



# Structuration de la filière du cancer de l'ovaire en Nouvelle-Aquitaine

**Bienvenue !**

Mardi 23 juin 2026

---

**Webinaire**

---

**Groupe de travail régional**



# Instructions

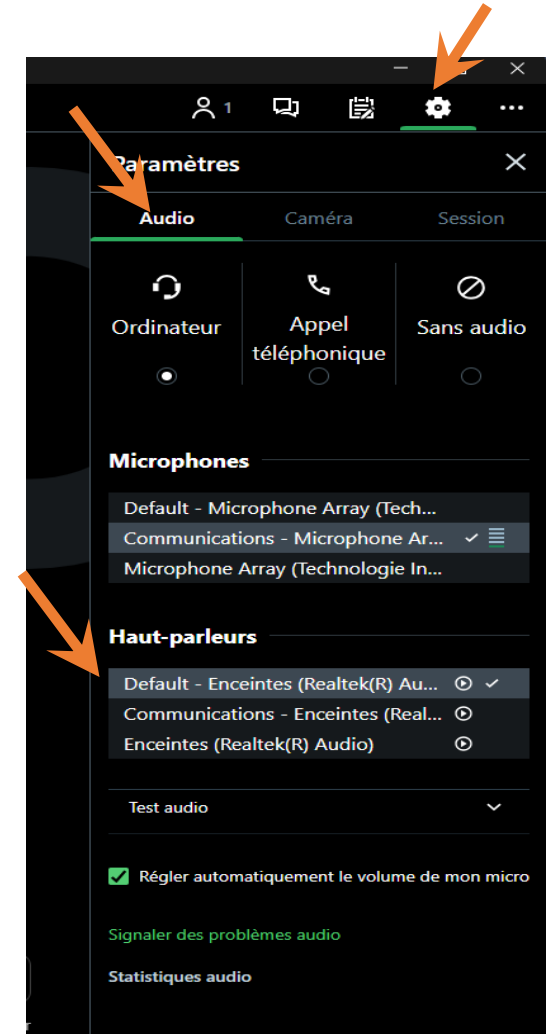
## Webinaire

- Participants :  
- Questions par tchat tout le long du webinaire :

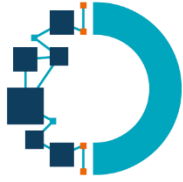


- Problème de son :

Essayer les différents haut-parleurs proposés



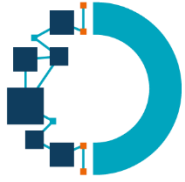
**Le GTR répondra à vos questions posées dans le tchat à la fin des présentations**



# Membres du groupe de travail régional

## GTR Ovaire

Département	Nom	Prénom	Spécialité	Structure	Libellé mention	
Charente	ATROUS	Geoffrey	Chirurgie gynécologique	Centre clinique, Soyaux	B5	
	SARDAIN	Hugo				
Charente-Maritime	RIEDL	Cécilia	Chirurgie gynécologique	CH Saintes	B5	
Dordogne	KOUSSEMOU	Achille	Chirurgie gynécologique	CH Périgueux	TMSC	
	LEONARD	Franck	Chirurgie gynécologique	Hôpital Privé Francheville,	B5 PTS Ovaire	
Gironde	NOURRISSON	Audrey	Chirurgie gynécologique	CHU Bordeaux	B5 PTS Ovaire	
	PHEULPIN	Alexandre				
	RABEAU-CONRI	Vanessa				
	TAOUJI	Zacharie				
	ASAD	Maryam	Radiologie	Clinique Tivoli-Ducos	B5 PTS Ovaire	
	GARBAY	Delphine	Oncologie médicale			
	BABIN	Guillaume	Chirurgie gynécologique	Institut Bergonié	B5 PTS Ovaire	
	GUYON	Frédéric				
	MAIRÉ	Mathilde				
	DOHOLLOU	Nadine				
	Haute-Vienne	POETSCH	Laura	Oncologie médicale	PBNA	B5 PTS Ovaire
		BRIONES	RACHEL	Chirurgie gynécologique	CH Langon	A5
Haute-Vienne	DELUCHE	Elise	Oncologie médicale	CHU Limoges	B5 PTS Ovaire	
	LACORRE	Aymeline	Chirurgie gynécologique			
Pyrénées-Atlantiques	BOURCIER	Kévin	Oncologie médicale	CH Pau	B5 PTS Ovaire	
	MOTHES	Agnès	Médecin coordonnateur	3C Bayonne	-	
Vienne	CHARVERIAT	Amélie	Chirurgie gynécologique	CHU Poitiers	B5 PTS Ovaire	
	DELDYCKE	Clotilde	Oncologie médicale			
Région	LUCAS	Alexandre	Médecin conseiller médical	ARS	-	
	VIVIER-DARRIGOL	Martine	Médecin inspecteur			



