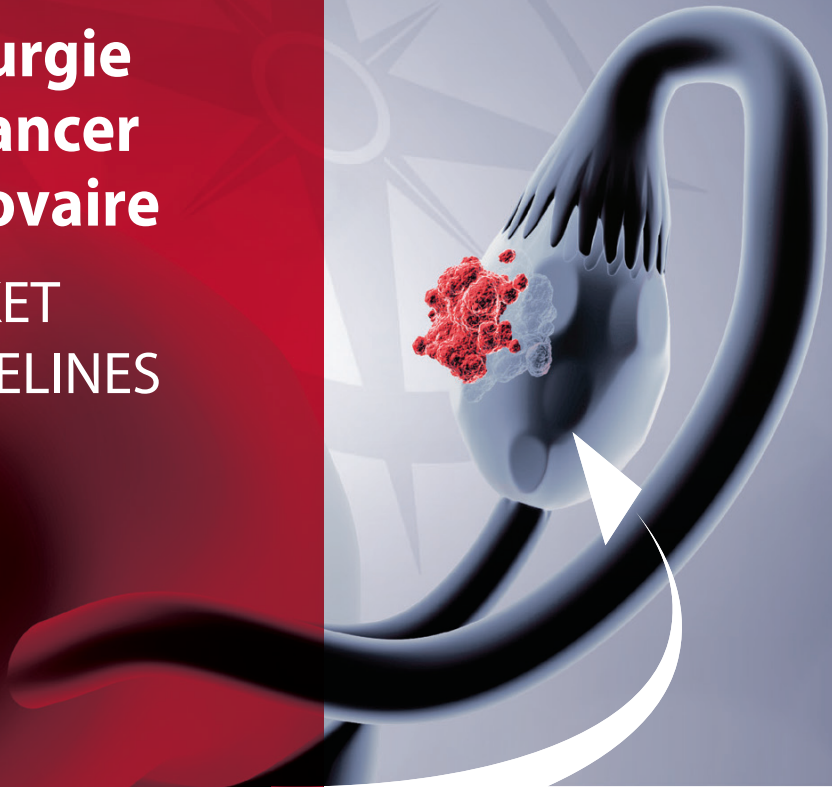


Chirurgie du cancer de l'ovaire

POCKET
GUIDELINES





CHIRURGIE DU CANCER DE L'OVAIRE

POCKET GUIDELINES

basées sur
les recommandations de l'ESGO pour
la chirurgie du cancer de l'ovaire



Querleu, D., Planchamp, F., Chiva, L., Fotopoulou, C., Barton, D., Cibula, D., ... du Bois, A. (2017). European Society of Gynaecological Oncology (ESGO) Guidelines for Ovarian Cancer Surgery. *International Journal of Gynecological Cancer*, 27(7), 1534–1542. DOI: 10.1097/IGC.0000000000001041

L'ESGO souhaite remercier le groupe d'élaboration international de sa disponibilité constante, de son travail et le remercier d'avoir rendu possible l'élaboration de ces recommandations pour la prise en charge chirurgicale des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire. L'ESGO est également très reconnaissante aux 66 évaluateurs externes internationaux de leur participation (liste disponible sur le site Internet de l'ESGO).

L'ESGO souhaite également exprimer sa sincère gratitude à l'Institut national du cancer français qui a fourni le principal financement pour ce travail.

