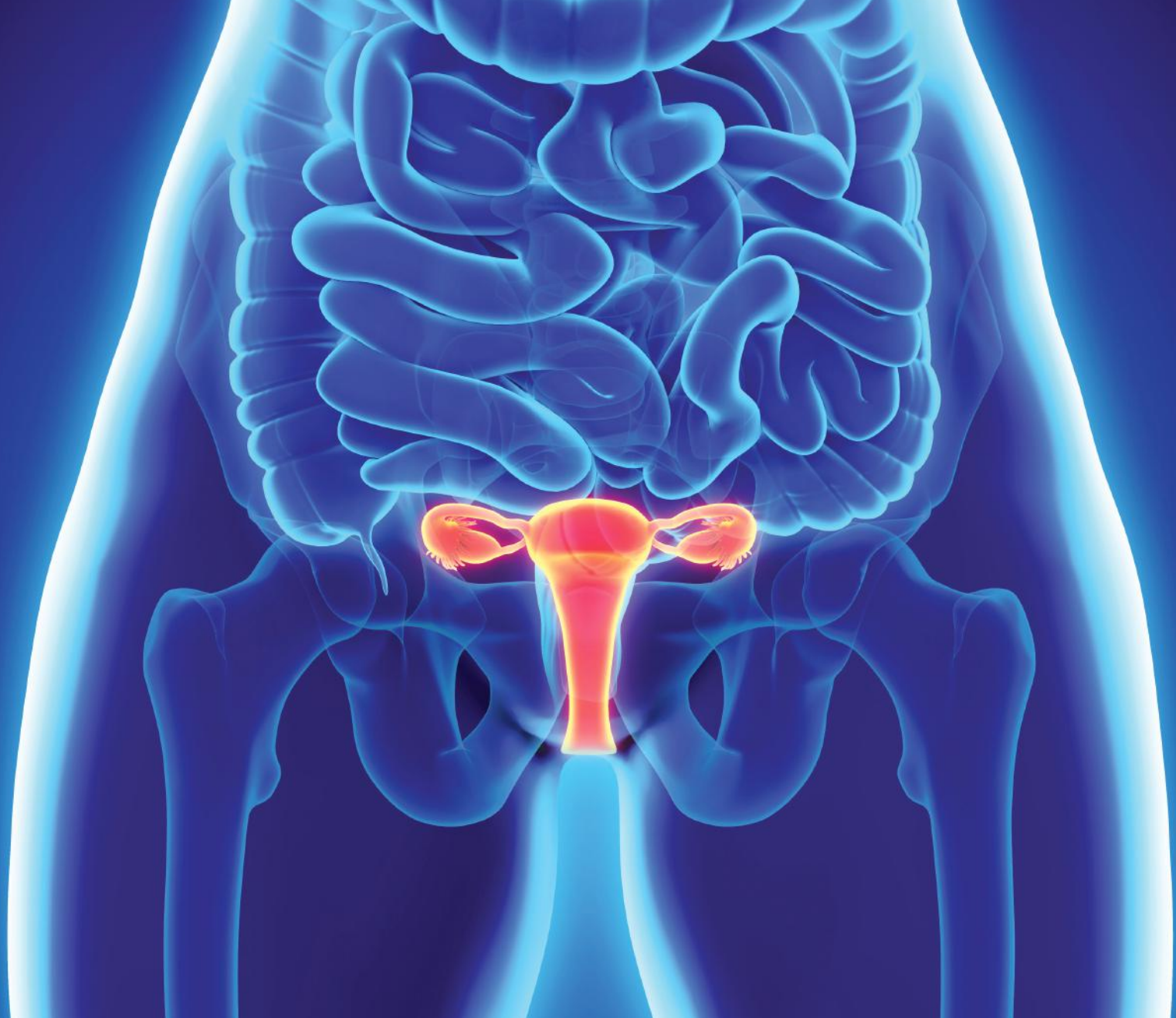




RÉFÉRENTIELS DE L'AP-HP

Référentiel Cancers de l'ovaire

Ce référentiel ne concerne que les **tumeurs épithéliales malignes** prises en charge par les équipes de l'AP-HP

juin 2016

Sommaire

Préambule	5
-----------	---

I. Conditions générales de prise en charge	7
---	----------

- A - Équipes habilitées à prendre en charge les carcinomes péritonéales d'origine ovarienne, tubaire et péritonéales et les stades précoces
- B - Respects des indicateurs de qualité

II. Prise en charge des stades avancés (III et IV figo 2014)	8
---	----------

- A - Le bilan pré-thérapeutique
- B - Les points bloquants pour une chirurgie initiale
- C - En cas de chirurgie première
- D - En cas de chimiothérapie néo-adjuvante
- E - Traitements post opératoires des stades avancés
- F - Malade inopérable, y compris après une chimiothérapie néo adjuvante
- G - Surveillance après traitement
- H - Diagnostic et traitement d'une rechute biologique
- I - Patientes âgées (>75 ans)

