie de la recherche bibliographique a été limitée aux publications en français et en anglais. Les éditoriaux, les lettres, les cas rapportés, les études *in vitro* ainsi que les études conduites chez l'animal spécifiquement ont été éliminées de la stratégie de recherche.

TYPE DE RECHERCHE	FRÉQUENCE DE LA RECHERCHE	PÉRIODE COUVERTE
Interrogation de la base de données <i>Medline</i> ® via l'interface OVID	Ponctuel : 03/01/2007	01/01/2003 - 31/12/2006
Système des alertes OVID	Hebdomadaire	01/01/2007 - 10/01/2008
Consultation des sites internet d'EBM	Ponctuel : 04/01/2007	01/01/2003 - 04/01/2007
Consultation de la bibliographie des RPC, méta-analyses/synthèses méthodiques et revues de la littérature (sélectionnées)	Ponctuel : 10/01/2008	01/01/2003 - 10/01/2008

La stratégie de recherche a permis de retrouver, après gestion des doublons, 648 références indexées dans *Medline*® entre le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et le 10 janvier 2008. La consultation des sites internet d'EBM a permis de retrouver 9 références. Les documents retrouvés ont été utilisés comme source documentaire supplémentaire mais n'ont pas fait l'objet d'une analyse critique et d'une extraction des données. Ils ont constitué une source documentaire supplémentaire pour la formulation des Recommandations (liste des documents retrouvés présentée dans l'annexe 4).

### Sélection bibliographique

Parmi les 648 références retrouvées dans la base de données *Medline*®, 34 ont été sélectionnées. Parmi les 614 références non sélectionnées, 17 références étaient déjà incluses dans la mise à jour réalisée en 2003 et 597 références ne répondaient pas aux critères de sélection.

	NOMBRE D'ÉTUDES	RÉFÉRENCES
Méta-analyse/synthèse méthodique	6	ELIT2004A ; WINTERROACH2003 ; ELIT2007 ; KYRGIU2006 ; JAABACK2006 ; HESS2007
Essais randomisés de phase III	25	BELL2006 ; YOUNG2003 ; ARAVANTINOS2005 ; DUBOIS2006 ; KRISTENSEN2003 ; PFISTERER2006 ; REED2006 ; VASEY2004 ; VASEY2006 ; GREIMEL2006 ; MOBUS2007 ; SPRIGGS2007 ; RAYCOQUARD2007 ; NICOLETTO2007 ; ARMSTRONG2006 ; WALKER2006 ; WENZEL2007 ; DE2004 ; HIRTE2006 ; SORBE2003 ; PICCART2003 ; ALBERTS2006 ; VERHEIJEN2006 ; BEREK2004 ; HALL2004
Essais randomisés de phase II	3	CLAMP2006 ; MINAGAWA2006 ; BOLIS2006
Références exclues car déjà analysées dans les recommandations de 2003	17	ALBERTS1996 ; BRUZZONE1997 ; COLOMBO2003 ; DUBOIS2003 ; GADDUCCI2000 ; MARKMAN2001 ; MARKMAN2003 ; MUGGIA1996 ; OZOLS2003 ; POLYZOS1999 ; TRIMBOS2003 ; TRIMBOS2003A ; YEN2001 ; CANNISTRA2003 ; ARMSTRONG2003 ; PICCART2003 ; COLOMBO2003A
Total sélectionnées	34	-

## ANNEXE 3. ÉQUATIONS DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Équations de recherche sur la chimiothérapie dans le cancer de l'ovaire

DESCRIPTION DE LA RECHERCHE	ÉQUATION DE RECHERCHE <i>MEDLINE</i> <sup>®</sup> (OVID)	
Recherche des références sur la chimiothérapie dans le cancer de l'ovaire	1. Ovarien Neoplasms/dt 2. ovarian neoplasms/ 3. (ovar\$ adj3 (cancer\$1 or carcinoma\$1 or neoplasm\$ or tumor\$ or tumour\$)).ti. 4. 2 or 3 5. drug therapy/ or drug therapy, combination/ 6. Antineoplastic Combined Chemotherapy Protocols/ 7. Cisplatin/ 8. paclitaxel/ 9. carboplatin/ 10. platinum/ 11. cyclophosphamide/ 12. exp anthracyclines/ 13. 1605-68-1.rn. 14. chemotherapy.ti. 15. exp Antineoplastic agents/ 16. (chlorambucil or thiotepa or ifosfamide or melphalan).de.	17. or/5-16 18. (adjuvant or resect\$ or opera\$ or postoperative or (post adj1 operative)).ti,ab. 19. chemotherapy, adjuvant/ 20. 1 and (18 or 19) 21. 4 and 17 and 18 22. 4 and 19 23. 20 or 21 or 22 24. (first adj1 line).tw. 25. ((primary or initial) adj2 (management or surger\$ or therap\$ or treatment\$ or chemotherap\$)).ti. 26. 24 or 25 27. 4 and 17 28. (27 or 1) and 26 29. 28 or 23
Filtre d'exclusion	30. editorial.pt. 31. letter.pt. 32. news.pt. 33. case-reports.pt. 34. review of reported cases.pt.	35. in-vitro.de. 36. animal/ 37. or/30-36 38. 29 not 37
Limites de la recherche	39. randomized controlled trial.pt. 40. random allocation.de. 41. random\$.ti. 42. double-blind method.de. 43. 39 or 40 or 41 or 42 44. meta-analysis.pt. 45. meta-analy\$.ti. 46. metaanaly\$.ti. 47. (systematic adj overview\$).tw.	48. (systematic adj review\$).tw. 49. (quantitative adj overview\$).tw. 50. (quantitative adj review\$).tw. 51. or/44-50 52. limit 38 to (human and (english or french) and yr=2003-2006) 53. 52 and 43 54. 52 and 51