# Programme

## Webinaire ovaire

### **19H00 : Contexte – Objectif – Méthodologie**

Hélène THEOPHILE – Pharmacienne - Coordonnatrice médicale (Onco-Nouvelle-Aquitaine, Bordeaux)

### **19H05 : Etablissements de santé de prise en charge – Points de vigilance**

Aymeline LACORRE – Chirurgie gynécologique (CHU, Limoges)

### **19H10 : Charte établissements de santé sans Pratique Thérapeutique Spécifique (PTS) ovaire**

Rachel BRIONES – Chirurgie gynécologique (CH Sud Gironde, Langon)

### **19H20 : Charte établissements de santé avec PTS ovaire**

Audrey NOURRISSON – Chirurgie gynécologique (CHU, Bordeaux)

### **19H25 : Présentation des outils d'aide à la pratique**

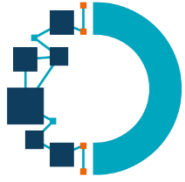
Guillaume BABIN – Chirurgie gynécologique (Institut Bergonié, Bordeaux)

- O-RADS IRM
- Coelioscopie diagnostique
- Messages DCC K-Process
- RCP et imagerie
- Essais cliniques en Nouvelle-Aquitaine (en cours)
- Annuaire Entrée dans la filière (en cours)
- Préconisations pour la rédaction de convention (en cours)

### **19H35 : Conclusion - Perspectives**

Alexandre LUCAS – Médecin Conseiller médical au sein du pôle soins de ville et hospitaliers de la Direction de l'offre de soins (ARS Nouvelle-Aquitaine, Bordeaux)