III. Prise en charge des stades précoces (IA à IIA)	12
--	-----------

IV. Consultation d'oncogénétique	13
---	-----------

- A - Indications générales et éléments du dossier
- B - Cancer du sein
- C - Tumeur borderline de l'ovaire (TBO) et cancer de l'ovaire stade IA
- D - Cancer du col stade IA à IB1 $\leq$ 2cm, N0, épidermoïde et adénocarcinome
- E - Hyperplasie atypique et cancer de l'endomètre de type 1

Annexes	14
---------	----

- Annexe 1 : Classification FIGO
- Annexe 2 : Peritoneal cancer index

Bibliographie	17
---------------	----

Remerciements	18
---------------	----

Préambule

Ce référentiel concerne uniquement les **tumeurs épithéliales malignes** prises en charge par les équipes de l'AP-HP.

Ce référentiel constitue le résultat de réflexions menées au sein du groupe de travail Sein Gynécologie de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) auquel a participé l'ensemble des services et des centres experts impliqués dans la prise en charge des cancers de l'ovaire. Les propositions thérapeutiques qui découlent de cette réflexion servent de supports aux avis émis en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Avertissements

Si vous n'êtes pas un professionnel de santé : les référentiels sont mis à votre disposition à titre d'information. Ils servent de guide à l'équipe médicale. L'information qui y apparaît ne peut en aucun cas se substituer au diagnostic ou à la proposition de traitement fait par un médecin. Tous les cas sont uniques et votre situation ne correspond pas obligatoirement à une des situations présentées dans ces référentiels.

Si vous êtes un professionnel de santé : l'utilisation des référentiels mis à votre disposition s'effectue sous votre responsabilité sur le fondement des principes déontologiques de l'exercice de la médecine. Ils vous sont communiqués au titre d'informations qu'il vous appartient d'utiliser dans le cadre d'un dialogue avec le patient et en fonction de son état pathologique.

I. Conditions générales de prise en charge

A - Équipes habilitées à prendre en charge les carcinomes péritonéales d'origine ovarienne, tubaire et péritonéales et les stades précoces

Seules les équipes bénéficiant d'une autorisation de traitement des cancers délivrée par l'ARS, pour les cancers gynécologiques, peuvent prendre en charge une patiente suspecte ou atteinte d'un cancer de l'ovaire.

B - Respect des indicateurs de qualité (1)

1) Indicateurs structurels

- Une équipe comportant au moins 2 chirurgiens entraînés à la chirurgie abdominale et pelvienne est nécessaire. Chaque chirurgien doit effectuer au moins 10 interventions par an, soit un minimum de 20 interventions (stades III ou IV) par équipe.
- Une collaboration formalisée entre l'équipe chirurgicale et un oncologue médical est nécessaire.
- Participation à des essais thérapeutiques sur le cancer de l'ovaire. Au moins un essai doit être ouvert dans l'équipe et la RCP doit être capable de proposer l'inclusion d'au moins 10 % des patientes présent en charge dans des essais.

2) Indicateurs d'organisation

- Le bilan préopératoire doit inclure au minimum une TDM TAP et un dosage du CA 125.
- Une RCP pré-thérapeutique doit avoir lieu avant toute décision thérapeutique (laparotomie ou traitement néo-adjuvant). Si une chimiothérapie néo-adjuvante est proposée, une biopsie effectuée lors d'une coelioscopie (ou radioguidée) est nécessaire.
- Nécessité d'une prise en charge adaptée anesthésique, avant, pendant et après l'intervention : évaluation nutritionnelle préopératoire, correction nutritionnelle avec un minimum de 7 jours de nutrition entérale préopératoire, antibioprophylaxie peropératoire, monitoring hémodynamique et administration d'au moins 2 antiémétiques de classe différente, prophylaxie anti-thrombotique post-opératoire avec des HBPM pour au moins 4 semaines, recommandation d'une analgésie épidurale préopératoire et de l'utilisation d'un protocole de réhabilitation précoce.
- Réalisation d'un curage pelvien et aortico-cave en cas de résection complète intra péritonéale en fonction des co-morbidités et de l'âge des patientes.
- Description analytique des lésions péritonéales initiales et résiduelles dans tous les secteurs de l'abdomen (utiliser un compte rendu type analytique avec évaluation du PCI).
- Possibilité d'examen extemporané lors de l'intervention chirurgicale.

3) Indicateurs de résultats

- Taux de résection complète par chirurgie initiale ou par chirurgie d'intervalle supérieure à 70%.
- Existence d'un enregistrement prospectif des complications dans les 30 jours post opératoires.

En cas de non-respect d'un ou plusieurs indicateurs, il est recommandé de développer une collaboration avec une équipe remplissant la totalité des critères.