DESCRIPTION DE LA RECHERCHE	ÉQUATION DE RECHERCHE MEDLINE® (OVID)	
Recherche des références sur la chimiothérapie dans le cancer de l'ovaire	1. Ovarian Neoplasms/dt 2. ovarian neoplasms/ 3. (ovar\$ adj3 (cancer\$1 or carcinoma\$1 or neoplasm\$ or tumor\$ or tumour\$)).ti. 4. 2 or 3 5. drug therapy/ or drug therapy, combination/ 6. Antineoplastic Combined Chemotherapy Protocols/ 7. Cisplatin/ 8. paclitaxel/ 9. carboplatin/ 10. platinum/ 11. cyclophosphamide/ 12. exp anthracyclines/ 13. 1605-68-1.rn. 14. chemotherapy.ti. 15. exp Antineoplastic agents/ 16. (chlorambucil or thiotepa or ifosfamide or melphalan).de.	17. or/5-16 18. (adjuvant or resect\$ or opera\$ or postoperative or (post adj1 operative)).ti,ab. 19. chemotherapy, adjuvant/ 20. 1 and (18 or 19) 21. 4 and 17 and 18 22. 4 and 19 23. 20 or 21 or 22 24. (first adj1 line).tw. 25. ((primary or initial) adj2 (management or surger\$ or therap\$ or treatment\$ or chemotherap\$)).ti. 26. 24 or 25 27. 4 and 17 28. (27 or 1) and 26 29. 28 or 23
Filtre d'exclusion	30. editorial.pt. 31. letter.pt. 32. news.pt. 33. case-reports.pt.	34. in-vitro.pt. 35. animal/ 36. or/30-36 37. 29 not 37
Limites de la recherche	38. limit 38 to (human and (english or french) and yr=2003-2007) 39. exp case-control studies/ 40. 38 not 39 41. comparative study.pt 42. 40 and 41	

## Équations de recherche sur l'immunothérapie du cancer de l'ovaire

DESCRIPTION DE LA RECHERCHE	ÉQUATION DE RECHERCHE <i>MEDLINE</i> <sup>®</sup> (OVID)	
Recherche des références sur l'immunothérapie dans le cancer de l'ovaire	1. ovarian neoplasms/ 2. (ovar\$ adj3 (cancer\$1 or carcinoma\$1 or neoplasm\$ or tumor\$ or tumour\$)).ti. 3. exp immunotherapy/	4. immunotherapy.tw. 5. 1 or 2 6. 5 and (3 or 4)
Filtre d'exclusion	7. editorial.pt. 8. letter.pt. 9. news.pt. 10. case-reports.pt. 11. review of reported cases.pt.	12. in-vitro.de. 13. animal/ 14. or/7-13 15. 6 not 14
Limites de la recherche	16. randomized controlled trial.pt. 17. random allocation.de. 18. random\$.ti. 19. double-blind method.de. 20. 16 or 17 or 18 or 19 21. meta-analysis.pt. 22. meta-analy\$.ti. 23. metaanaly\$.ti. 24. (systematic adj overview\$).tw. 25. (systematic adj review\$).tw.	26. (quantitative adj overview\$).tw. 27. (quantitative adj review\$).tw. 28. or/21-27 29. limit 15 to (human and (english or french) and yr=2003-2006) 30. 29 and 20 31. 29 and 28

DESCRIPTION DE LA RECHERCHE	ÉQUATION DE RECHERCHE <i>MEDLINE</i> <sup>®</sup> (OVID)	
Recherche des références sur l'immunothérapie dans le cancer de l'ovaire	1. ovarian neoplasms/ 2. (ovar\$ adj3 (cancer\$1 or carcinoma\$1 or neoplasm\$ or tumor\$ or tumour\$)).ti. 3. exp immunotherapy/	4. immunotherapy.tw. 5. 1 or 2 6. 5 and (3 or 4)
Filtre d'exclusion	7. editorial.pt. 8. letter.pt. 9. news.pt. 10. case-reports.pt.	11. in-vitro.pt. 12. animal/ 13. or/7-12 14. 6 not 13
Limites de la recherche	15. limit 14 to (human and (english or french) and yr=2003-2007) 16. exp case-control studies/ 17. 15 not 16	

## Équations de recherche sur la chimiothérapie intrapéritonéale dans le cancer de l'ovaire

DESCRIPTION DE LA RECHERCHE	ÉQUATION DE RECHERCHE <i>MEDLINE</i> <sup>®</sup> (OVID)	
Recherche des références sur la chimiothérapie intrapéritonéale dans le cancer de l'ovaire	1. Ovarian Neoplasms/dt 2. ovarian neoplasms/ 3. (ovar\$ adj3 (cancer\$1 or carcinoma\$1 or neoplasm\$ or tumor\$ or tumour\$)).ti. 4. 2 or 3 5. drug therapy/ or drug therapy, combination/ 6. Antineoplastic Combined Chemotherapy Protocols/ 7. Cisplatin/	8. paclitaxel/ 9. carboplatin/ 10. platinum/ 11. cyclophosphamide/ 12. exp anthracyclines/ 13. 1605-68-1.rn. 14. chemotherapy.ti. 15. exp Antineoplastic agents/ 16. (chlorambucil or thiotepa or ifosfamide or melphalan).de. 17. or/5-16
Filtre d'exclusion	18. editorial.pt. 19. letter.pt. 20. news.pt. 21. case-reports.pt.	22. review of reported cases.pt. 23. in-vitro.de. 24. animal/ 25. or/18-24
Limites de la recherche	26. randomized controlled trial.pt. 27. random allocation.de. 28. random\$.ti. 29. double-blind method.de. 30. 26 or 27 or 28 or 29 31. meta-analysis.pt. 32. meta-analy\$.ti. 33. metaanaly\$.ti. 34. (systematic adj overview\$).tw. 35. (systematic adj review\$).tw. 36. (quantitative adj overview\$).tw. 37. (quantitative adj review\$).tw. 38. or/31-37	39. 17 and 4 40. 39 or 1 41. 40 not 25 42. intraperitoneal.ti. 43. Peritoneal Neoplasms/dt 44. 42 or 43 45. 41 and 44 46. limit 45 to (human and (english or french) and yr=2003-2006) 47. 46 and 30 48. 46 and 38

