

# Guidelines Oncologie Pelvienne Cancer de l'ovaire

*Novembre 2022*

**Rédaction :** Laura Polastro  
Gabriel Liberale  
Maxime Fastrez

**Reviewers:** Joseph Kerger, Fabienne Lebrun (*Oncologie Médicale*)  
Ludovica Imperiale, Camille Vanneste (*Gynécologie*)  
Jean Christophe Noel, Denis Larsimont (*Anatomo-Pathologie*)  
Simona Picchia (*Imagerie Médicale*)  
Irina Vierasu (*Médecine Nucléaire*)  
Daphne T'Kint (*Oncogénétique*)  
Laurence Caravella, Nathalie Leclercq, Annick Genicot (*ICSO*)

## CLASSIFICATION FIGO

### Stade I : tumeur limitée aux ovaires

- IA Atteinte d'un seul ovaire, capsule intacte; pas de végétation externe ni d'ascite
- IB Atteinte des 2 ovaires, capsules intactes; pas de végétation externe ni d'ascite
- IC Tumeur limitée à un ou deux ovaires ou tubes avec un ou plusieurs caractéristiques suivantes:
  - IC1: rupture/contamination chirurgicale
  - IC2: rupture capsulaire préchirurgicale ou tumeur à la surface de l'ovaire
  - IC3: cytologie péritonéale positive

### Stade II : tumeur ovarienne étendue aux autres organes du petit bassin

- IIA Extension à l'utérus et/ou aux trompes
- IIB Extension aux autres organes du petit bassin

### Stade III : tumeur ovarienne étendue au péritoine extrapelvien et/ou atteignant les ganglions rétropéritonéaux ou inguinaux (métastases régionales)

- IIIA1: ganglions rétropéritonéaux positifs
  - IIIA1(i): métastase < ou = à 10mm
  - IIIA1(ii): métastase > 10mm
- IIIA2: extension péritonéale microscopique extrapelvienne, avec ou sans N(+)
- IIIB Localisation(s) péritonéale(s) macroscopique(s) de taille < 2 cm de diamètre ; ganglions positifs ou négatifs.
- IIIC Localisation(s) péritonéale(s) de taille > 2 cm de diamètre et/ou atteinte d'un ganglion rétropéritonéal

### Stade IV : métastases à distance autre que péritonéales

- IVA: Epanchement pleural avec cytologie positive
- IVB: Métastase parenchymateuse ou métastase extra abdominale (incluant ganglions inguinaux et ganglions en dehors de la cavité abdominale)

## CLASSIFICATION TNM

### T – Tumeur primitive

- Tx** Tumeur primitive ne pouvant pas être évaluée  
**T0** **Pas de signe de tumeur primitive**

#### T1 Tumeur limité aux ovaires (un ou les 2)

- T1a** 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
- T1b** Tumeur limitée à un ou deux ovaires ; capsules intactes, ou aux trompes utérines, sans tumeur à la surface de l'ovaire ou des trompes ; pas de cellules malignes dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal
- T1c** Tumeur limitée à 1 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.
- **Tc1 : rupture peropératoire**
  - **Tc2 : rupture préopératoire ou végétations en surface**
  - **Tc3 : cellules malignes dans l'ascite ou le liquide de lavage péritonéal.**

#### T2 Tumeur intéressant 1 ou les 2 ovaires avec extension pelvienne

- T2a** Extension et/ou infiltration utérines et/ou tubaires ; pas de cellules malignes dans le liquide d'ascite ou le liquide de lavage péritonéal
- T2b** Extension à d'autres organes pelviens ; pas de cellules malignes dans le liquide d'ascite ou le liquide de lavage péritonéal

#### T3 Tumeur de l'ovaire avec extension péritonéale abdominale et/ou gglionnaire rétropéritonéale

- T3a** Métastases rétropéritonéales microscopiques ± péritoine
- **Ta1 adénopathie rétropéritonéale seule (prouvé par cytologie/histologie)**
    - **Ta1(i)** foyer adénocarcinomateux dans l'adénopathie ≤ 10 mm
    - **Ta1(ii)** foyer adénocarcinomateux dans l'adénopathie >10 mm.
  - **Ta2 extension péritonéale microscopique extrapelvienne ± adénopathies.**
- T3b** Métastases péritonéales extra-pelviennes ≤ 2 cm ± adénopathies
- T3c** Métastases péritonéales extra-pelviennes >2 cm ± adénopathies

