

# CHARTRE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTES SUSPECTES DE PRÉSENTER UN CANCER DE L'OVAIRE

POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ **SANS LA MENTION B5 + PTS**  
PRATIQUE THÉRAPEUTIQUE SPÉCIFIQUE OVAIRE

- 1** La prise en charge d'une patiente suspecte de présenter un cancer de l'ovaire est une urgence diagnostique et thérapeutique. Cette charte propose d'adresser ces patientes, si possible, en centre PTS Ovaire en cas de carcinose péritonéale, de lésions classées O-RADS 5 à l'IRM, ou en cas d'O-RADS 4 à forte suspicion de malignité.
- 2** Le bilan diagnostique doit comporter :
  - Un dosage des marqueurs tumoraux (au minimum CA 125, ACE et CA 19-9)
  - En l'absence de carcinose péritonéale, une IRM pelvienne à visée diagnostique incluant une courbe de perfusion et une classification O-RADS
  - Un scanner TAP ou TEP-TDM avec injection (sous réserve d'une fonction rénale normale)
  - Une coelioscopie diagnostique
  - Un score de fragilité gériatrique (G8 ou FOG) pour les patientes de plus de 75 ans
- 3** La coelioscopie diagnostique peut être effectuée dans un centre non-autorisé, mais son compte-rendu et sa réalisation devront intégrer les éléments suivants :
  - Mettre en place des trocars sur la ligne médiane
  - Décrire de façon exhaustive l'étendue des lésions, région par région, illustrée par un score de Fagotti et un score d'extension péritonéale de Sugarbaker (PCI)
  - Réaliser des supports iconographiques exportables (photos +/- vidéos)
  - Faire des prélèvements suffisamment importants pour le diagnostic et l'analyse moléculaire (mutation BRCA, HRD)
  - L'annexectomie diagnostique ne doit pas être réalisée, sauf en l'absence documentée de carcinose : dans ce cas une annexectomie avec extraction protégée pourra être envisagée sans rupture intrapéritonéale
- 4** Le bilan diagnostique (points 2 et 3) devra être réalisé dans les 15 jours\* suivant le premier examen suggérant la présence d'une carcinose péritonéale ou un score O-RADS 5 à l'IRM
- 5** Si un des éléments du bilan diagnostique ne peut être réalisé, la patiente sera référée au plus tôt en centre autorisé pour poursuivre la prise en charge
- 6** Lorsque le bilan diagnostique est complet, le dossier doit être présenté par le médecin référent en RCP de recours ovaire d'un centre B5 avec PTS Ovaire pour décision thérapeutique. Cette attitude est indiquée :
  - Pour les stades avancés
  - Pour les stades précoces dès confirmation histologique
  - À toutes les phases de la prise en charge y compris :
    - Abstention thérapeutique
    - Phase palliative initiale
    - Rechute ou récurrence
  - Et préférentiellement avant tout traitementLe médecin référent ayant adressé ou présenté le dossier en RCP de recours présente ensuite à la patiente la proposition thérapeutique de la RCP.
- 7** L'autorisation ne portant que sur la prise en charge chirurgicale, le traitement de chimiothérapie défini par la RCP de recours ovaire pourra être envisagé dans le centre d'origine ayant adressé la patiente, à condition qu'il soit autorisé à l'activité « traitements médicamenteux systémiques du cancer ».  
En cas de chimiothérapie néoadjuvante, elle doit être débutée dans les 15 jours après la coelioscopie.  
Seuls les changements de lignes de chimiothérapie peuvent éventuellement être discutés dans les RCP A5 ou d'oncologie médicale sous réserve que les dossiers aient été discutés en RCP recours ovaire précédemment
- 8** Dans le cas d'une prise en charge mécochirurgicale « partagée », le programme personnalisé de soins est établi dès la phase diagnostique, en concertation entre les 2 équipes, afin d'optimiser l'enchaînement des différentes phases thérapeutiques.  
En cas de chirurgie première, la patiente doit être adressée à un centre autorisé « ovaire », quel que soit le stade du cancer, sous 10 jours
- 9** Si la chirurgie de cytoréduction n'est pas réalisée en initial (carcinose jugée non résécable d'emblée), son indication sera systématiquement discutée en RCP de recours ovaire après 3 cycles de chimiothérapie néo adjuvante. Un RDV devra être programmé avec anticipation auprès du centre avec la PTS ovaire après la C3 avec un TDM d'évaluation pour programmation d'une éventuelle chirurgie d'intervalle
- 10** Dans le cas d'une suspicion de récurrence de cancer de l'ovaire, la patiente est adressée à un centre autorisé afin de réaliser la prise en charge diagnostique et thérapeutique

\*Il n'existe aucune recommandation concernant le délai optimal de prise en charge, il semble raisonnable dans ce contexte d'urgence diagnostique et thérapeutique, que le bilan soit réalisé sous 15 jours

Charte élaborée par un groupe de travail régional Nouvelle-Aquitaine composé de professionnels de santé impliqués dans la prise en charge et la coordination des parcours de soins du cancer de l'ovaire, représentatifs des différents territoires, modes d'exercice (public et privé) et mentions d'autorisation.

Document inspiré des travaux réalisés par l'ARS PACA grâce à la participation d'un groupe d'experts et du DSRC Onco Paca Corse.

Pour en savoir + sur la prise en charge des patientes atteintes du cancer de l'ovaire, consultez [notre page dédiée](#) 