DESCRIPTION DE LA RECHERCHE	ÉQUATION DE RECHERCHE <i>MEDLINE</i> <sup>®</sup> (OVID)	
Recherche des références sur la chimiothérapie intrapéritonéale dans le cancer de l'ovaire	1. Ovarian Neoplasms/dt 2. ovarian neoplasms/ 3. (ovar\$ adj3 (cancer\$1 or carcinoma\$1 or neoplasm\$ or tumor\$ or tumour\$)).ti. 4. 2 or 3 5. drug therapy/ or drug therapy, combination/ 6. Antineoplastic Combined Chemotherapy Protocols/ 7. Cisplatin/	8. paclitaxel/ 9. carboplatin/ 10. platinum/ 11. cyclophosphamide/ 12. exp anthracyclines/ 13. 1605-68-1.rn. 14. chemotherapy.ti. 15. exp Antineoplastic agents/ 16. (chlorambucil or thiotepa or ifosfamide or melphalan).de. 17. or/5-16
Filtre d'exclusion	18. editorial.pt. 19. letter.pt. 20. news.pt. 21. case-reports.pt.	22. in-vitro.pt. 23. animal/ 24. or/18-23
Limites de la recherche	25. 14 and 4 26. 25 or 1 27. 26 not 24 28. intraperitoneal.ti. 29. Peritoneal Neoplasms/dt 30. 28 or 29	31. 27 or 30 32. limit 31 to (human and (english or french) and yr=2003-2007) 33. exp case-control studies/ 34. 32 not 33

## Équation de recherche sur l'hormonothérapie dans le cancer de l'ovaire

DESCRIPTION DE LA RECHERCHE	ÉQUATION DE RECHERCHE <i>MEDLINE</i> <sup>®</sup> (OVID)	
Recherche des références sur l'hormonothérapie dans le cancer de l'ovaire	1. ovarian neoplasms/ 2. (ovar\$ adj3 (cancer\$1 or carcinoma\$1 or neoplasm\$ or tumor\$ or tumour\$)).ti. 3. 1 or 2 4. antineoplastic agents, hormonal/ 5. (hormon\$ adj1 (therap\$ or treatment)).ti. 6. 4 or 5 7. 3 and 6 8. ovarian neoplasms/dt, th 9. ovarian neoplasms/ and drug therapy/ 10. 8 or 9 11. exp aromatase inhibitors/	12. (aromatase adj1 (antagonist\$1 or inhibitor\$1)).ti.13. 11 or 12 14. exp estrogen antagonists/ 15. (((anti or antagonist\$) adj1 estrogen\$) or Antiestrogen\$).ti. 16. 14 or 15 17. exp gonadorelin/agonists or (lhrh adj3 agonist\$1).ti. 18. (Luliberin or Cystorelin or Factrel or Dirigestran or Kryptocur or Gonadoliberin or Gn-RH or Gonadorelin).ti. 19. 17 or 18 20. 13 or 16 or 19 21. 10 and 20 22. 21 or 7
Filtre d'exclusion	23. editorial.pt. 24. letter.pt. 25. news.pt. 26. case-reports.pt. 27. review of reported cases.pt.	28. in-vitro.de. 29. animal/ 30. or/23-29 31. 22 not 30
Limites de la recherche	32. limit 31 to (human and (english or french)) 33. limit 32 to yr=2003-2006 34. randomized controlled trial.pt. 35. random allocation.de. 36. random\$.ti. 37. double-blind method.de. 38. 34 or 35 or 36 or 37 39. 33 and 38 40. meta-analysis.pt.	41. meta-analy\$.ti. 42. metaanaly\$.ti. 43. (systematic adj overview\$).tw. 44. (systematic adj review\$).tw. 45. (quantitative adj overview\$).tw. 46. (quantitative adj review\$).tw. 47. or/40-46 48. 33 and 47

DESCRIPTION DE LA RECHERCHE	ÉQUATION DE RECHERCHE MEDLINE® (OVID)	
Recherche des références sur l'hormonothérapie dans le cancer de l'ovaire	1. ovarian neoplasms/ 2. (ovar\$ adj3 (cancer\$1 or carcinoma\$1 or neoplasm\$ or tumor\$ or tumour\$)).ti. 3. 1 or 2 4. antineoplastic agents, hormonal/ 5. (hormon\$ adj1 (therap\$ or treatment)).ti. 6. 4 or 5 7. 3 and 6 8. ovarian neoplasms/dt, th 9. ovarian neoplasms/ and drug therapy/ 10. 8 or 9 11. exp aromatase inhibitors/ 12. (aromatase adj1 (antagonist\$1 or inhibitor\$1)).ti.	13. 11 or 12 14. exp estrogen antagonists/ 15. (((anti or antagonist\$) adj1 estrogen\$) or Antiestrogen\$).ti. 16. 14 or 15 17. exp gonadorelin/agonists or (lhrh adj3 agonist\$1).ti. 18. (Luliberin or Cystorelin or Factrel or Dirigestran or Kryptocur or Gonadoliberin or Gn-RH or Gonadorelin).ti. 19. 17 or 18 20. 13 or 16 or 19 21. 10 and 20 22. 21 or 7
Filtre d'exclusion	23. editorial.pt. 24. letter.pt. 25. news.pt. 26. case-reports.pt.	27. in-vitro.pt. 28. animal/ 29. or/23-28
Limites de la recherche	30. 22 not 29 31. limit 30 to (human and (english or french) and yr=2003-2007)	32. exp case-control studies/ 33. 31 not 32

## ANNEXE 4. INTERROGATION DES SITES INTERNET EBM

### Sites internet consultés

NOM DE L'ORGANISME	ADRESSE URL
AFSSAPS	<a href="http://agmed.sante.gouv.fr/">http://agmed.sante.gouv.fr/</a>
ASCO guideline	<a href="http://www.asco.org/ac/1,1003,12-002138,00.asp">http://www.asco.org/ac/1,1003,12-002138,00.asp</a>
CCOHTA	<a href="http://www.ccohta.ca/">http://www.ccohta.ca/</a>
CCOPGI	<a href="http://www.cancercare.on.ca/">http://www.cancercare.on.ca/</a>
Clinical Evidence	<a href="http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/index.jsp">http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/index.jsp</a>
Cochrane CDSR	<a href="http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/mrwhome/106568753/home">http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/mrwhome/106568753/home</a>
HAS	<a href="http://www.has.fr">http://www.has.fr</a>
NCCN	<a href="http://www.nccn.org/">http://www.nccn.org/</a>
NGC	<a href="http://www.guideline.gov/">http://www.guideline.gov/</a>
NHS - HTA	<a href="http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/">http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/</a>
NICE	<a href="http://www.nice.org.uk/cat.asp?c=16422">http://www.nice.org.uk/cat.asp?c=16422</a>
NZGG	<a href="http://www.nzgg.org.nz/index.cfm?screenSize=1024&amp;ScreenResSet=yes&amp;CFTOKEN">http://www.nzgg.org.nz/index.cfm?screenSize=1024&amp;ScreenResSet=yes&amp;CFTOKEN</a>
START	<a href="http://www.startoncology.net/default.jsp">http://www.startoncology.net/default.jsp</a>
SBU	<a href="http://www.sbu.se/www/index.asp">http://www.sbu.se/www/index.asp</a>
SIGN	<a href="http://www.sign.ac.uk/index.html">http://www.sign.ac.uk/index.html</a>
Thériaque	<a href="http://www.theriaque.org/">http://www.theriaque.org/</a>

