

7ÈME CONGRÈS DE LA SFCO  
VENDREDI 22 & SAMEDI 23 MAI 2015,  
CITÉ DE CONGRÈS, CITÉ MONDIALE, BORDEAUX



# ***Prise en charge des cancers épithélieux de l'ovaire en Centre Hospitalier Général: est-ce bien raisonnable ?***

*J NIRO, N HCINI, B FRALEU LOUER, JF GEAY,  
P PANEL, A LE TOHIC*

# Pourquoi cette étude ?



- ▶ LE DOUTE ! Vis à vis des patientes
- ▶ QUOTAS D'ACTIVITÉ: passer de 10 cas de « débulking » par an et par centre à 10 cas par chirurgien/an
- ▶ Objectif avoué: meilleure prise en charge des patientes, accessibilité à une prise en charge rapide ?
- ▶ QUELS CRITÈRES DE SÉLECTION DES CENTRES
  - base de volume d'activité uniquement ?
  - évaluation de la qualité de la prise en charge ?

# Matériel et méthode



- ▶ Étude rétrospective
- ▶ Tumeurs épithéliales de l’ovaire, trompe ou péritoine
- ▶ Cohorte de 94 patientes du 1/1/03 au 31/12/13 prises en charge au CH de Versailles dont 79 opérées.
- ▶ Référentiel: Société Française d’OncoGynécologie.
- ▶ *Critère d’exclusion*: tumeurs borderline, les tumeurs non épithéliales de l’ovaire, tumeurs secondaire de l’ovaire.

# Profils cliniques et histologiques des tumeurs

Age moyen		67 ans
ATCD familial de cancer gynécologique		17,5 %
Circonstances de découverte	Douleurs abdominales	43,6 %
	Augmentation du volume abdominal	37,2%
	fortuite	3,2%
clinique	ascite	44,6 %
Histologie	carcinome épithéliaux	86,3 %
	Carcinome péritonéal primitif	12,7%
	Carcinome tubaire	1 %
FIGO	Stade I	17 %
	Stade II	3 %
	Stade III	60 %
	Stade IV	20 %

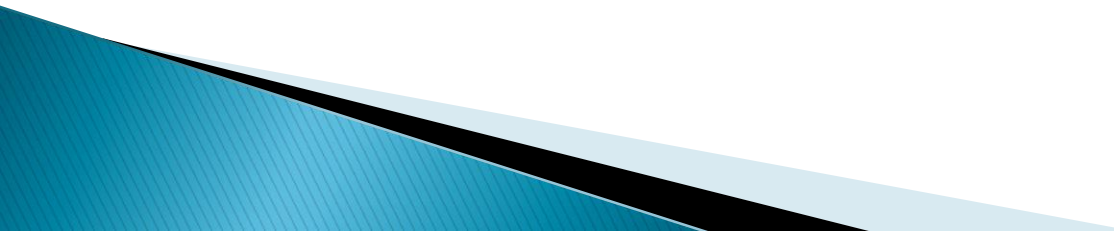
# Répartition des différentes procédures chirurgicales

	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Chirurgie première</b>	<b>64,2</b>
<b>Chirurgie d'intervalle</b>	<b>19,9</b>
<b>Non opérées</b>	<b>15,9</b>
<b>RO en chirurgie initiale des stade III-IV</b>	<b>50</b>
<b>RO en chirurgie intervalle des stade III-IV</b>	<b>94</b>
<b>Résection digestives</b>	<b>32</b>
<b>splénectomie</b>	<b>6,3</b>
<b>cholécystectomies</b>	<b>7,5</b>
<b>Hépatectomies partielle</b>	<b>2,5</b>
<b>coupoles diaphragmatiques</b>	<b>12</b>

# Résultats

- ❑ Durée moyenne d'hospitalisation : 12 jours.
- ❑ Récidive :
  - ❑ 40 % des patientes opérées
  - ❑ délai moyen de 21 mois.
- ❑ Survie globale: 64,8 % à 3 ans et 45 % à 5 ans.
- ❑ Stades III & IV: Médiane de survie à 42 mois
- ❑ Stades I et II:
  - médiane non atteinte encore,
  - Survie 74% à 5 ans

# Résultats

- ▶ Nombre moyen de cycles de chimio néo adjuvante: 3,8
  - ▶ Taxol carboplatine en 1<sup>ère</sup> ligne
  - ▶ Ajout Bevacizumab en adjuvant depuis 2012 (impact non évaluable)
- 