#### T4 Métastases à distance (à l'exclusion des métastases péritonéales)

- IVA** Plèvre (cytologie positive)
- IVB** Autres métastases y compris adénopathies inguinales

#### N - Extension ganglionnaire régionale

- Nx** On ne dispose pas des conditions minimales requises pour classer les ganglions lymphatiques régionaux et/ou juxta-régionaux
- N0** Pas de signes d'envahissement des ganglions lymphatiques régionaux
- N1** Signes d'envahissement des ganglions lymphatiques régionaux

#### M - Métastase à distance

- Mx** On ne dispose pas des conditions minimales requises pour apprécier la présence de métastases à distance
- M0** Pas de signes de métastases à distance
- M1** Présence de métastases à distance

## INTRODUCTION

Discussion multidisciplinaire en CMO de TOUS les cas de cancer de l'ovaire dès suspicion du diagnostic (COM gynéco HUB : lundi 16h à Bordet)

Consultation oncogénétique : recherche mutation BRCA **germinal ET somatique**<sup>1</sup> chez toutes les patientes présentant un carcinome non mucineux

En pratique :

- La recherche de BRCA somatique se réalise via un NGS panel gyneco (demande de biologie moléculaire à faxer ou scanner en Anat path) est demandée par oncologue traitant dès le début de la prise en charge.
- Une demande pour l'analyse de BRCA en germinal est disponible pour les oncologues prescripteurs via l'intranet sur ENNOV.

*Remarque : pour les carcinomes de bas grade, demande de recherche d'instabilité microsatéllitaire en IHC → afin d'exclure syndrome de LYNCH.*

## CANCER DE L'OVAIRE LIMITÉ AU PELVIS (I → II) selon imagerie/clinique

Mise au point

- Général :
  - Antécédents personnels et familiaux (en particulier, histoire de cancer sein et ovaire)
  - Allergie
  - Examen physique complet y compris abdominal (cicatrices et masses), toucher vaginal et rectal (détection d'un « frozen pelvis » et évaluation de la résecabilité)
  - Screening gériatrique si >70 ans via G8 si
    - Si G8 ≤ 14 : évaluation onco-gériatrique complète
  - Prise en charge par ICSO
- Imagerie:
  - CT scan thoraco-abdo-pelvien
  - IRM pelvienne optionnel
  - Si imagerie effectuée à l'extérieure: téléchargement, revue des images à Bordet et relecture en CMO
  - Echographie des masses ovariennes avec calcul du score IOTA/Adnex

<sup>1</sup> 10% de faux négatif lors de la recherche de BRCA somatique (< qualité de l'ADN et présence de grands réarrangements)

- Pet scan si suspicion de métastases à distance et/ou lésion ganglionnaire rétropéritonéale
- Biologie:
  - CA 125 - CA19.9 (optionnel HE-4)
  - Sérologies hépatites/HIV
  - CBC, fonction rénale, tests hépatiques, ionogramme, TSH

Discussion multidisciplinaire en CMO de TOUS les cas de cancer de l'ovaire au diagnostic (avant la chirurgie)

- Chirurgie:
  - Laparoscopie : évaluation étendue de la carcinose via score PCI (si possible photos et/ou vidéos perop).
  - Laparotomie pour prise en charge curative.
  - Si chimiothérapie prévue en post opératoire : mise en place d'un DAVI per op.

*NB : la chirurgie de cytoréduction sera effectuée par l'équipe de la carcinose (G. Liberale, I. Veys et M. Fastrez).*

## Traitement

### **Chirurgie radicale standard par LAPAROTOMIE MEDIATE incision xypho-pubienne comportant :**

- Hystérectomie avec annexectomie bilatérale
- Exploration complète abdomino-pelvienne de la cavité péritonéale
- Cytologie et biopsies péritonéales multiples (min 4-6)
- Omentectomie sous-colique si pas de lésion apparente/ sous-gastrique si suspicion de lésion (voir stade III)
- Curage ganglionnaire pelvien et lombo-aortique (jusqu'à la veine rénale gauche) sauf pour les carcinomes mucineux ou de bas grade
- Appendicectomie (pour les mucineux)