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé  
 ASCO : American society of clinical oncology  
 CCOHTA : Canadian coordinating office for health technology assessment)  
 CCOPGI : Cancer care Ontario practice guidelines Initiative  
 Cochrane CDSR : Cochrane database of systematic reviews  
 HAS : Haute autorité de santé  
 NCCN : National comprehensive cancer network

NGC : National guidelines clearinghouse  
 NHS - HTA : National health service - health technology assessment  
 NICE : National institute for clinical evidence  
 NZGG : New Zealand guidelines group  
 START : State of the ART, oncology in Europe  
 SBU : The Swedish council on technology assessment in health care  
 SIGN : Scottish intercollegiate guidelines network.

Liste des documents retrouvés *via* la consultation des sites internet d'EBM

TYPE DE DOCUMENTS	ORGANISME PRODUCTEUR	RÉFÉRENCE	ANNÉE DE PUBLICATION
RPC	CCOPGI	First-line chemotherapy for postoperative patients with stage II, III or IV epithelial ovarian cancer, fallopian tube cancer, or primary peritoneal cancer <a href="http://www.cancercare.on.ca/pdf/pebc4-1-2f.pdf">http://www.cancercare.on.ca/pdf/pebc4-1-2f.pdf</a>	2004
RPC	CCOPGI	Adjuvant care for stage I ovarian cancer <a href="http://www.cancercare.on.ca/pdf/pebc4-13f.pdf">http://www.cancercare.on.ca/pdf/pebc4-13f.pdf</a>	2004
RPC	CCOPGI	The role of intraperitoneal chemotherapy in the first-line treatment of women with stage III epithelial ovarian cancer <a href="http://www.cancercare.on.ca/pdf/pebc4-21f.pdf">http://www.cancercare.on.ca/pdf/pebc4-21f.pdf</a>	2006
RPC	START	Ovarian cancer <a href="http://www.startoncology.net/site/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=69%3Aovarian-cancer&amp;catid=47%3Agynaecologic-cancers-cat&amp;Itemid=53&amp;lang=en">http://www.startoncology.net/site/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=69%3Aovarian-cancer&amp;catid=47%3Agynaecologic-cancers-cat&amp;Itemid=53&amp;lang=en</a>	2006
RPC	NCCN	Ovarian cancer. Clinical practice guidelines in oncology <a href="http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/ovarian.pdf">http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/ovarian.pdf</a>	2008
Protocole	The Cochrane collaboration	Adjuvant (poste-chirurgical) chemotherapy for early stage epithelial ovarian cancer <a href="http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD004706/pdf_fs.html">http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD004706/pdf_fs.html</a>	2006
Review	The Cochrane collaboration	Chemotherapy <i>versus</i> surgery for initial treatment in advanced ovarian epithelial cancer <a href="http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD005343/pdf_fs.html">http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD005343/pdf_fs.html</a>	2006
Review	The Cochrane collaboration	Topotecan for ovarian cancer <a href="http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD005589/pdf_fs.html">http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD005589/pdf_fs.html</a>	2006
Protocole	The Cochrane collaboration	Chemotherapy and/or radiotherapy after surgery for ovarian carcinosarcoma <a href="http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD006246/pdf_fs.html">http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD006246/pdf_fs.html</a>	2006

## ANNEXE 5. GRILLES D'ANALYSE CRITIQUE

Des grilles d'analyse critique des études ont été utilisées en fonction du type d'étude

### Grille d'analyse critique pour les méta-analyses et les synthèses méthodiques

RÉFÉRENCE DE L'ARTICLE	.....
Les objectifs de la synthèse méthodique sont-ils clairement définis ?	.....
Les critères utilisés pour sélectionner les essais sont-ils corrects ?	.....
Est-il improbable que des études aient été oubliées ?	.....
Un biais de publication est-il possible ?	.....
L'éventualité de ce biais est-elle discutée par les auteurs ?	.....
La qualité méthodologique des essais inclus a-t-elle été évaluée ?	.....
Les résultats des essais inclus sont-ils homogènes ?	.....
L'analyse statistique a-t-elle été réalisée correctement ?	.....
La stabilité des résultats a-t-elle été éprouvée par des analyses de sensibilité ?	.....
Est-ce que tous les critères de jugement importants ont été étudiés ?	.....
Est-ce que les résultats sont décrits ?	.....

### Grille d'analyse critique pour les essais randomisés d'après Jadad et al.<sup>2</sup>

RÉFÉRENCE DE L'ARTICLE	.....
1. Étude randomisée ? *	.....
2. Méthode de randomisation décrite et appropriée ?**	.....
3. Double aveugle***	.....
4. Double aveugle décrit et approprié ?*	.....
5. description des non-évalués et des perdus de vue ?**	.....
Score de JADAD	.....
Qualité de l'étude	.....

\* score : oui = 1, non = 0 ; \*\* score : oui = 1, non décrit = 0, non = -1 ; \*\*\* score : oui = 1, non = 0 ; • score : oui = 1, non décrit = 0, non = -1 ; ● score : oui = 1, non = 0.

<sup>2</sup> Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? Control Clin Trials 1996;17(1):1-12.

Grille d'analyse critique pour les essais randomisés d'après Cucherat et al.<sup>3</sup>

RÉFÉRENCE DE L'ARTICLE		.....
Validité	L'hypothèse a-t-elle été formulée <i>a priori</i> ?	.....
Méthodologique	L'objectif de l'essai est-il clairement précisé dans l'introduction ?	.....
Sortie d'essai - Attrition -	L'analyse a-t-elle été réalisée en intention de traiter ?	.....
	Le nombre de patientes analysées est-il identique au nombre de patients randomisés ?	.....
	Est-ce que les arrêts de traitements, les déviations aux protocoles et les traitements concomitants ont été recueillis et sont convenablement documentés ?	.....
	Le recours aux traitements concomitants a-t-il été aussi fréquent dans tous les groupes ?	.....
Insu	Les taux de déviation au protocole sont-ils similaires dans les deux groupes ?	.....
	Les taux d'arrêt du traitement de l'étude sont-ils similaires dans les deux groupes ?	.....
	L'évaluation du critère de jugement est-elle faite de la même façon quel que soit le traitement reçu ?	.....
Randomisation	Est-ce que la méthode de randomisation garantit l'imprévisibilité du traitement ?	.....
	Est-ce que les groupes sont initialement comparables ?	.....
Facteurs de confusion	Existe-il un groupe contrôle ?	.....
	L'effet du traitement est-il déterminé par rapport à ce groupe contrôle ?	.....
Réalité statistique du résultat	Peut-on considérer que le risque alpha a été parfaitement contrôlé pour le résultat avancé ?	.....
	N'y a-t-il pas eu de mesures multiples du critère de jugement (mesures répétées) ?	.....
	Le résultat avancé n'est-il pas issu d'une analyse en sous-groupes ?	.....