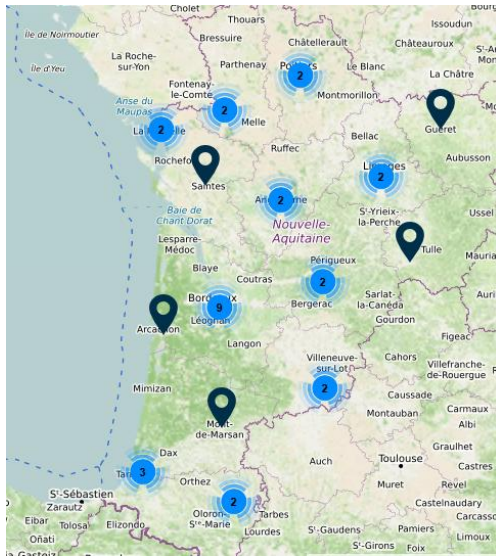
### **19H40 : Questions/réponses**



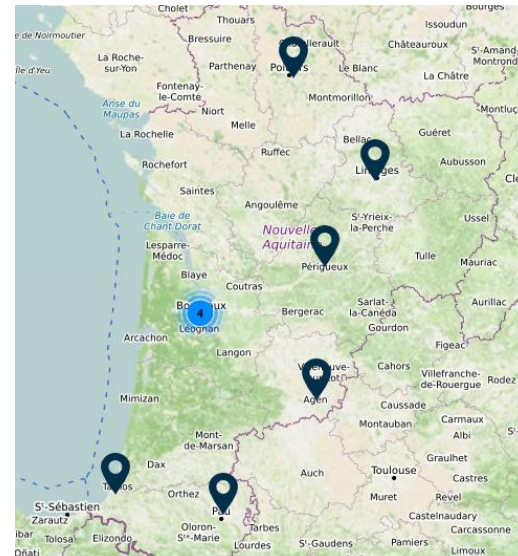
# Contexte

## Filière des cancers de l'ovaire

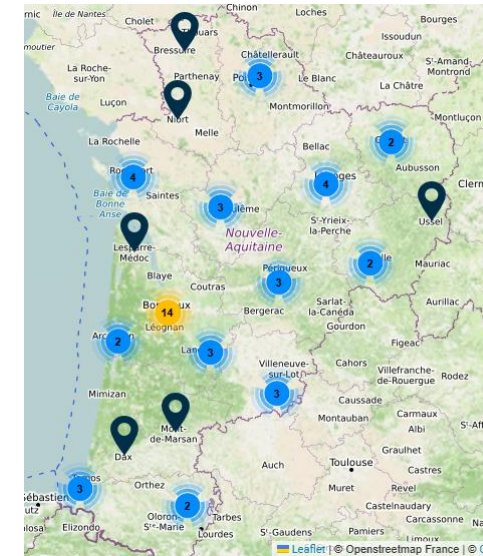
- ARS : demande de structurer les filières d'organe en NA
- Réforme des autorisations (JO du 27/04/2022)



33 ES autorisés en chirurgie des cancers gynécologiques (A5, B5, B5+PTS ovaires) \*



10 ES autorisés en chirurgie des cancers de l'ovaire (B5+PTS ovaires)\*



54 ES autorisés pour les traitements médicamenteux systémiques du cancer (mention A)\*

- Redéfinir le parcours de soins des patientes
- Besoin de coordination renforcée inter-établissements

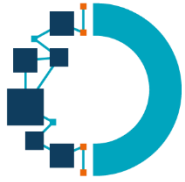
\*Autorisations évolutives dans le temps