**Option: femme jeune (< 40ans), désir préservation fertilité stade IA-IB G1-G2**

- Stadification complète : (ok par laparoscopie)
  - Evaluation ovaire controlatéral
  - Biopsie péritonéale et cytologie
  - Omentectomie
  - Curage ganglion pelvien et lombo-aortique
- Si tout négatif, annexectomie unilatérale envisageable

Patiente opérée insuffisamment stadifiée :

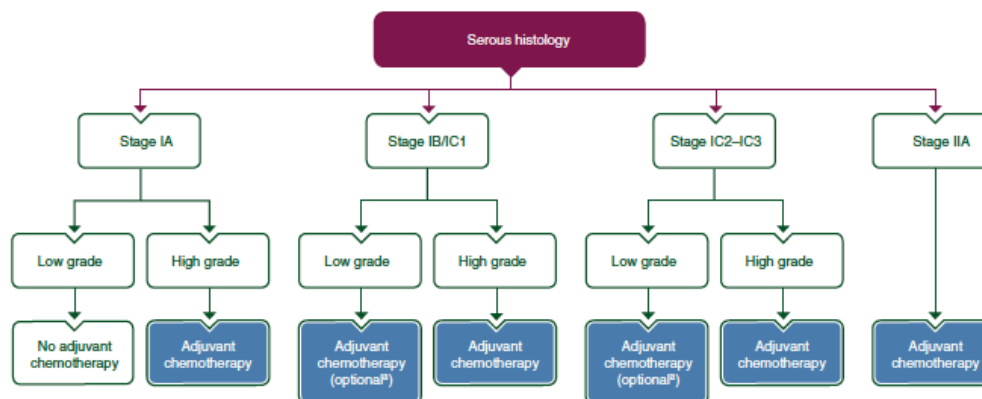
- Re-stadification complète (vu risque de sous staging ganglionnaire et péritonéal).

### Traitement adjuvant

- Au sein du HUB, les chimiothérapies sont effectuées à Bordet.
- A débiter dès récupération post opératoire (de préférence dans les 3 semaines post opératoire)
- Chimiothérapie standard: 6X Carboplatine (AUC 5 ou 6) + Paclitaxel 175 mg/m<sup>2</sup> 1q3w (envisager support par G-CSF si facteurs de risque de NF)
- Option patiente gériatrique : carboplatine qw1 AUC2 + paclitaxel qw1 (60mg/m<sup>2</sup>) 18 semaines
- Option si refus alopecie : carboplatine qw1 AUC2 + paclitaxel qw1 (80mg/m<sup>2</sup>) avec casque réfrigérant 18 semaines

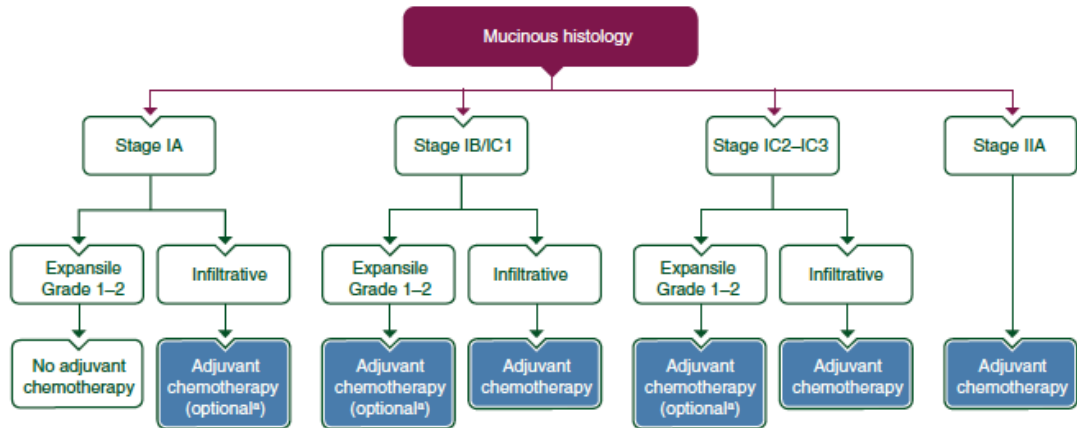
### ESMO-ESGO Consensus Conference Recommendations on Ovarian Cancer 2019