II. Prise en charge des stades avancés (III et IV figo 2014)

A - Le bilan pré-thérapeutique doit comporter (2)

- L'évaluation de l'état général (index de performance ou autre), de l'état nutritionnel (poids, variation de poids, albuminémie, pré-albuminémie)
- Un bilan anesthésique (score ASA)
- Une TDM thoraco-abdomino pelvienne interprétée par un radiologue entraîné à la prise en charge des carcinomes et aux pathologies ovariennes. L'IRM abdominale ou pelvienne, ainsi que la TEP TDM ne sont pas recommandées en routine.
- Un dosage du marqueur CA 125. L'ACE est proposé en cas de suspicion de forme mucineuse. Le rapport CA125/ACE doit être calculé et être $>$ ou $=$ à 25 (un rapport $<$ 25 est en faveur d'un primitif digestif). L'HE4 est une option.
- Une consultation d'oncogériatrie chez les patientes âgées de plus de 75 ans. Un score G8 peut être proposé.
- Un diagnostic anatomopathologique porté à partir d'une biopsie radioguidée ou coelioscopique.

Une coelioscopie visant à obtenir un bilan d'extension péritonéale et un diagnostic histologique est recommandée si le bilan pré-opératoire ne contre-indique pas une chirurgie initiale.

Le compte rendu opératoire de la coelioscopie doit donner une description analytique de la carcinose et utiliser au moins un score reconnu (PCI ou à défaut Fagotti).

La coelioscopie doit être réalisée par une équipe entraînée à la pathologie ovarienne, de préférence celle qui réalisera secondairement la laparotomie.

La coelioscopie n'est réalisée que si les examens initiaux n'ont pas montré de contre-indication à une chirurgie première.

Le prélèvement doit être suffisant pour permettre un diagnostic histologique, une analyse moléculaire tumorale et éventuellement la participation à une banque de tumeurs ou un essai thérapeutique.

Le CR histologique doit comporter l'indication du type histologique et du grade en utilisant la classification de Malpica pour les carcinomes séreux (haut/bas grade) et la distinction expansif/infiltratif pour les mucineux.

B - Les points bloquants pour une chirurgie initiale sont les suivants :

- carcinose diffuse atteignant la séreuse iléale et/ou le mésentère, nécessitant une résection étendue (syndrome du grêle court)
- infiltration importante et profonde de la racine du mésentère
- résection complète obtenue au prix d'une colectomie totale et/ou d'une gastrectomie
- infiltration profonde du pédicule hépatique

L'orientation vers une intervention chirurgicale première ou une chimiothérapie néo adjuvante doit être prise au cours d'une RCP réunissant les professionnels suivants :

- chirurgien entraîné à la pathologie ovarienne
- pathologiste entraîné à la pathologie ovarienne
- radiologue entraîné à la pathologie ovarienne
- oncologue médical entraîné à la pathologie ovarienne

C - En cas de chirurgie première

- L'intervention doit être effectuée chez une patiente informée de l'objectif de l'intervention, des gestes probablement nécessaires, des risques habituels et du circuit patient.
- L'objectif de l'intervention est la résection complète macroscopique des lésions.
- Le compte rendu opératoire doit donner une description analytique de la carcinose en début d'intervention avec calcul du PCI. Il est également nécessaire de faire une description analytique des lésions résiduelles le cas échéant avec utilisation du score CCR.

- L'intervention doit comporter au minimum une exploration complète de l'abdomen et du pelvis, une hystérectomie totale non conservatrice, une omentectomie totale infra-gastrique, une appendicectomie, des curages pelviens et aortico-caves en cas de résection péritonéale complète.
- Les autres gestes comme les résections péritonéales ou digestives seront effectués de façon adaptée à l'extension de la maladie. La réalisation d'une stomie de protection ne doit pas être systématique. La fermeture précoce (à J8) d'une iléostomie de protection doit être discutée au cas par cas.
- L'intervention doit être précédée d'une évaluation nutritionnelle, d'une correction d'une dénutrition et d'une nutrition entérale pré opératoire systématique.
- L'anesthésie doit être effectuée par un professionnel entraîné à la chirurgie des carcinomes. La patiente doit pouvoir bénéficier d'un passage systématique en réanimation chirurgicale ou soins intensifs chirurgicaux.