Nom	Spécialité	Affiliation
Denis Querleu	Chirurgien (président)	Institut Bergonié, Bordeaux (France)
François Planchamp	Méthodologiste (co-président)	Institut Bergonié, Bordeaux (France)
Giovanni Aletti	Gynécologue oncologue	Institut européen d'oncologie, Milan (Italie)
Desmond Barton	Gynécologue oncologue	Royal Marsden Hospital, Londres (Royaume-Uni)
Silvestro Carinelli	Anatomo-pathologiste	Institut européen d'oncologie, Milan (Italie)
Luis Chiva	Gynécologue oncologue	Clinique universitaire de Navarre, Pampelune (Espagne)
David Cibula	Gynécologue oncologue	Hôpital universitaire Charles, Prague (République Tchèque)
Karen Creutzberg	Oncologue radiothérapeute	Centre médical universitaire de Leyde, Leyde (Pays-Bas)
Ben Davidson	Anatomo-pathologiste	Norwegian Radium Hospital, Oslo (Norvège)
Andreas du Bois	Gynécologue oncologue	Kliniken Essen-Mitte, Essen (Allemagne)
Christina Fotopoulou	Gynécologue oncologue	Imperial College London, Londres (Royaume-Uni)
Philip Harter	Gynécologue oncologue	Kliniken Essen-Mitte, Essen (Allemagne)
Eric Leblanc	Chirurgien	Centre Oscar Lambret, Lille (France)
Lene Lundvall	Gynécologue oncologue	Rigshospitalet, Copenhagen (Danemark)
Christian Marth	Gynécologue oncologue	Innsbruck Medical University, Innsbruck (Autriche)
Philippe Morice	Chirurgien	Institut Gustave Roussy, Villejuif (France)
Arash Rafii	Chercheur clinicien	Weill Cornell Medical College in Qatar, Doha (Qatar)
Isabelle Ray-Coquard	Oncologue médicale	Centre Léon Bérard, Lyon (France)
Andrea Rockall	Radiologue	Imperial College London, Londres (Royaume-Uni)
Christiana Sessa	Oncologue médicale	Oncology Institute of Southern Switzerland, Bellinzona (Suisse)
Ate van der Zee	Gynécologue oncologue	University Medical Centre, Groningue (Pays-Bas)
Ignace Vergote	Gynécologue oncologue	Hôpitaux universitaires, Louvain (Belgique)

This Guideline was translated into French by Anne Floquet (Institut Bergonie, Bordeaux) and Frédéric Guyon (Institut Bergonie, Bordeaux).

Ces recommandations de l'European Society of Gynaecological Oncology (ESGO) sont ciblées sur le rôle, les objectifs et les normes du traitement chirurgical du cancer épithélial de l'ovaire, des trompes de Fallope et du péritoine diagnostiqué. Elles ne comprennent pas la prise en charge des tumeurs non épithéliales et des tumeurs borderline. Le dépistage et la prévention du cancer de l'ovaire ne sont pas couverts. Le diagnostic et le traitement des masses annexielles ne seront abordés qu'en ce qui concerne le bilan préopératoire minimal nécessaire. La prise en charge médicale n'est pas couverte, car les normes du traitement médical (désigné comme « chimiothérapie ») seront définies au moment de la prochaine conférence de consensus en collaboration avec l'European Society of Medical Oncology (ESMO).

Un processus de développement en cinq étapes a été suivi:



Les objectifs de ces recommandations sont d'améliorer et d'homogénéiser la prise en charge des patientes présentant un cancer de l'ovaire. Les recommandations couvrent le diagnostic et le bilan préopératoire, les prises de décision de l'équipe pluridisciplinaire spécialisée et le traitement chirurgical chez les patientes âgées de plus de 18 ans présentant un cancer épithélial de l'ovaire et apportent des informations pour la discussion avec les patientes et les proches.

Elles ne comprennent pas la prise en charge des tumeurs borderline et n'incluent pas d'analyses économiques des stratégies. Tout clinicien cherchant à appliquer ou à consulter ces recommandations doit exercer son jugement médical indépendant dans le contexte des circonstances cliniques individuelles pour déterminer la prise en charge ou le traitement d'une patiente.

Afin de garantir que les informations exposées dans ce document sont basées sur les preuves, une revue et une évaluation critique de la littérature actuelle ont été effectuées. Une revue exhaustive des études publiées entre janvier 2005 et mai 2016 a été réalisée.

Les recommandations étaient retenues si elles étaient étayées par des preuves scientifiques de haut niveau suffisantes et/ou qu'un large consensus entre les experts était obtenu. Par défaut, une recommandation pour la stratégie clinique est définie comme étant la stratégie clinique de référence. Si une stratégie est jugée acceptable mais n'est pas reconnue unanimement comme la stratégie clinique de référence, il est indiqué qu'elle fait toujours l'objet d'une discussion et/ou d'une évaluation.

Ces recommandations possèdent cinq cotations différentes de la « force de la recommandation » (système de cotation SIGN¹):

- A Au moins une méta-analyse, revue systématique ou essai contrôlé randomisé côté(e) 1++ et directement applicable à la population cible ; ou ensemble de données consistant principalement en études cotées 1+, directement applicables à la population cible et montrant une cohérence globale des résultats.

 - B Ensemble de données incluant des études cotées 2++, directement applicables à la population cible et montrant une cohérence globale des résultats ; ou données extrapolées à partir d'études cotées 1++ ou 1+.