Original Article

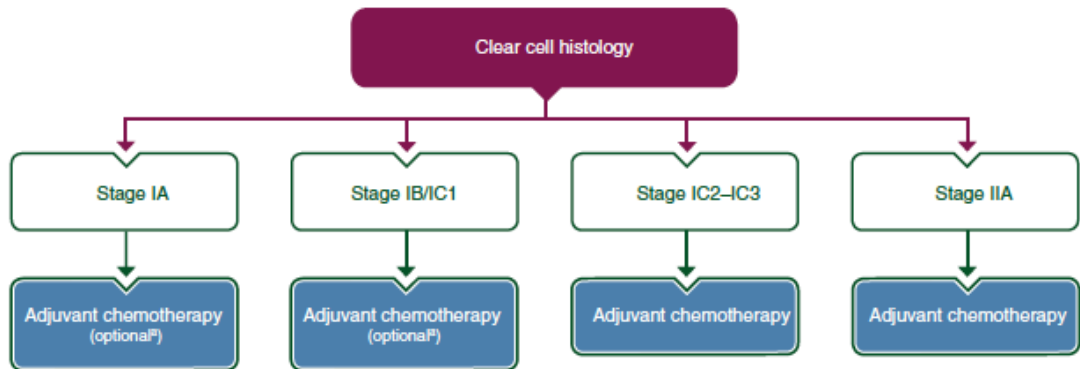


**Figure 1** Adjuvant chemotherapy for patients with early-stage serous ovarian cancer (stage I-IIA).

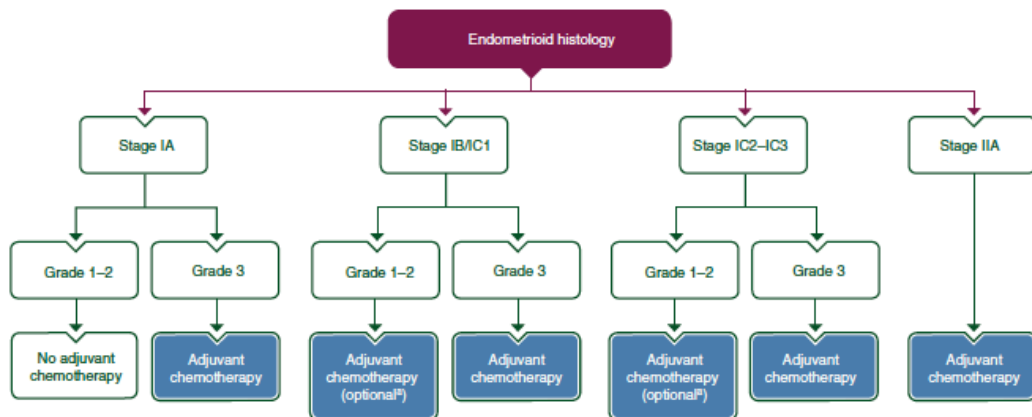
<sup>a</sup>Considered no adjuvant chemotherapy only for patients with complete surgical staging.



**Figure 2** Adjuvant chemotherapy for patients with early-stage mucinous ovarian cancer (stage I-IIA).  
<sup>a</sup>Considered no adjuvant chemotherapy only for patients with complete surgical staging.



**Figure 3** Adjuvant chemotherapy for patients with early-stage clear cell ovarian cancer (stage I-IIA).  
<sup>a</sup>Considered no adjuvant chemotherapy only for patients with complete surgical staging.



**Figure 4** Adjuvant chemotherapy for patients with early-stage endometrioid ovarian cancer (stage I-IIA).  
<sup>a</sup>Considered no adjuvant chemotherapy only for patients with complete surgical staging.



## Suivi

- Consultation tous les 3 mois la première année
- Consultation tous les 4 mois la 2<sup>ème</sup> année et puis tous les 6 mois jusqu'à la 5<sup>ème</sup> année, alternance oncologue et chirurgien
- CA 125 à chaque consultation
- CT scan thoraco-abdo pelvis ou RMN abdominale : si suspicion de récurrence/ élévation CA 125 et 1X/an pendant 5 ans

*\*Ceci est hors guidelines ESGO mais est préconisé localement notamment à des fins de recherche.*

## CANCER DE L'OVAIRE LOCALEMENT AVANCÉ (stade III-IV)

La majorité des patientes se présentent au diagnostic avec une distension abdominale avec des douleurs abdominales et une suspicion de carcinose péritonéale à l'imagerie.