# Discussion



# Nombreux biais liés à la méthodologie

- ▶ Mais c'est la vraie vie !
  - Cf Luycks et al Int j gynecol cancer 2012
- ▶ Stades I et II: effectif trop faible (n=15) dont 2 perdus de vue.
- ▶ Longue période d'inclusion: changements de recommandations sur objectifs de la chirurgie
  - Avant 2010: cytoréduction optimale
  - Après 2010 (GCIg ovarian consensus) : cytoréduction complète
- ▶ Morbidité non évaluée (mais hospi moyenne courte)

# Analyse comparée

- ▶ Le résidu tumoral après cyto-réduction chirurgicale est le principal facteur pronostique dans le cancer de l'ovaire.
- ▶ Nos résultats dans les stades III et IV sont comparables aux équipes de références:

	R0 chir initiale	Ro chir intervalle	Médiane de survie
Versailles	50%	90%	42 mois
Vergote <i>et al</i>	41,6% ( $\leq 1$ cm)	80,6% ( $\leq 1$ cm)	30 mois
Luycks <i>et al</i>	65%	74%	60 mois

# Pourquoi des résultats honorables ?

- ▶ Grande expérience de l'équipe sur la chirurgie de l'endométriose
  - Atteintes multiviscérales
  - Coordination interspécialité
  - Rigueur sur l'analyse d'imagerie
- ▶ Sectorisation chirurgicale: pelvis ≠ seins
- ▶ Onco-gynécologie :
  - RCP
  - consultations en binômes chir & oncologue

# ▶ Radicalité de notre équipe

Maximal Cytoreduction in Patients With FIGO Stage IIIc to Stage IV Ovarian, Fallopian, and Peritoneal Cancer in Day-to-Day Practice  
*A Retrospective French Multicentric Study*

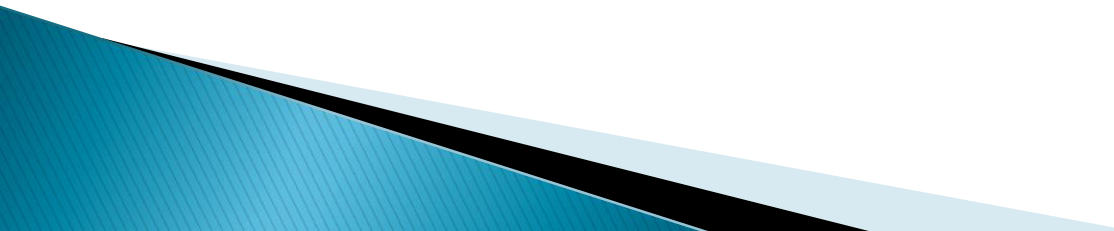
**TABLE 2.** Surgical procedures

	No. Patients	(%)
Hysterectomy	489	(92.8)
Salpingo-oophorectomy	504	(95.8)
Omentectomy	516	(97.9)
Small-bowel resection	52	(9.9)
Large-bowel resection	200	(38.0)
Multiple bowel resection	64	(12.2)
Appendectomy	339	(64.6)
Pelvic lymphadenectomy	412	(78.5)
Aortic lymphadenectomy	397	(75.8)
Right diaphragm stripping	193	(36.6)
Left diaphragm stripping	55	(10.4)
Splenectomy	50	(9.5)
Partial hepatic resection	17	(3.2)
Porta hepatis removal	10	(1.9)
Cholecystectomy	17	(3.2)
Surgical groups		
1	290	(55.0)
2A	113	(21.4)
2B	124	(23.5)



<b>Résection digestives</b>	<b>32%</b>
<b>splénectomie</b>	<b>6,3%</b>
<b>cholécystectomies</b>	<b>7,5%</b>
<b>Hépatectomies partielle</b>	<b>2,5%</b>
<b>coupoles diaphragmatiques</b>	<b>12%</b>

# Les paradoxes...

- ▶ Des délais de prise en charge courts
  - ▶ Des entretiens détaillés avec PPS
  - ▶ Une humanisation de la relation
  - ▶ Consultations multiples souvent nécessaires
  - ▶ K endomètre type 2 et pas K ovaires ?
- 

Mais qui regardera tous ces éléments ?



Obliger chaque équipe à publier ses résultats ?

Attention! Les espions sont partout (internes & CCA): les souvenirs diffèrent parfois des résultats publiés...

# CONCLUSION



- ▶ Objectif : cytoréduction complète
- ▶ Évaluation qualitative plutôt que quantitative des équipes : mieux pour les patientes ?
- ▶ Accessibilité aux soins
- ▶ Auto évaluation: 1<sup>ère</sup> étape démarche de qualité
- ▶ Prise en charge en CHG paraît raisonnable sous certaines conditions importantes:
  - Équipe pluridisciplinaire entraînée et organisée
  - Prise en charge qualitative: RCP, référentiels
  - Savoir passer la main au bon moment