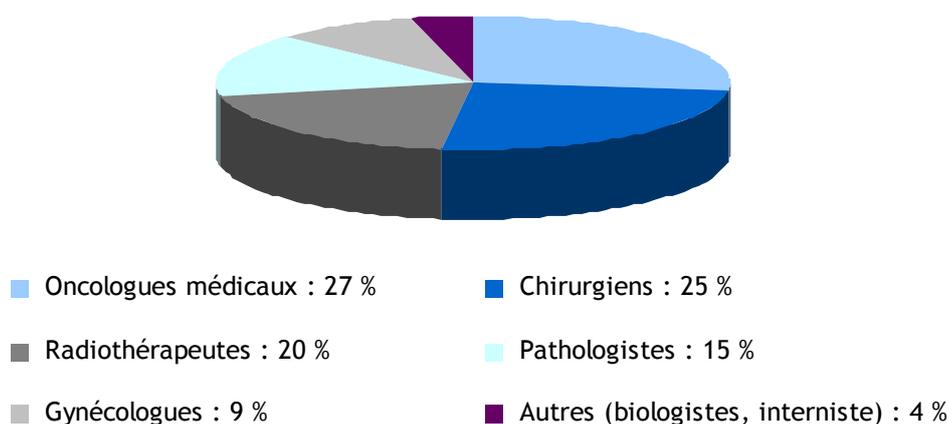
<sup>3</sup> Cucherat, M. Méthodologie et interprétation des essais cliniques. Flammarion, Médecine-Sciences; Collection Nouveaux Modules ed. 2004.

## ANNEXE 6. PROCESSUS DE RELECTURE NATIONALE

Ce document a été adressé pour relecture nationale, le 14 janvier 2008 à 226 experts indépendants du groupe de travail et représentatifs de tous les modes d'exercice (cf. figures 1 et 2). Une grille de lecture basée sur la grille AGREE a été proposée pour aider les relecteurs à évaluer la validité, la clarté, la pertinence et l'acceptabilité des Recommandations pour la pratique clinique élaborées par le groupe de travail<sup>4</sup>. La date limite de réponse pour clore le processus de relecture a été fixée au 19 février 2008. Seules les personnes ayant répondu figurent de façon nominative dans le rapport intégral. En cas de commentaires ou de réserve, une justification écrite et détaillée était demandée, faisant référence aux données de la science et/ou à l'expérience argumentée des médecins.

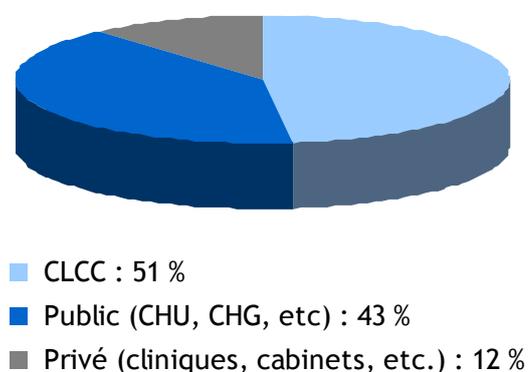
**FIGURE 1**

Échantillon sollicité : répartition par spécialité



**FIGURE 2**

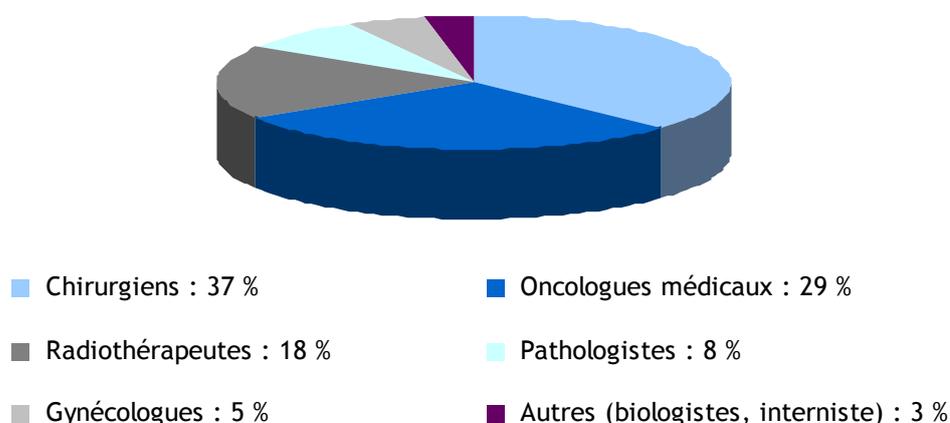
Échantillon sollicité : répartition par mode de pratique



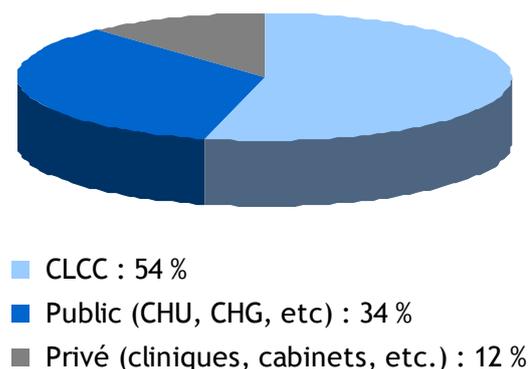
<sup>4</sup> AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. Qual Saf Health Care 2003;12(1):18-23.