Il existe un grand nombre de diagnostics différentiels : carcinose liée à un CRC, gastrique, ovarien, mésothéliome péritonéal, pseudomyxome péritonéal,...

Ces cas doivent être référés à l'équipe du secteur de la carcinomatose péritonéale au sein de l'unité fonctionnelle de gynéco-oncologie du HUB cf organigrammes et itinéraires cliniques (chirurgiens désignés : G Liberale, I Veys, M Fastrez dont au moins un doit être présent pour toute chirurgie des stades III-IV cf accréditation ESGO (Quality indicators for advanced OC surgery from the ESGO International Journal of Gynecological Cancer 2020) et critères KCE (Quality Indicators for the management of epithelial ovarian cancer KCE 2022)

## Mise au point

**Les procédures chirurgicales doivent être effectuées avec l'équipe dédiée du secteur de la carcinomatose de l'UF de gynéco-onco du HUB à l'Institut Bordet.**

- Général :
  - Antécédents personnels et familiaux (en particulier, histoire de cancer sein et ovaire)
  - Examen physique complet y compris abdominal (cicatrice et masses), toucher vaginal et rectal (détection d'un « frozen pelvis » et évaluation de la résecabilité)
  - Allergie
  - Screening gériatrique si >70 ans via G8 si
    - Si G8 <14 : évaluation onco-gériatrique complète (CGA)
  - Evaluation état nutritionnel
- Imagerie:
  - CT scan thoraco-abdo pelvien (standard)

- IRM pelvienne (option, si primitif indéterminé)
  - IRM abdominale du péritoine (en particulier si tumeur mucineuse)
  - IRM hépatique (option, si suspicion de métastases hépatiques)
  - Pet scan (option, si suspicion de métastases à distance et/ou lésion ganglionnaire rétropéritonéale)
  - Si imagerie effectuée à l'extérieure: téléchargement, revue des images à Bordet et relecture en CMO
- Biologie:
- CA 125 - CEA - CA19.9 (pour les tumeurs mucineuses), (option, HE-4)
  - Sérologies hépatites/HIV
  - CBC, fonction rénale, tests hépatiques, ionogramme, TSH
  - Screening anémie: fer, ferritine, transferrine, vitamin B12, folate
- Laparoscopie exploratrice (à effectuer selon les guidelines institutionnels) :
- Trocarts sur la ligne médiane (surtout si carcinose extensive et haut risque de développer des métastases pariétales), de préférence 2 trocarts
  - Calcul du score PCI, description complète
  - Biopsies (de préférence dans l'omentum, afin d'éviter une brèche dans le péritoine avant une chirurgie de cytoréduction)
  - Prélèvements d'ascite (pour projet d'étude clinique et examen anat path )
  - Le protocole opératoire doit reprendre tous ces éléments
  - Ponction pleurale si épanchement pleural afin d'obtenir un staging optimal (IIIc vs IVa)
- Anatomopathologie
- Par l'équipe Anat Path dédiée dans le HUB ( Dr Noel et Dr Larsimont)
- Selon les recommandations du WHO 2020
- Les cas extérieurs seront relus par l'équipe Anat Path dédiée

## Traitement

**Chirurgie upfront suivie d'une chimiothérapie adjuvante est le standard SI résection complète macroscopique possible. Si résection première non possible vu étendue de la maladie ou localisation: débiter par chimiothérapie d'induction.**

**Une chirurgie d'intervalle est recommandée si maladie extensive (PCI élevé) ce qui constitue un marqueur prédictif de résection macroscopiquement incomplète.**

## Inclusion dans l'étude CHIPPI : débulking +/- CHIP (ouverture prochainement)

### Chirurgie (même modalités si upfront et d'intervalle)

Une chirurgie de cytoréduction COMPLETE (R1) est le traitement principal des métastases péritonéales.

1ère étape : exclure une maladie irrésécable, commencer par une incision limitée sur la ligne médiane afin d'évaluer l'extension intraabdominale de la maladie.