D - En cas de chimiothérapie néo-adjuvante

- La chimiothérapie néo-adjuvante peut être préférée chez les patientes présentant une contre-indication médicale à une chirurgie de première intention, si l'extension de la carcinome ne permet pas d'envisager raisonnablement une résection complète (nécessité de l'avis d'une équipe entraînée) ou en cas de localisation extra-péritonéale (épanchement pleural carcinomateux par exemple).
- Le standard est de réaliser 3 ou 4 cycles de chimiothérapie associant du carboplatine (AUC 5) et du paclitaxel (175 mg/m²) tous les 21 jours. Il est recommandé d'organiser dès le début de la chimiothérapie, le bilan clinique et radiologique effectué au décours immédiat du 3ème cycle ainsi que d'organiser la chirurgie d'intervalle (consultation, bloc opératoire, etc...) après le 3ème cycle ou après un cycle complémentaire d'attente.
- La chirurgie d'intervalle est effectuée et organisée de la même façon que la chirurgie initiale.
- Une RCP doit valider la faisabilité et l'indication de l'intervention. Il est recommandé d'effectuer une coelioscopie en début d'intervention afin de vérifier la faisabilité d'une intervention complète.
- Pour les patientes réalisant plus de 4 cycles de chimiothérapie néo-adjuvante, il sera nécessaire d'effectuer au moins 2 cycles de chimiothérapie après l'intervention.
- Hors essai thérapeutique, les anti-angiogéniques ou autres molécules ne sont pas recommandées avant la chirurgie d'intervalle.

E - Traitements post opératoires des stades avancés

1) Chirurgie première avec résection complète :

- Une chimiothérapie comportant du carboplatine (AUC5 ou 6) et du paclitaxel (175 mg/m² 3h) sera délivrée jusqu'à un total de 6 cycles. Le bevacizumab (15 mg/kg, poursuivi 12 mois en monothérapie) pourra être associé (retarder l'initiation du bevacizumab au cycle 2 voire 3 en cas de chirurgie avec résection d'organes creux ou trouble de cicatrisation pariétale).
- Le délai d'initiation de la chimiothérapie doit être le plus court possible et tenir compte des gestes opératoires réalisés.
- Une administration complémentaire de chimiothérapie par voie intra péritonéale constitue une option qui sera discutée en RCP (4-5). Une administration du paclitaxel hebdomadaire (80 mg/m² sans interruption) constitue une option (6-9).

2) Chirurgie initiale comportant un reliquat tumoral macroscopique :

- On utilisera une association de carboplatine, paclitaxel et bevacizumab avec les mêmes recommandations que précédemment (mêmes doses qu'au paragraphe **1) Chirurgie première avec résection complète**) (retarder l'initiation du bevacizumab au cycle 2 voire 3 en cas de chirurgie avec résection d'organes creux ou trouble de cicatrisation pariétale).

3) En cas de chimiothérapie néo-adjuvante :

- Après la chirurgie d'intervalle, une chimiothérapie comportant du paclitaxel et du carboplatine est reprise jusqu'à un total de 6 cycles (mêmes doses qu'au paragraphe

1) Chirurgie première avec résection complète)

- Le bevacizumab est ajouté avec les mêmes recommandations que précédemment (28 jours après la chirurgie, ce délai étant allongé en cas d'anastomose digestive).

F. Malade inopérable, y compris après une chimiothérapie néo adjuvante

Poursuite de la chimiothérapie avec éventuel ajout du bevacizumab à discuter en RCP.

G. Surveillance après traitement

Au cours de la première année un examen clinique avec dosage des marqueurs adaptés (CA 125) doit être effectué tous les 3 mois. Il est judicieux d'alterner les consultations avec l'oncologue et le chirurgien et le gynécologue référents. Il n'y a pas d'indication à effectuer une imagerie systématique sauf en cas de lésion résiduelle.

H. Diagnostic et traitement d'une rechute biologique

Diagnostic

La rechute est suspectée cliniquement et/ou confirmée en cas de doublement du taux de CA 125, (confirmé sur un 3ème prélèvement) et sur l'imagerie. Le bilan doit comporter un examen clinique complet et une TDM thoraco-abdomino pelvienne. Une TEP TDM peut être associée en cas de scanner normal.

Traitement de la rechute

Le traitement devra être décidé lors d'une RCP comportant au minimum un chirurgien, un oncologue médical, un radiologue et un pathologiste, entraînés à la pathologie ovarienne. Il est recommandé de ne pas initier de traitement avant l'apparition de symptômes ou au minimum de lésions visibles à l'imagerie si le délai entre la fin du traitement initial et la rechute est supérieur à 12 mois.

Rechute platine résistante (moins de 6 mois après la fin du traitement) ou réfractaire (progression sous traitement)

- Il n'y a pas d'indication chirurgicale, hormis les patientes n'ayant pas bénéficié d'une chirurgie répondant aux critères de qualité précités.
- Il est recommandé d'utiliser une mono-chimiothérapie par de la doxorubicine liposomale pegylée (40 mg/m² toutes les 4 semaines), ou du paclitaxel hebdomadaire (80 mg/m², 3 semaines sur 4) ou du topotecan (1,25 mg/m² J1 à J5 tous les 21 jours à adapter à la fonction rénale, ou 4 mg/m² hebdomadaire), ou de la gemcitabine (1 g/m² hebdo).
- Le bevacizumab (15 mg/kg) peut être donné en association à une mono chimiothérapie si la patiente n'a pas déjà reçu de bevacizumab et si la rechute résistante survient en 1^{ère} ou 2^{ème} rechute (AMM).