Parmi les 226 relecteurs sollicités, 65 ont répondu (29 %) dont 64 ont rempli la grille d'évaluation qui leur avait été proposée (98 %). Les relecteurs ayant répondu ont été principalement des chirurgiens et des oncologues médicaux (respectivement 37 % et 29 %) (cf. figure 3). Cinquante-quatre pour cent des relecteurs ayant répondu provenaient des centres de lutte contre le cancer, 34 % du secteur public et 12 % du secteur privé (cf. figure 4). En réponse à la grille de lecture, 99 % des relecteurs ont déclaré que toutes les recommandations ou une grande partie étaient applicables dans leur pratique, 100 % ont approuvé toutes les recommandations ou une grande partie des recommandations et 99 % étaient d'accord pour utiliser ces recommandations dans leur pratique (en totalité ou en grande partie). Les réponses des relecteurs aux items de la grille d'évaluation sont présentées dans les tableaux ci-dessous. Les principaux commentaires et réserves des relecteurs ainsi que les réponses apportées par le groupe de travail sont présentés dans l'annexe 7.

**FIGURE 3**  
Répartition par spécialité des relecteurs ayant répondu



**FIGURE 4**  
Répartition par spécialité des relecteurs ayant répondu



## Evaluation des recommandations

	TOUTES	EN GRANDE PARTIE	CERTAINES
Applicabilité des recommandations	88 %	11 %	1 %
Approbation des recommandations	79 %	21 %	0 %
Utilisation des recommandations dans la pratique clinique	85 %	14 %	1 %

## Réponses des relecteurs aux items de la grille de relecture

	TOUT A FAIT D'ACCORD OU D'ACCORD	SANS AVIS PRECIS	PAS D'ACCORD OU ABSOLUMENT PAS D'ACCORD
La méthodologie utilisée pour l'élaboration des Recommandations est clairement présentée.	100 %	0 %	0 %
Les membres du groupe de travail proviennent de toutes les disciplines pertinentes avec le sujet traité.	95 %	1 %	4 %
Les sources d'information utilisées sont pertinentes et valides.	100 %	0 %	0 %
Le sujet est traité de façon pertinente (plan, contenu).	99 %	0%	1 %
Les sujets controversés ont tous été rapportés.	79 %	11 %	10 %
Les patientes auxquelles s'intéressent les Recommandations sont précisément décrites.	97 %	0 %	3 %
La synthèse des données scientifiques paraît claire.	99 %	0 %	1 %
Le lien explicite entre les recommandations et le niveau de preuve sur lesquelles elles reposent est précisé.	95 %	4 %	1 %
Les situations d'exception sont précisées.	82 %	11 %	7 %
Les différentes alternatives pour la prise en charge de la pathologie/les indications/les bonnes pratiques ont été	93 %	7 %	0 %
La présentation des recommandations paraît clairement structurée et sans ambiguïté.	92 %	5 %	3 %
Les potentiels bénéfiques, risques et effets indésirables des interventions ont été pris en compte dans les recommandations.	89 %	10 %	1 %
Il peut être affirmé qu'il n'y a pas d'autres conclusions possibles en l'état actuel des connaissances.	79 %	14 %	7 %
Les situations cliniques auxquelles s'appliquent les recommandations ont été suffisamment précisées.	97 %	3 %	0 %
Toutes les données scientifiques pertinentes disponibles sur le sujet sont présentées.	93 %	4 %	3 %

## ANNEXE 7. SYNTHÈSE DES COMMENTAIRES DE LA RELECTURE NATIONALE

COMMENTAIRES	PRISES EN COMPTE
Traitements adjuvants : Stades IA/IB G1 non à cellules claires	
Il n'est pas fait mention des formes histologiques particulières en dehors des cellules claires. Les tumeurs mucineuses mériteraient une mention spécifique.	En l'absence d'arguments bibliographiques de bonne qualité permettant d'obtenir un consensus, le groupe de travail a opté pour ne pas faire de mention spécifique pour les tumeurs mucineuses.
Serait-il possible de préciser dans le Standard, entre parenthèses, ce que doit être une stadification complète ?	La stadification complète est abordée dans les Recommandations : Traitement chirurgical - Tumeurs épithéliales malignes de l'ovaire disponibles sur le site internet de l'INCa à l'adresse suivante : <a href="http://www.e-cancer.fr">www.e-cancer.fr</a> . Un renvoi vers ces Recommandations a été inséré dans le Standard.
Peut-on recommander un type de <i>grading</i> (grade de Silverberg) ?	En l'absence d'arguments bibliographiques de bonne qualité permettant d'obtenir un consensus, le groupe de travail a opté pour ne pas recommander de type de <i>grading</i> . Par ailleurs, le grade de Silverberg ne concerne que les tumeurs séreuses.
Traitements adjuvants : Stades IA/IB G2 ou G3 ou à cellules claires, stades IC et stades IIA	
Un Standard prévoit une surveillance en cas de stadification complète, serait-il possible d'en préciser la nature (clinique, radiologique, biologique) ?	En l'absence d'arguments bibliographiques de bonne qualité permettant d'obtenir un consensus, le groupe de travail a opté pour ne pas standardiser les modalités de la surveillance.
Serait-il possible de regrouper les stades IA G1-2 non à cellules claires et les stades IB G1-2 non à cellules claires ?	Partiellement pris en compte : <ul style="list-style-type: none"> <li>regroupement des stades IA G1 et IB G1 ;</li> <li>regroupement des stades IA G2-3 et IB G 2-3.</li> </ul>
Dans le paragraphe 6.6, pourquoi est-il mentionné qu'il est recommandé de réaliser exclusivement une radiothérapie abdomino-pelvienne » ?	Si la décision d'effectuer une radiothérapie est prise, il est recommandé de réaliser une radiothérapie abdomino-pelvienne non une radiothérapie pelvienne seule.
Serait-il possible de préciser qu'en cas de restadification impossible, la chimiothérapie doit être la règle ?	Pris en compte.
En cas de stadification complète, une surveillance doit être proposée. Doit-on comprendre en voyant la recommandation que cela s'applique aux tumeurs de bon pronostic ? dans ce cas, n'est-il pas plus simple de mettre qu'en cas de stadification complète, une chimiothérapie est à réaliser dans les mauvais pronostics et une surveillance dans les bons pronostics ?	Pris en compte.