 - C Ensemble de données incluant des études cotées 2+, directement applicables à la population cible et montrant une cohérence globale des résultats ; ou données extrapolées à partir d'études cotées 2++.

 - D Niveau de preuve de 3 ou 4 ; ou données extrapolées à partir d'études cotées 2+.

 - ✓ Meilleure pratique recommandée sur la base de l'expérience clinique du groupe d'élaboration des recommandations.
-

1++, méta-analyses de qualité élevée, revues systématiques d'essais contrôlés randomisés (ECR) ou ECR avec un risque de biais très faible ; 1+, méta-analyses bien menées, revues systématiques ECR avec un risque de biais , faible; 2++, revues systématiques de qualité élevée d'études cas-témoins ou d'étude de cohorte/études cas-témoins ou études de cohorte avec un risque très faible de facteurs de confusion ou de biais et une probabilité élevée que la relation soit causale ; 2+, études cas-témoins ou études de cohorte bien menées avec un risque faible de facteurs de confusion ou de biais et une probabilité modérée que la relation soit causale; 3, études non analytiques, par exemple rapports de cas, séries de cas ; 4, avis d'experts.

¹ <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/annexoldb.html>

SOMMAIRE

Diagnostic et bilan préopératoire	8
Prise de décision de l'équipe pluridisciplinaire spécialisée	9
Traitement chirurgical du cancer de l'ovaire de stades I/II	10
Traitement chirurgical du cancer de l'ovaire de stades III/IV	12
Informations minimales nécessaires	14



DIAGNOSTIC ET BILAN PRÉOPÉRATOIRE



Un examen clinique incluant examen abdominal, vaginal et rectal, examen des seins, des aines, des aisselles et des régions supraclaviculaires et auscultation pulmonaire, doit être réalisé.

B

L'échographie de routine (transvaginale et transabdominale) doit être utilisée comme premier outil diagnostique pour toute masse annexielle.

B

Des examens spécialisés d'imagerie pelvienne, abdominale et thoracique complémentaires doivent être réalisés en cas de suspicion de cancer de l'ovaire ou de masses indéterminées ou suspectes à l'échographie de routine.



Une analyse des marqueurs tumoraux doit être effectuée avec au moins le dosage du CA 125. Le dosage de la HE4 a également été suggéré. D'autres marqueurs, incluant AFP, hCG, LDH, ACE, CA 19-9, inhibine B ou AMH, estradiol, testostérone, seraient utiles dans des cas spécifiques, par exemple âge jeune ou imagerie évoquant un cancer mucineux ou non épithélial ou une tumeur d'origine extra-annexielle.

PRISE DE DÉCISION DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE SPÉCIALISÉE

C	En cas de tableau clinique ne constituant pas une urgence et de suspicion de cancer annexiel ou péritonéal, la patiente doit être adressée à un spécialiste en oncologie gynécologique ² .
✓	L'intervention chirurgicale dans des centres de faible volume et de faible qualité est déconseillée. L'existence d'un établissement de soins intermédiaires et l'accès à une unité de soins intensifs sont obligatoires. La participation à des études cliniques est un indicateur de qualité.
C	Le traitement doit être planifié avant l'intervention chirurgicale lors d'une réunion de concertation de l'équipe pluridisciplinaire, après un bilan destiné à exclure (1) la présence de métastases non résécables et (2) des métastases ovariennes et péritonéales secondaires à d'autres cancers primaires lorsque les antécédents familiaux, les symptômes, les signes radiologiques ou le rapport CA 125/ACE sont évocateurs. Le consentement éclairé de la patiente doit être obtenu.
✓	Après l'intervention, le cas de toutes les patientes doit être étudié lors de la réunion de l'équipe pluridisciplinaire d'oncologie gynécologique.

² Gynécologue oncologiste diplômé ou, dans les pays où il n'existe pas de programme de certification, chirurgien formé spécialisé dans la prise en charge des cancers gynécologiques (représentant plus de 50 % de sa pratique) ou ayant suivi une formation accréditée par l'ESGO.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DE L'OVAIRE DE STADES I/II

B

Une laparotomie médiane est recommandée pour le traitement chirurgical des cancers de l'ovaire au stade précoce. Pour un cancer apparemment de stade I, la laparoscopie peut être utilisée par un gynécologue oncologiste ayant l'expertise appropriée et étant capable d'effectuer une stadification chirurgicale adéquate sous laparoscopie. La rupture d'une tumeur primitive intacte avec essaimage de cellules tumorales au moment de la dissection et du prélèvement de la pièce opératoire doit être évitée.