Rechute platine intermédiaire (6 à 12 mois après la fin du traitement)

- Le bénéfice d'une intervention chirurgicale doit être discuté. Le score AGO doit être calculé.
- En cas de décision de chimiothérapie, il est recommandé d'utiliser du carboplatine (AUC 5) associé à de la doxorubicine liposomale pegylée (30 mg/m²) toutes les 4 semaines, ou du carboplatine (AUC 4) associé à de la gemcitabine (1 g/m² J1 et J8) toutes les 3 semaines, ou du carboplatine associé au paclitaxel ou la doxorubicine liposomale pegylée (30 mg/m²), associé à la trabectedine (1.1 mg/m²) toutes les 3 semaines.
- Le bevacizumab (15 mg/kg) pourra être donné en complément d'une chimiothérapie à base de platine si la patiente ne l'a pas déjà reçu et en cas de 1^{ère} rechute.

Rechute platine sensible (plus de 12 mois après la fin des traitements)

- Le traitement devra être décidé lors d'une RCP comportant au minimum un chirurgien, un oncologue médical, un radiologue et un pathologiste, tous entraînés à la pathologie ovarienne. Il est recommandé de ne pas initier de traitement avant l'apparition de symptômes ou au minimum de lésions visibles à l'imagerie.
- Le bénéfice d'une intervention chirurgicale doit être discuté. Le score AGO doit être calculé.
- En cas de décision de chimiothérapie, il est recommandé d'utiliser du carboplatine associé à de la doxorubicine liposomale pegylée, ou du carboplatine associé à de la gemcitabine, ou du carboplatine associé au paclitaxel ou la doxorubicine liposomale pegylée, associé à la trabectedine.
- Le bevacizumab pourra être donné en complément d'une chimiothérapie à base de platine si la patiente ne l'a pas déjà reçu et en cas de 1ère rechute.
- L'olaparib est indiqué en maintenance de la chimiothérapie à base de platine pour les patientes avec mutation constitutionnelle ou tumorale de BRCA1 ou BRCA2 :
 - o lorsque le statut BRCA constitutionnel est inconnu, un circuit rapide coordonné est activé, qui implique les consultations, les RCPs et les laboratoires correspondants, avec des résultats attendus en 6 à 8 semaines :
 - une consultation d'oncogénétique doit intervenir dans les 15 jours avec mise en oeuvre d'un test constitutionnel en urgence. Ce test peut être initié par l'oncologue qui s'assure de l'intervention d'une consultation d'oncogénétique.
 - en parallèle, la recherche d'une mutation tumorale de BRCA 1/2 peut être initiée par l'oncologue ou l'oncogénéticien, auprès d'une des plateformes de NGS somatique de l'AP-HP labélisées par l'INCa.
 - les résultats qui conditionnent le traitement sont rendus par l'oncologue qui s'assure qu'une consultation d'oncogénétique préalable est intervenue et planifie la suivante pour le résultat. En cas d'absence d'histoire familiale et de résultat négatif pour la recherche de mutation BRCA, la question est posée à l'oncogénéticien de la nécessité d'une seconde consultation d'oncogénétique.
 - o En l'absence de mutation constitutionnelle de BRCA1/2, la recherche d'une mutation tumorale de BRCA 1/2 est initiée par l'oncologue qui en rend les résultats, les transmet à l'oncogénéticien et, si possible, au laboratoire qui a réalisé le test constitutionnel.

I - Patientes âgées (>75 ans)

La prise en charge des patientes âgées est globalement superposable à celle des autres patientes. Il faudra simplement ajouter une consultation systématique avec un oncogériatre.

L'intervention chirurgicale, qu'elle soit réalisée en première intention ou après une chimiothérapie néo adjuvante, devra tenir compte de la fragilité de la patiente. Les options sont :

- monothérapie par du carboplatine AUC 5 q3 à 4 s
- carboplatine - paclitaxel fractionné (carboplatine AUC 5, J1 et paclitaxel 80 à 90 mg/m² J1&8, q3s)
- carboplatine-paclitaxel hebdomadaire (carboplatine AUC 2, associé à paclitaxel 60 mg/ m² toutes les semaines)
- carboplatine AUC 5, associé à du paclitaxel 175 mg/ m², toutes 3 semaines.

Le bevacizumab pourra être utilisé après avoir vérifié l'absence de contre-indication.

III. Prise en charge des stades précoces (IA à IIA)

Il est recommandé que les masses annexielles suspectes ou les tumeurs ovariennes apparemment de stades précoces soient préférentiellement prises en charge par des équipes entraînées à cette pathologie. (cf recommandations stade avancé).

Le bilan pré thérapeutique est le même que celui des stades avancés.