# Objectif global

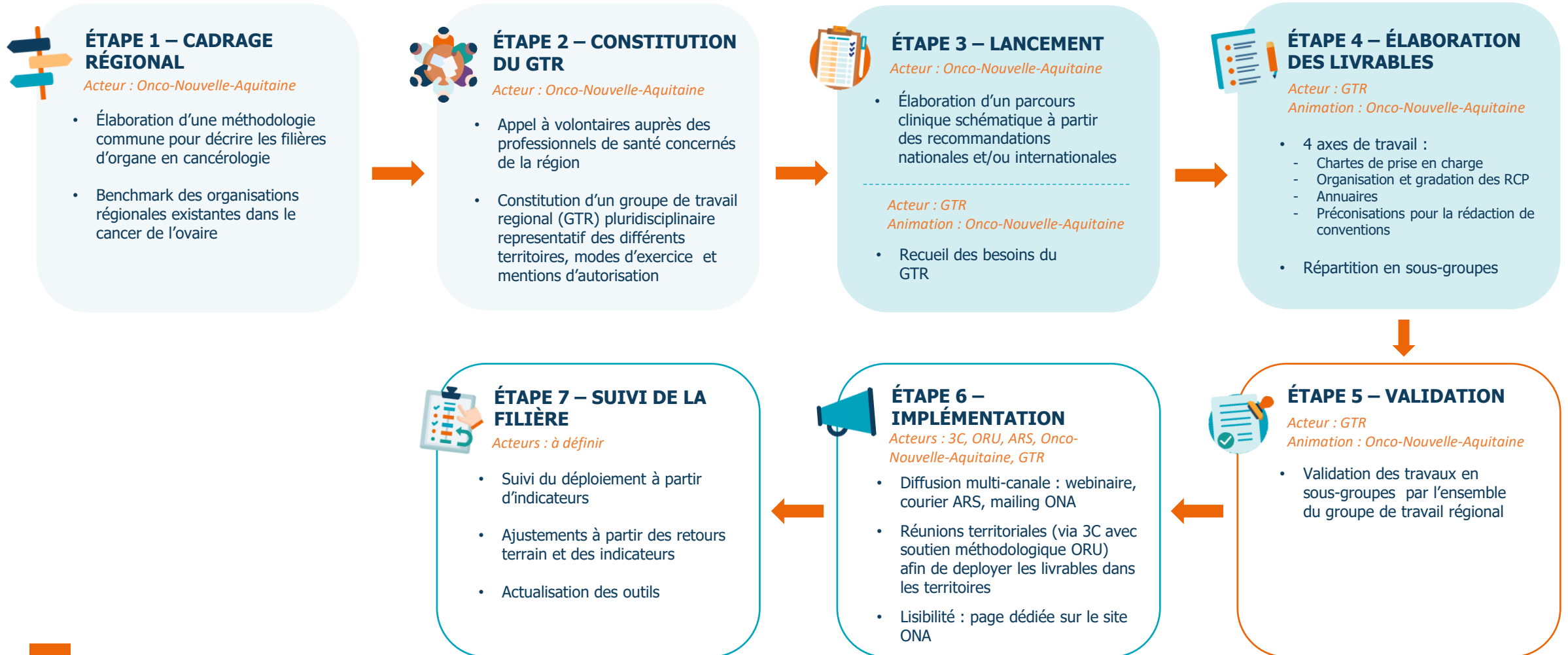


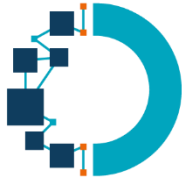
Structurer l'organisation régionale de la prise en charge du cancer de l'ovaire et clarifier les coopérations entre établissements de santé en Nouvelle-Aquitaine pour fluidifier le parcours de soins et optimiser les délais de prise en charge des patientes.



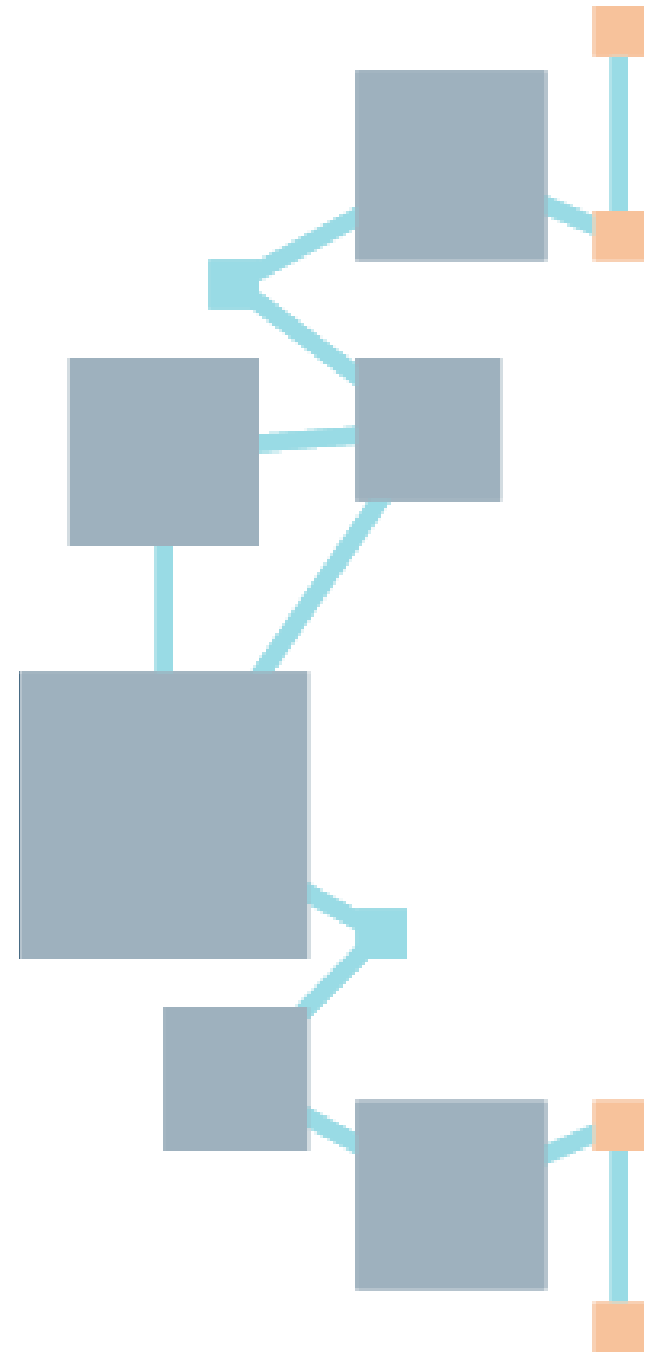
# Méthodologie

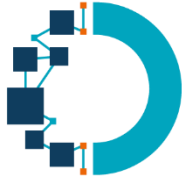
## Filière des cancers de l'ovaire





# 1. Parcours de soins





# Parcours de soins dans le cancer de l'ovaire

## Établissements de prise en charge & points de vigilance

### Suspicion

### Diagnostic

### RCP

### Traitements

### Surveillance

#### CIRCONSTANCE DE DÉCOUVERTE

- Ville
- Etablissement de santé (ES)