La méta-analyse de Winter-Roach <i>et al.</i> 2003 montre bien que la radiothérapie est équivalente à la chimiothérapie (globalement et à base de sels de platine). Pourquoi la radiothérapie n'est pas discutée dans le jugement argumenté des experts pour l'éliminer ou alors n'est pas mentionnée dans les recommandations ?	Pris en compte.
L'essai de Bell <i>et al.</i> 2006 montre que 3 cycles sont équivalents à 6 cycles en termes de taux de récurrence et de taux de décès tout en étant moins toxiques. Pourquoi le nombre de cycles n'est pas discuté dans le jugement des experts ou dans les recommandations ?	Pris en compte.
Concernant les Standards, ne faudrait-il pas rajouter le nombre de cycles de la manière suivante : Si une chimiothérapie est réalisée, elle doit comporter au moins 3 cycles (à base de sels de platine) par voie intraveineuse.	Pris en compte.
Il faudrait préciser la nature de la surveillance en cas de chirurgie complète.	En l'absence d'arguments bibliographiques de bonne qualité permettant d'obtenir un consensus, le groupe de travail a opté pour ne pas standardiser les modalités de la surveillance.
Doit-on proposer une reprise chirurgicale systématique en cas de stadification incomplète ?	Ce thème est abordé dans les Recommandations : Traitement chirurgical - Tumeurs épithéliales malignes de l'ovaire disponibles sur le site internet de l'INCa à l'adresse suivante : <a href="http://www.e-cancer.fr">www.e-cancer.fr</a> .
Il serait pertinent de reformuler le Standard de la manière suivante : en cas de stadification complète, une surveillance doit être proposée sauf lorsqu'il existe des facteurs pronostiques péjoratifs (grades 3, cellules claires ou stades $\geq$ IC), cas où la chimiothérapie à base de sels de platine doit être proposée.	Pris en compte.
Préciser le nombre de cycles de chimiothérapie ou préciser qu'il n'y a pas de Standard sur le nombre de cycles à administrer.	Pris en compte.
Il serait pertinent de reformuler le Standard. Dans la phrase, telle qu'elle est écrite, la chirurgie apparaît comme étant optionnelle si la chimiothérapie est indiquée mais la chirurgie a la vertu non seulement de restadifier (si envahissement ganglionnaire = stade IIIC et type de chimiothérapie différent) mais aussi de mettre parfois réellement la patiente en R0 ce qui lui garantit les meilleures chances de guérison.	Pris en compte.
Quels arguments dans la littérature pour justifier une chimiothérapie systématique devant une tumeur à cellules claires, en particulier de stade IA ?	Il n'y a pas de données pour les petits stades. Néanmoins, les types histologiques apparaissent comme un facteur indépendant sur la survie. Les tumeurs à cellules claires sont considérées comme des tumeurs séreuses de grade 3.
Traitements adjuvants : Stades IIB et IIC, sans résidu macroscopique	
Concernant le Standard, il faudrait le reformuler de la manière suivante : « Les patientes doivent bénéficier d'une chimiothérapie à base de sels de platine pour un minimum de 6 cycles ».	Partiellement pris en compte. Le groupe de travail préconise de réaliser 6 cycles de chimiothérapie.
Traitements adjuvants : Stades III et IV, sans résidu macroscopique	

<p>Ce chapitre est quasi exclusivement consacré à la chimiothérapie IP, avec quelques données sur la monochimiothérapie issue de l'étude menée par Kyrgiou <i>et al.</i> 2006. Dans un souci de clarté, il faudrait introduire un chapitre sur la chimiothérapie IV. Ceci permettrait de mieux étayer l'Option concernant la monochimiothérapie qui n'est quasiment pas discutée dans le texte. De même, aucune référence n'est mentionnée concernant la gestion des KT IP.</p>	<p>La recherche bibliographique mise en place dans le cadre de ce projet n'a pas permis de retrouver de nouvelles données de la littérature depuis la mise à jour 2003. L'Option concernant la monochimiothérapie est basée sur les résultats de la méta-analyse menée par Kyrgiou <i>et al.</i> 2006. Par ailleurs, aucun argument bibliographique de bonne qualité ne permet d'obtenir un consensus concernant la gestion des KT IP. Le groupe de travail recommande de ne pas poser de cathéter si un geste digestif est réalisé durant l'intervention.</p>
<p>Le bénéfice statistique doit être relativisé avec une SSR RR = 0,91 et une SG RR = 0,8 et des IC95 respectivement à [IC95 : 0,85-0,98] et [IC95 : 0,81-0,95].</p>	<p>Pris en compte.</p>
<p>L'association carboplatine et paclitaxel va au-delà des recommandations 2003 et n'est pas justifiée dans l'argumentaire 2008. Les objections de 2003 restent valables et n'autorisent pas à changer le Standard qui est une chimiothérapie à base de sels de platine.</p>	<p>La méta-analyse menée par Kyrgiou <i>et al.</i> 2006 justifie la position prise par le groupe de travail.</p>
<p>Ne faudrait-il pas formuler les recommandations de la manière suivante ? Standard : « Les patientes doivent bénéficier d'une chimiothérapie intraveineuse associant carboplatine et paclitaxel pour un minimum de 6 cycles ». Option : « Une chimiothérapie IP à base de sels de platine réalisée par une équipe ayant l'expérience de cette modalité thérapeutique, peut être proposée chez des patientes clairement informées ». 2<sup>de</sup> Option : « En l'absence d'expérience de l'équipe en chimiothérapie IP, la voie IV est préconisée ».</p>	<p>Pris en compte.</p>
<p>Pourquoi l'essai de Armstrong <i>et al.</i> 2006 est-il exclu de l'analyse ? serait-il possible de préciser la décision prise ?</p>	<p>L'essai mené par Armstrong <i>et al.</i> 2006 est inclus dans les méta-analyses incluses dans l'argumentaire. De ce fait, les résultats de ces méta-analyses, présentés précédemment, prennent en compte partiellement ou en intégralité les résultats de cet essai. Par conséquent, afin de ne pas présenter les résultats de cet essai à plusieurs reprises dans le document, ce qui induirait un biais dans l'interprétation des résultats et dans la synthèse des conclusions, l'analyse des données de l'essai mené par Armstrong <i>et al.</i> n'a pas été réalisée.</p>
<p>Il faudrait argumenter davantage la discordance entre l'analyse de la littérature et les recommandations pour la chimiothérapie IP.</p>	<p>Pris en compte.</p>
<p>Pourquoi mentionner « pour un minimum de 6 cycles » ? Y a-t-il des preuves permettant de retenir que plus de 6 cycles est plus efficace ? Sinon, il faudrait préciser dans le jugement argumenté des experts que la décision de préconiser au moins 6 cycles provient d'un avis d'experts.</p>	<p>Pris en compte.</p>
<p>Ne pourrait-on pas rajouter, dans la première Option, les éléments suivants : « dans le cadre d'une information complète, les avantages en survie et les inconvénients en effets secondaires ou difficultés d'application de la chimiothérapie IP doivent être exposées à la patiente. »</p>	<p>Pris en compte.</p>