- L'IRM pelvienne est utile pour la caractérisation pré-opératoire de la masse annexielle.
- Chez les femmes jeunes désirant préserver leur fertilité, ayant à priori un stade précoce, une consultation d'oncofertilité est indispensable. Cette discussion devra être ajoutée aux autres discussions menées pendant la RCP (*cf référentiel de l'AP-HP : Préservation de la fertilité, avril 2016*).

Le traitement chirurgical standard doit comprendre une cytologie péritonéale, l'exérèse des 2 annexes, une hystérectomie, une omentectomie au minimum infra colique, une appendicectomie, des curages pelviens et aortico-caves, ainsi que des biopsies péritonéales multiples effectuées dans chaque quadrant de l'abdomen.

Les patientes jeunes, désirant préserver leur potentiel de fertilité peuvent bénéficier d'un traitement conservateur. Les recommandations complètes sont détaillées dans le référentiel AP-HP Préservation de la fertilité, avril 2016. On rappelle simplement que l'intervention doit comporter l'exérèse de l'annexe atteinte (stades IA), et tous les gestes de stadification (en revanche la biopsie systématique de l'ovaire préservé n'est pas recommandée).

Les principales indications sont :

- forme séreuse de bas grade, au stade IA ou IC1. Les curages ne sont pas indiqués en cas de stade IA.
- forme endométrioides de grade 1 ou 2, stades IA ou IC1 (un curetage endométrial doit être associé)
- forme mucineuse de stade IA, IB, IC1. Les curages ne sont pas indiqués en cas de variété expansive au stade IA.

Inversement, les tumeurs de grade 3, les cancers à cellules claires et les stades IB, IC2 et IC3 sont des contre-indications.

Cette intervention peut être effectuée par laparotomie ou par coelioscopie, à condition que l'opérateur soit entraîné et que la voie d'abord n'influe pas sur le résultat de l'intervention.

Le compte rendu opératoire doit faire une description analytique des lésions. Indication de chimiothérapie selon l'avis des oncologues :

- 3 à 6 cycles de carboplatine taxol (plutôt 6 dans les séreux de haut grade).
- Indication formelle dans les séreux de haut grade.
- A discuter au cas par cas en RCP dans les autres cas.

IV. Consultation d'oncogénétique

Les patientes doivent bénéficier d'une consultation d'oncogénétique dès la prise en charge initiale, en dehors d'une histologie mucineuse ou non-épithéliale, quel que soit l'âge de révélation du diagnostic.

L'information relative à une recherche de mutation constitutionnelle est délivrée avec proposition de cette recherche et signature d'un consentement éclairé ad hoc.

Dans une première étape, le résultat de la recherche de mutation sur les gènes BRCA1 ou BRCA2 doit intervenir dans les 5 à 6 mois suivant le diagnostic.

Dans une seconde étape, en particulier en cas d'histoire familiale évocatrice, une recherche de mutation en PANEL multigènes pourra être préconisée par l'oncogénéticien.

La mise en œuvre, au niveau tumoral, des tests d'orientation somatiques en faveur d'un syndrome de Lynch est recommandée en particulier en cas d'histologie évocatrice ou d'histoire familiale de cancers du côlon ou de l'endomètre, avec :

- (i) immuno-histochimie à la recherche de l'extinction d'expression des gènes MMR ;
- (ii) test moléculaire recherchant une instabilité des micro-satellites : test RER analysant le statut soit MSS, non évocateur ; soit MSI, c'est à dire instable qui conduit à rechercher une mutation constitutionnelle des gènes MMR.

Annexes

Annexe 1 : Stades FIGO (3)

Stades précoces	
Stade IA	Cancer limité à un ovaire ou une trompe. Pas de cellules tumorales en surface de l'ovaire ou de la trompe, ni dans le péritoine.
Stade IB	Cancer limité aux deux ovaires ou aux deux trompes. Pas de cellules tumorales en surface des ovaires ou des trompes, ni dans le péritoine.
Stade IC	Cancer limité à un ou deux ovaires (une ou deux trompes)
Stade IC1	Rupture chirurgicale
Stade IC2	Rupture pré-opératoire ou cellules tumorales à la surface de l'ovaire ou de la trompe
Stade IC3	Cellules tumorales dans le lavage péritonéal
Stade IIA	Atteinte d'un ou deux ovaires (ou trompe) associée à une extension pelvienne sous le détroit supérieur (utérus, trompe, ovaire)
Stades avancés	
Stade IIB	Extension aux autres organes pelviens
Stade III	Atteinte de l'abdomen ou des ganglions
Stade IIIA	Atteinte ganglionnaire ou abdominale microscopique
Stade IIIA1	Atteinte ganglionnaire isolée (IIIA1i <10mm ; IIIA1ii >10mm)
Stade IIIA2	Atteinte microscopique abdominale +/- ganglionnaire
Stade IIIB	Atteinte abdominale <2cm +/- ganglionnaire
Stade IIIC	Atteinte abdominale >2cm +/- ganglionnaire
Stade IVA	Épanchement pleural avec une cytologie positive
Stade IVB	Métastase parenchymateuse ou extra-abdominale