En cas de maladie extensive, poursuivre ou débiter la chimiothérapie afin d'augmenter les chances de résection macroscopiquement complète.

Si une cytoréduction avec résection macroscopiquement complète (R1) ou quasi complète (R2a) peut être atteinte :

- Exploration abdominale complète avec incision xypho-pubienne
- Hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale, appendicetomie (surtout pour les tumeurs mucineuses), omentectomie complète.
- Résections péritonéales des zones envahies (nodules palpables)
- En cas de chimio préalable : résection des cicatrices péritonéales avec extemporanée. En cas de positivité : toutes les cicatrices doivent être réséquées et/ou électro fulgurées. Si limité, la résection est préférée.
- Si résection du Douglas/rectum, la résection doit être réalisée « en bloc » sans effraction du péritoine Douglassien
- Pas de curage pelvien ou rétropéritonéal (étude Lyon) sauf si cN+ : lymphadénectomie pelvienne et rétropéritonéale
- Option: CHIP : peut-être proposée en particulier si maladie micro nodulaires 'Van Driel) (cf section CHIP)

### CHIP

La chimiothérapie hyperthermique intraabdominale a montré dans une étude randomisée de phase 3 une augmentation de la DFS de 4 mois et de 12 mois pour la survie (NEJM Van Driel). Récemment, une équipe a montré que certaines patientes ayant une signature moléculaires particulière bénéficiaient plus de la CHIP (Dellinger JCO 2022).

Nous avons montré la faisabilité de la CHIP dans les cancers de l'ovaire (Liberale et al).

La CHIP peut-être proposée en particulier si maladie micro nodulaire résiduelle (R2a). Ceci doit être discuté avec la patiente préalablement, en cas de maladie micronodulaires à la laparoscopie exploratrice initiale.

Utilisation de la technique du « Colyseum open technique » et du protocole de Van Driel : Cisplatine 100mg/m<sup>2</sup>, 90minutes.

La pharmacie attention :

- 1°) préparer la  $\frac{1}{2}$  de la dose à mettre dans 100cc (ou 250cc)
- 2°)  $\frac{1}{4}$  de la dose à diluer dans 100cc NaCl
- 3°)  $\frac{1}{4}$  de la dose à diluer dans 100cc NaCl

- Anti émétiques :
  - Solumedrol 80mg IV
  - Ondansetron 1A IV puis 1x/J pendant 3 jours
- Prévention néphrotoxicité :
  - PAS d'AINS
  - Au début de la CHIP : thiosulfate Na en bolus 9g/m<sup>2</sup> dans 200ml puis 12g/ m<sup>2</sup> dans 1000ml en 6 heures
  - Maintenir diurèse >1ml/kg/h pendant la CHIP et 3 heures après la chirurgie

La participation à l'étude CHIPPI va clarifier la place de la CHIP pour ces patientes.

### Traitement adjuvant si chirurgie up front :

- A débuter dès récupération post opératoire (de préférence dans les 4 semaines post opératoire)
- Chimiothérapie standard: 6X Carboplatine (AUC 5 ou 6) + Paclitaxel 175 mg/m<sup>2</sup> 1q3w (envisager support par G-CSF si facteurs de risque de NF)
- Option patiente gériatrique : carboplatine qw1 AUC2 + paclitaxel qw1 (60mg/m<sup>2</sup>) 18 semaines
- Option si refus alopecie : carboplatine qw1 AUC2 + paclitaxel qw1 (80mg/m<sup>2</sup>) avec casque réfrigérant 18 semaines

### Si chirurgie d'intervalle

- Chimiothérapie d'induction 3 à 4 cures (à discuter avec le chirurgien selon l'étendue de la carcinose). En cas de maladie extensive, 4 cures peuvent être proposées afin d'augmenter les chances de résection R1.
- Chimiothérapie standard: Carboplatine (AUC 5 ou 6) + Paclitaxel 175 mg/m<sup>2</sup> 1q3w (envisager support par G-CSF si facteurs de risque de NF)
- Option patiente gériatrique : carboplatine qw1 AUC2 + paclitaxel qw1(60mg/m<sup>2</sup>)
- Option si refus alopecie : carboplatine qw1 AUC2 + paclitaxel qw1(80mg/m<sup>2</sup>) avec casque réfrigérant
- Dosage du CA 125 (ou CA 19 9) à chaque cure
- RE-STAGING (bilan d'évaluation après 3 cures) :
  - Scanner abdominal ou RMN abdominale selon imagerie de baseline
  - <sup>18</sup>F-FDG-PET/CT scan si pet scan réalisé au baseline afin d'évaluer la réponse métabolique et/ou si stade IVb
  - Discussion en CMO