B

La rupture peropératoire d'une masse annexielle intacte doit être évitée.

B

La disponibilité d'une coupe congelée peut permettre d'effectuer l'examen peropératoire nécessaire au moment de la chirurgie initiale. Il est entendu qu'une coupe congelée peut ne pas être concluante et que l'histologie définitive est la référence pour le diagnostic.

✓

En l'absence d'une coupe congelée ou en cas de coupe congelée non concluante, un processus en deux étapes doit être préféré.

✓

L'hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale est la norme.

C

Une chirurgie préservant la fertilité (salpingo-ovariectomie unilatérale) doit être proposée à des patientes non ménopausées sélectionnées ayant un désir de grossesse³.

B

La restadification laparoscopique est une approche acceptable si elle est réalisée par un gynécologue oncologue ayant l'expertise appropriée pour effectuer une évaluation exhaustive.

✓

Un examen visuel de l'ensemble de la cavité péritonéale est recommandé.

- C Un lavage ou une cytoponction péritonéal(e), effectué(e) avant la manipulation de la tumeur, est recommandé(e).
- C S'il n'est pas détecté d'implants suspects dans le pelvis, les régions para-coliques et sous-diaphragmatiques, des biopsies péritonéales à l'aveugle sont recommandées.
- C Une omentectomie infracolique au minimum est recommandée.
- B Un curage ganglionnaire bilatéral des chaînes pelviennes et para-aortiques allant jusqu'au niveau de la veine rénale gauche (sauf dans le cas d'adénocarcinomes mucineux de type invasif de stade I) est recommandé.
- ✓ En cas de découverte fortuite d'un carcinome de stade précoce lors d'une chirurgie pour une maladie « bénigne » suspectée, une deuxième intervention chirurgicale sera nécessaire si le stade n'a pas été défini de façon complète.
- ✓ Une réévaluation dans le seul but de réaliser une appendicectomie n'est pas obligatoire, même en cas d'histologie mucineuse, si l'appendice a été examiné et s'est révélé normal.

3 La discussion concernant la fertilité doit être mentionnée dans le dossier de la patiente ; la décision finale est prise après une chirurgie de stadification complète et basée sur le stade et le grade finaux : la préservation de la fertilité est acceptée en cas de stade IA ou IC1, de carcinome séreux ou endométrioïde de bas grade ou de tumeurs mucineuses de type invasif, d'autres sous-stades du stade I ou sous-types histologiques, sous réserve d'une décision personnalisée ; la préservation de l'utérus avec salpingo-ovariectomie bilatérale peut être envisagée chez certaines patientes jeunes présentant un cancer invasif de stade IB de faible risque apparent avec des résultats normaux de la biopsie endométriale, mais ce n'est pas la prise en charge standard et il existe peu de données pour étayer cette politique.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DE L'OVAIRE DE STADES III/IV



Une laparotomie médiane est nécessaire pour traiter les cancers de l'ovaire de stades III/IV.

A

L'objectif du traitement chirurgical est la résection complète de toute la tumeur visible. L'utilisation volontaire d'une chirurgie incomplète (chirurgie initiale ou d'intervalle) est déconseillée.



Les critères contre-indiquant une cytoréduction abdominale sont:

- infiltration profonde diffuse de la racine du mésentère ;
- carcinose diffuse de l'intestin grêle touchant des parties d'une taille telle que la résection provoquerait un syndrome de l'intestin court (taille de l'intestin résiduel < 1,5 m) ;
- envahissement diffus/infiltration profonde de l'estomac ou du duodénum (une exérèse limitée est possible) et de la tête ou de la région médiane du pancréas (une résection de la queue du pancréas est possible);
- atteinte du tronc coeliaque, des artères hépatiques, de l'artère gastrique gauche (une exérèse des ganglions coeliaques est possible).



Un cancer métastatique (stade IVB) peut être résecable⁴. Les métastases du parenchyme hépatique centrales ou multisegmentaires, les métastases multiples du parenchyme pulmonaire (de préférence confirmées par histologie), les métastases ganglionnaires et les métastases cérébrales multiples ne sont pas résecables.