Peritoneal Cancer Index

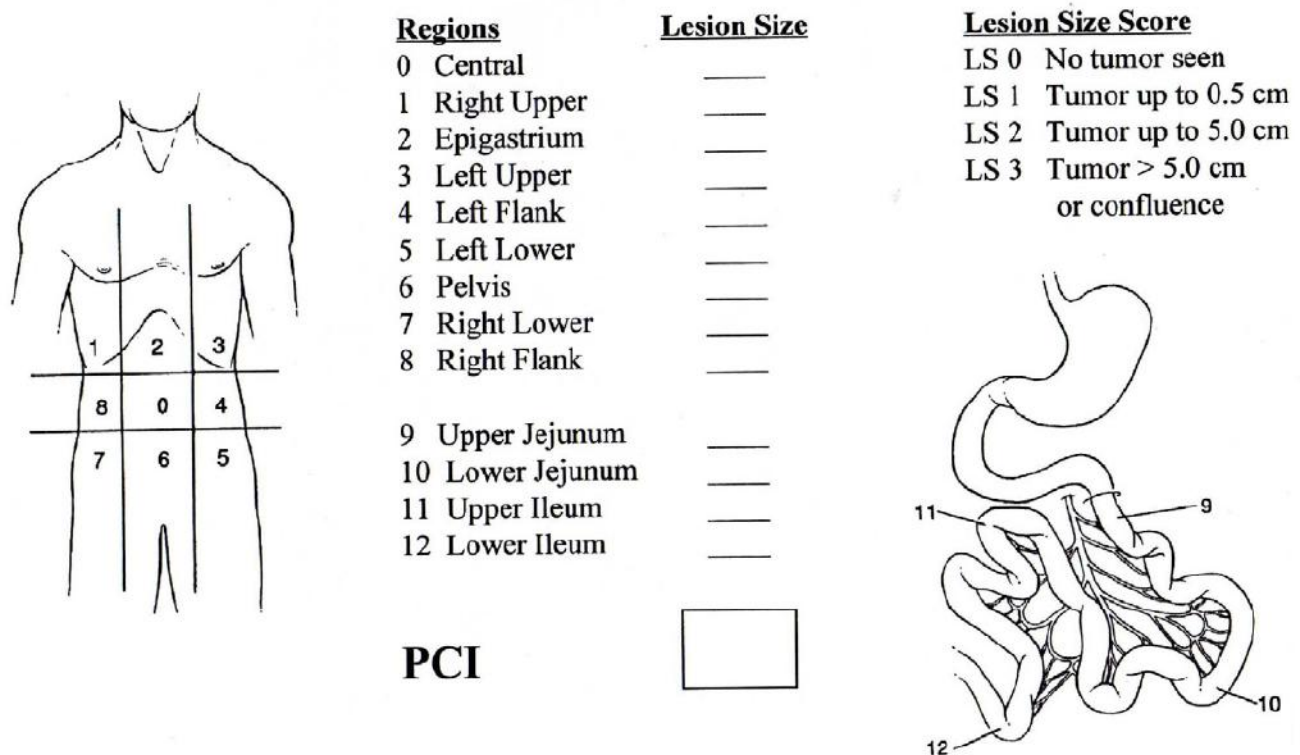


Figure 5

Peritoneal cancer index (PCI). Two transverse planes and two sagittal planes divide the abdomen into 9 regions. The upper transverse plane is located at the lowest aspect of the costal margin and the lower transverse plane is placed at the anterior superior iliac spine. The sagittal planes divide the abdomen into three equal sectors. The lines define the nine regions which are numbered in a clockwise direction with 0 at the umbilicus and 1 defining the space beneath the right hemidiaphragm. Regions 9–12 divide the small bowel. Lesion size score is determined after complete lysis of all adhesions and the complete inspection of all parietal and visceral peritoneal surfaces. It refers to the greatest diameter of tumor implants that are distributed on the peritoneal surfaces. Primary tumors or localized recurrences at the primary site that can be removed definitively are excluded from the lesion size assessment. If there is confluence of disease matting abdominal or pelvic structures together, this is automatically scored as L-3 even if it is a thin confluence of cancerous implants.