- ATTENTION avertir le chirurgien suffisamment tôt de la date théorique de fin de chimiothérapie
- Chirurgie de débulking 3,5 à 5 semaines après la dernière cure de chimio (si q3w)
- Les principes de la chirurgie sont les mêmes que selon des débulking upfront.
- Reprise de la chimiothérapie adjuvante pour 3 cures supplémentaires dans les 4 semaines post opératoire (si possible et selon avis chirurgical)

### Stade IVb

- Place de la chirurgie à discuter en CMO
- Débuter par 3-4 cures de chimiothérapie d'induction puis réévaluation
- En cas de maladie métastatique très étendue, 6 cures de chimiothérapie suivi d'une CRS peut être proposée
- Pas de bevacizumab pré opératoire
- Le rôle de la CRS chez ces patientes est de diminuer les complications à long terme liée à la maladie péritonéale

### Traitement de maintenance

Imagerie et CA 125 (CA 19 9) : 1 mois après la fin du traitement adjuvant par RMN abdominale ou scanner abdominal.

Choix du traitement de maintenance :

- Stade I et II : pas d'indication
- Stade III :
  - mBRCA (somatique ou germinale) : olaparib 2 ans
  - BRCA wt et chirurgie d'intervalle OU persistance d'une maladie macroscopique après débulking primaire: discuter niraparib 3 ans (ceci doit être discuté avec la patiente et balance risque bénéfice)
- Stade IV :
  - mBRCA (somatique ou germinale) : olaparib
  - BRCA wt en fonction de co-morbidités :
    - bevacizumab 18 mois
    - ou niraparib
- Carcinome séreux de bas grade
  - Inhibiteur de l'aromatase à discuter

### Anatomo-pathologie

Par l'équipe Anat Path dédiée dans le HUB ( Dr Noel et Dr Larsimont)  
Selon les recommandations du WHO 2020

## Suivi\*

En alternance oncologue et chirurgien.

	YEAR 1				YEAR 2			YEAR 3		YEAR 4		YEAR 5	
	3m	6m	9m	12m	16m	20m	24m	30m	36m	42m	48m	54m	60m
CA125 (+/- CA19.9)	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x
Clinical examination	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x
Abdominal CT*	x	x	x	x	x	x	x	x		x		x	
Thorax CT*	x	x	x	x		x		x		x		x	

\* Guidelines locaux adaptés au vu d'études cliniques sur le rôle des ganglions épigastrique et de la cinétique tumorale des cancers ovariens.

Suivi à adapter si traitement de maintenance en cours

## RÉCIDIVE :

- La prise en charge dépend de :
  - Sites et étendues de la récurrence
  - Co morbidités - état général
  - Biologie tumorale et génétique
  - Délai depuis la dernière chimiothérapie, PARPi
- Place de la chirurgie dans la cadre des récurrences :

L'étude DESKTOP III a confirmé la place de la chirurgie de cytoréduction pour les récurrences de EOC pour certaines patientes sélectionnées. La sélection est obligatoire afin d'éviter des chirurgies inutiles et des complications post opératoires qui compromettraient le traitement systémique.

- Evaluation multidisciplinaire avec un chirurgien expert
- A envisager si la résection peut être **complète**
- Sélection des patientes via le score AGO (PS 0-1 ; Ascite <500ml ; Résection complète lors de la 1ere chirurgie)
- Chimiothérapie d'induction à discuter à la CMO
- Suivi d'une chimiothérapie « pseudoadjuvante » à base de platine
- La place de la CHIP est en cours d'étude. Les résultats de l'étude CHIPPOR sont attendu fin 2022. Pour l'instant la CHIP dans cette indication reste expérimentale et doit être discuté en CMO et avec la patiente
- PIPAC (Pressurized IntraPeritoneal Aerosolized Chemotherapy) a montré des résultats encourageants associé à la chimiothérapie systémique.
- Le taux de complications post opératoires est faible, la durée d'hospitalisation est courte (2 jours). Peut être répété toute les 4-6 semaines. Vu le manque actuel de données scientifiques solides, ceci reste un traitement expérimental et doit être discuté en CMO.