A

La chirurgie initiale est recommandée pour les patientes chez lesquelles une cytoréduction initiale permettant l'absence de tumeur résiduelle peut être réalisée avec un taux de complications raisonnable.

4 Exemples de lésions extra-abdominales éventuellement résecables:

- ganglions inguinaux ou axillaires ;
- ganglions rétrocruraux ou paracardiaques ;
- lésion focale de la plèvre pariétale ;
- métastases du parenchyme pulmonaire isolées.

Exemples de métastases parenchymateuses intra-abdominales résecables:

- métastases spléniques ;
- métastases hépatiques capsulaires ;
- métastase hépatique profonde unique, en fonction du siège.



Le rapport bénéfice-risque est en faveur de la chirurgie primaire quand :

- il n'y a pas d'extension tumorale non résecable ;
- une cytoréduction complète sans tumeur résiduelle semble possible avec une morbidité raisonnable, en prenant en compte l'état de la patiente. Les décisions sont prises au cas par cas et basées sur de nombreux paramètres⁵.
- La patiente accepte les mesures de soutien éventuelles telles que transfusions sanguines ou stomie.

A

Une chirurgie cytoréductrice d'intervalle doit être proposée aux patientes candidates à la chirurgie qui présentent une réponse ou une stabilisation de la maladie compatible avec une résection complète.



Si une patiente n'a pas eu la possibilité de bénéficier d'une chirurgie après 3 cycles, une cytoréduction retardée après plus de 3 cycles de chimiothérapie néoadjuvante peut être envisagée au cas par cas.



Chez une patiente présentant une tumeur non résecable dont la maladie progresse pendant la chimiothérapie néoadjuvante, seule une chirurgie à visée palliative doit être réalisée lorsqu'un traitement conservateur n'est pas possible. Un passage en revue attentif de l'histologie dans l'adénocarcinome séreux (de bas grade possible) et un bilan supplémentaire dans l'adénocarcinome mucineux (cancer digestif secondaire possible) sont recommandés le cas échéant dans cette situation.

⁵ Type histologique et grade, indice de performance, état nutritionnel, taux d'albumine, comorbidités, le cas échéant évaluation oncogériatrique, imagerie et/ou laparoscopie ou laparotomie exploratrice, siège de la tumeur, nombre d'anastomoses intestinales.

INFORMATIONS MINIMALES NÉCESSAIRES

- ✓ Toutes les informations nécessaires à propos du siège et de la taille de la tumeur, des profils de dissémination tumorale, des exérèses réalisées et de la maladie résiduelle doivent être disponibles dans le protocole opératoire.
- ✓ Le protocole opératoire doit être structuré de façon systématique. Les profils de dissémination tumorale avec le siège et la taille des lésions doivent être décrits au début du protocole opératoire.
- ✓ Toutes les régions de la cavité abdominale et pelvienne doivent être examinées et décrites.
- ✓ Tous les gestes chirurgicaux réalisés doivent être mentionnés.
- ✓ Le cas échéant, la taille et le siège de la tumeur résiduelle doivent être décrits à la fin du protocole opératoire. Les raisons pour lesquelles une cytoréduction complète n'est pas obtenue doivent être définies.
- ✓ Au minimum, les informations figurant dans le compte rendu opératoire de l'ESGO doivent être présentes.
- ✓ Le compte rendu d'anatomo-pathologie doit comporter toutes les informations nécessaires.
- ✓ La morbidité et la mortalité postopératoires doivent être analysées et enregistrées et des cas sélectionnés doivent être discutés lors des réunions de morbi-mortalité.



Pour consulter les recommandations complètes de l'ESGO



© 2019 European Society of Gynaecological Oncology

Tous droits réservés. Aucune partie de cette brochure ne peut être réimprimée, reproduite, transmise ou utilisée sous toute forme par des moyens électroniques, mécaniques ou autres, connus actuellement ou inventés ultérieurement, y compris photocopie, microfilmage et enregistrement ou tout système de stockage ou de récupération de données, sans l'autorisation écrite de l'ESGO.

Des efforts raisonnables ont été faits pour publier des données et informations fiables, mais les auteurs et l'éditeur ne peuvent pas assumer la responsabilité de la validité de tous les matériels ou les conséquences de leur utilisation et la responsabilité finale relève du médecin prescripteur.



ESGO Office
7, Rue François-Versonnex
1211 Geneva 6, Switzerland
Email: adminoffice@esgomail.org
www.esgo.org