Ne devrait-on pas mentionner une monochimiothérapie par carboplatine plutôt qu'une monochimiothérapie par sel de platine ?	Pris en compte.
Il faudrait modifier, au vue de la littérature, la recommandation suivante : « une polychimiothérapie intrapéritonéale à base de sels de platine, réalisée par une équipe ayant l'expérience de cette modalité peut être proposée chez des patientes clairement informées, dans le cadre d'évaluation thérapeutique à la place de la chimiothérapie par voie intraveineuse. »	En l'absence d'arguments bibliographiques de bonne qualité permettant d'obtenir un consensus, le groupe de travail ne recommande pas l'administration de plusieurs drogues par la voie intrapéritonéale.
La place de la chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale (CHIP) n'est pas discutée dans ce chapitre. Nous pourrions citer la revue de la littérature : Bijelic L, Jonson A, Sugarbaker PH. Systematic review of cytoreduction surgery and heated intraoperative intraperitoneal chemotherapy for treatment of peritoneal carcinomatosis in primary and recurrent ovarian cancer. Ann Oncol. 2007 Dec;18(2):1943-50. Cela pourrait apparaître comme une Option dans le cadre d'évaluation thérapeutique.	Compte tenu de l'absence de données, la CHIP ne peut être recommandée en Option. Il s'agit encore d'un axe de recherche. Une chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale ne doit être proposée que dans le cadre de protocoles d'évaluation. La référence bibliographique proposée ne répond pas aux critères de sélection mis en place dans le cadre de cette actualisation.
<b>Traitements adjuvants : Stades IIB à IV avec résidu macroscopique</b>	
Le traitement au-delà de 6 cycles n'ayant jamais montré de bénéfice, le Standard devrait être le suivant : « les patientes doivent bénéficier d'une chimiothérapie associant carboplatine et paclitaxel pour un durée de 6 cycles ». L'augmentation du nombre de cycles relève au mieux d'une Option, peut être dans le cadre d'essais.	Pris en compte.
Peut-on considérer l'Option : « Une monochimiothérapie par carboplatine peut être proposée en première ligne aux patientes en cas de comorbidité » comme un Standard ?	Il n'y a pas assez de données scientifiques de bonne qualité pour indiquer une monochimiothérapie par carboplatine en première ligne aux patientes en cas de comorbidité en Standard.
Il est écrit que la pertinence clinique est critiquable alors qu'à la lecture des tableaux, il s'agit majoritairement de survie ou de toxicité. Il est mentionné que la taille de l'effet n'apparaît pas cliniquement pertinence pour plusieurs essais, mais ce fait semble plus lié aux résultats des essais qu'à leur méthodologie car si les essais avaient été positifs, la taille de l'effet serait devenue cette fois-ci pertinente. Par ailleurs, que doit-on comprendre par imprévisibilité de la randomisation ? Ne serait-il pas plus juste de parler de rigueur de la randomisation ?	Pris en compte.
Y a-t-il des preuves permettant de retenir que plus de 6 cycles est plus efficace ? Sinon, il faudrait préciser dans le jugement argumenté des experts que la décision provient d'un avis d'experts.	Pris en compte.

Concernant la dernière Option, ne pourrait-on pas écrire : « Une chirurgie d'intervalle après 2 ou 3 cycles doit être discutée systématiquement en cas de réponse et proposée si l'objectif d'une résection complète est estimée possible. Si la chirurgie d'intervalle est refusée, une chirurgie au terme du traitement complémentaire sera discutée ».	Pris en compte.
<b>Traitements de consolidation en cas de rémission complète<sup>5</sup> : Stades IIB à IV à la fin du traitement adjuvant</b>	
Il faudrait préciser davantage concernant les termes : rémission complète clinique, biologique et radiologique. Par ailleurs, il n'existe pas d'éléments sur les modalités d'évaluation thérapeutique (second-look, radiologie, demi-vie du CA 125), ce qui est regrettable.	En l'absence d'arguments bibliographiques de bonne qualité permettant d'obtenir un consensus, le groupe de travail a opté pour ne pas standardiser les modalités de l'évaluation et de la surveillance.
Ne pourrait-on pas écrire en Option : « Inclure des patientes dans un essai » ? À l'opposé, la poursuite de la chimiothérapie en cas de rémission complète ne repose que sur bien peu d'arguments.	Pris en compte.
Il faudrait argumenter davantage la discordance entre l'analyse de la littérature et les recommandations pour la chimiothérapie intrapéritonéale.	Pris en compte.
Il manque un chapitre sur les personnes âgées.	En l'absence d'arguments bibliographiques de bonne qualité concernant la prise en charge des personnes âgées, ces dernières sont considérées dans le document comme des personnes fragiles.
Serait-il possible de préciser dans l'Option : « poursuite de la chimiothérapie de première ligne (aucun protocole de seconde ligne n'ayant fait la preuve de son utilité dans ce cadre là) ».	Pris en compte.
Radiothérapie adjuvante : il faudrait expliquer pourquoi les experts ne l'ont pas retenue, malgré l'essai positif de Sorbe <i>et al.</i> 2003 : effets secondaires et surtout abandon de la technique en France, donc perte de pratique.	Pris en compte.
Ne faudrait-il pas intégrer l'essai ICON4 ?	Cette étude ne répond pas aux critères de sélection mis en place dans le cadre de cette actualisation.
<b>Traitements de consolidation en l'absence de rémission complète<sup>6</sup> : Stades IIB à IV à la fin du traitement adjuvant</b>	
Mettre la chirurgie en Option dans cette situation est bien flatteur pour la chirurgie. Quels arguments pour une chirurgie de énième ligne après une chimiothérapie complète ?	Une chirurgie peut être indiquée en Option si une résection complète est estimée possible après 6 cycles de chimiothérapie.
Préciser : « chirurgie si résection complète jugée possible ».	Pris en compte.

<sup>5</sup> Rémission clinique, biologique et radiologique

<sup>6</sup> Idem