Table 4 anatomic structures involved in the 13 abdominopelvic regions of the peritoneal cancer index (PCI)

Régions	Anatomic structures
0 Central	Midline abdominal incision - entire greater omentum - transverse colon
1 Right upper	Superior surface of the right lobe of the liver - undersurface of the right hemidiaphragm - right retro hepatic space
2 Epigastrium	Epigastric fat pad - left lobe of the liver - lesser omentum - falciform ligament
3 Left upper	Undersurface of the left hemidiaphragm - spleen - tail of pancreas - anterior and posterior surfaces of the stomach
4 Left flank	Descending colon - left abdominal gutter
5 Left lower	Pelvic sidewall lateral to the sigmoid colon - sigmoid colon
6 Pelvis	Female internal genitalia with ovaries, tubes and uterus - bladder, Doublas pouch - rectosigmoid colon
7 Right lower	Right pelvic sidewall - cecum - appendix
8 Left flank	Right abdominal gutter - ascending colon
9 Upper jejunum	
10 Lower jejunum	
11 Upper ileum	
12 Lower ileum	

Bibliographie

- 1) D.Querleu, I.Ray-Coquard, J.M.Classe, J.S.Aucouturier, F.Bonnet, P.Bonnier, E. Darai, M.Devouassoux, L.Gladieff, O.Glehen, C.Haie-Meder, F.Joly, F.Lécuru, J.P.Lefranc, C.Lhommé, P.Morice, A.Salengro, E. Stoeckle, S.Taieb, Z.X.Zeng & E.Lebanc. Quality indicators in ovarian cancer surgery: Report from the French Society of Gynecologic Oncology (Société Française d'Oncologie Gynécologique, SFOG) Ann Oncol 2013 ; 24 : 2732-2739.
- 2) Namer M, Pujade-Lauraine E, Ray-Coquard I, Freyer G, Lecuru F. Premières recommandations sur le cancer de l'ovaire. Nice – St Paul de Vence 2012. Onko+ 2013 ; 41 : 3-38
- 3) Prat J. Staging classification for cancer of the ovary, fallopian tube and peritoneum. Int J Gynecol Cancer 2014 ; 124 : 1-5.
- 4) Harmon R, Sugarbaker P. Prognostic indicators in peritoneal carcinomatosis from gastrointestinal cancer. Int Sem Surg Oncol 2005 ; 2 : 3
- 5) du Bois A, Quinn M, Thigpen T, et al. 2004 Consensus statements on the management of ovarian cancer: final document of the 3rd International Gynecologic Cancer Intergroup Ovarian Cancer Consensus Conference (GFIG OCCC 2004). Ann Oncol 2005; 16 Suppl 8:viii7.
- 6) NCCN Guidelines Version 2.2012: Epithelial ovarian cancer/fallopian tube cancer/ primary peritoneal cancer. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/ovarian.pdf (Accessed on November 30, 2011).
- 7) Katsumata N, Yasuda M, Takahashi F, et al. Dose-dense paclitaxel once a week in combination with carboplatin every 3 weeks for advanced ovarian cancer: a phase 3, open-label, randomised controlled trial. Lancet 2009; 374:1331.
- 8) Katsumata N, Yasuda M, Isonishi S, et al. Long-term results of dose-dense paclitaxel and carboplatin versus conventional paclitaxel and carboplatin for treatment of advanced epithelial ovarian, fallopian tube, or primary peritoneal cancer (JGOG 3016): a randomised, controlled, open-label trial. Lancet Oncol 2013; 14:1020.
- 9) Chan J, Brady M, Penson R, et al. Phase III trial of every-3-weeks paclitaxel versus dose dense weekly paclitaxel with carboplatin +/- bevacizumab in epithelial ovarian, peritoneal, fallopian tube cancer: GOG 262 (NCT0116712). Oral presentation at the 2013 European Society of Gynecological Oncology Annual Meeting, Liverpool.
- 10) Pignata S, Scambia G, Katsaros D, et al. Carboplatin plus paclitaxel once a week versus every 3 weeks in patients with advanced ovarian cancer (MITO-7): a randomised, multicentre, open-label, phase 3 trial. Lancet Oncol 2014; 15:396.

Remerciements

aux professionnels ayant participé à la rédaction de ce référentiel :

Coordonnateur : Fabrice LECURU

ALEXANDRE Jérôme,
ANTOINE Martine,
BELKACEMI Yazid,
BENBARA Amélie,
BORGHESE Bruno,
CAHEN-DOIDY Laurence,
CHABBERT-BUFFET Nathalie,
CHIS Carmen,
COHEN-HAGUENAUER Odile,
DARAI Emile,
de CREMOUX Patricia,
DELPECH Yann,
DURDUX Catherine,
ESPIE Marc,
FERNANDEZ Hervé,
FOURNIER Laure,
GLIGOROV Joseph,
HENNEQUIN Christophe,
MEDIONI Jacques,
MORERE Jean-François,
NGO Charlotte,
PUJADE Lauraine Eric,
SELLE Frédéric,
SOUBRIER Florent,
SPANO Jean-Philippe,
TEIXEIRA Luis,
THOMASSIN-NAGGARA Isabelle,
TOURNIGAND Christophe,
UZAN Catherine,
ZELEK Laurent,
Service cancer de la DOMU - AP-HP.