On peut classer les candidates selon l'évaluation de leur maladie :

- Stade initial I/II qui récidive au niveau péritonéal : Même plan de traitement que si stade III/IVa initial ( chirurgie upfront ou d'intervalle selon l'extension de la maladie). Bonne candidate si récurrence localisée (au niveau péritonéal ou ganglionnaire) PCI<6. Une chirurgie initiale suivie d'une chimiothérapie peut être proposée
- Atteinte péritonéale initiale limitée : également bonne candidate à une nouvelle chirurgie. Chimiothérapie d'induction préférée.

## ➤ Traitements systémiques :

Privilèger inclusion dans une études cliniques.

Discuter tout changement de lignes de traitement en CMO.

*Carcinome ovarien de haut grade :*

- Récidive platine résistante (PFI < 6 mois):
  - Etude Taxol +/- pembrolizumab
  - PLD +/- bevacizumab
  - Folfox (attention dépistage DPD )
  - Topotecan +/- bevacizumab
  - Taxol q1w +/- bevacizumab
- Récidive platine intermédiaire (PFI 6-12 mois)
  - PLD+ trabectidine
  - Doublet de platine
- Récidive platine sensible ( PFI > 12 mois)
  - Doublet à base de platine +/- bevacizumab
  - Suivi d'une maintenance par olaparib si mBRCA et pas reçu avant

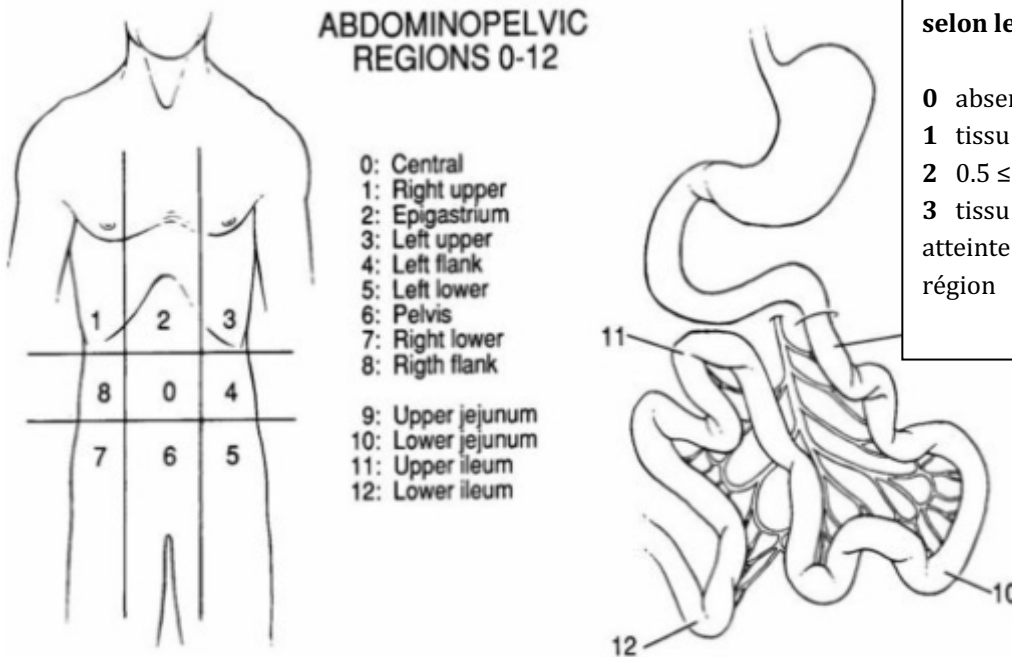
*Carcinome de bas grade :*

- Hormonothérapie
- Etudes cliniques



## ADDENDUM

### PCI (Peritoneal carcinomatosis index) ou score de SUGARBAKER



PCI (Peritoneal Carcinomatosis Index) dit « score de Sugarbaker »: la cavité péritonéale est divisée en 9 segments et l'intestin grêle en 4 zones (jéjunum proximal/distal – iléon proximal/distal). En début de chirurgie, chaque zone est cotée en fonction de