Découverte fortuite (chirurgie digestive, prophylactique, etc) : passage en RCP recours ovaire

#### BILAN DIAGNOSTIQUE

- Marqueurs tumoraux
- Scanner TAP ou TEP-TDM
- +/- IRM pelvienne

Ville, tout ES

- Coelioscopie diagnostique/ biopsie

#### Suspicion de cancer à un stade précoce :

- O-RADS IRM 5 : adressage vers **ES B5 avec PTS Ovaire**
- O-RADS IRM 4 : **selon appréciation**
  - soit adressage vers **ES B5 avec PTS Ovaire**
  - soit prise en charge en **ES sans la PTS Ovaire**par extraction protégée sans rupture de la masse, avec évaluation péritonéale et compte-rendu standardisé de la coelioscopie diagnostique

#### Carcinose péritonéale :

- **Dans ES B5 avec PTS Ovaire, à privilégier**
- **Dans les ES sans la PTS Ovaire** : selon les compétences de l'équipe et l'état général de la patiente, sous réserve de fournir les éléments stipulés dans la charte et de pouvoir gérer jusqu'au bout l'anapath et la biologie moléculaire (BRCA, HRD)

- Score gériatrique rapide - patientes de + 75 ans
- Tout ES

- Anapathologie

En cas de tumeur rare, adresser au **réseau TMRG**

- Biologie moléculaire
- Plateformes de génétiques moléculaires

#### AVIS RCP

##### ➤ RCP recours ovaire

Toutes tumeurs de l'ovaire : quel que soit le stade, quelle que soit la phase de la prise en charge (y compris rechute, abstention thérapeutique et phase palliative initiale) et préférentiellement avant tout traitement

##### ➤ Éventuellement RCP standard gynéco A5 / RCP oncologie médicale

Pour changements de lignes de chimiothérapie sous réserve que les dossiers aient été discutés en RCP recours ovaire précédemment

##### ➤ RCP TMRG

Tumeurs rares de l'ovaire

- **CHIRURGIE** (1ère / d'intervalle / CHIP)

Dans les ES B5 avec PTS Ovaire

⚠ **quel que soit le stade du cancer**

- **TMSC** (Traitements médicamenteux systémiques du cancer)
- Dans les ES autorisés/associés à l'activité TMSC

⚠ *En cas de chimiothérapie néoadjuvante : anticiper les rendez-vous, notamment entre la C2 et la C3 pour programmer la consultation chirurgicale post C3 en vue d'une chirurgie à J30 de C3*

- **ESSAIS CLINIQUES**

RCP recours ovaire pour les essais TMSC ou chirurgicaux

RCP standard gynéco A5 ou RCP oncologie médicale pour les essais TMSC

- **TUMEURS RARES** (dont tumeur à la limite de la malignité)

Centre expert labellisé INCa

#### POST-TRAITEMENT

##### ➤ Rechute précoce

Dans les ES B5 avec PTS Ovaire

##### ➤ Rechute tardive

Dans les ES B5 avec PTS Ovaire

⚠ *Anticiper la consultation d'oncogériatrie. En cas de délai incompatible, le passage en RCP ne doit pas être retardé.*

**Légende :**  
Etablissements / RCP de prise en charge

# Charte de PEC 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 le 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 médicochirurgicale « 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

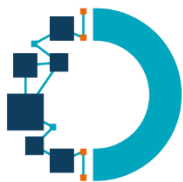
# Charte de PEC des patientes suspectes de présenter un cancer de l'ovaire

## Pour les établissements de santé AVEC la mention B5 + PTS - pratique thérapeutique spécifique ovaire

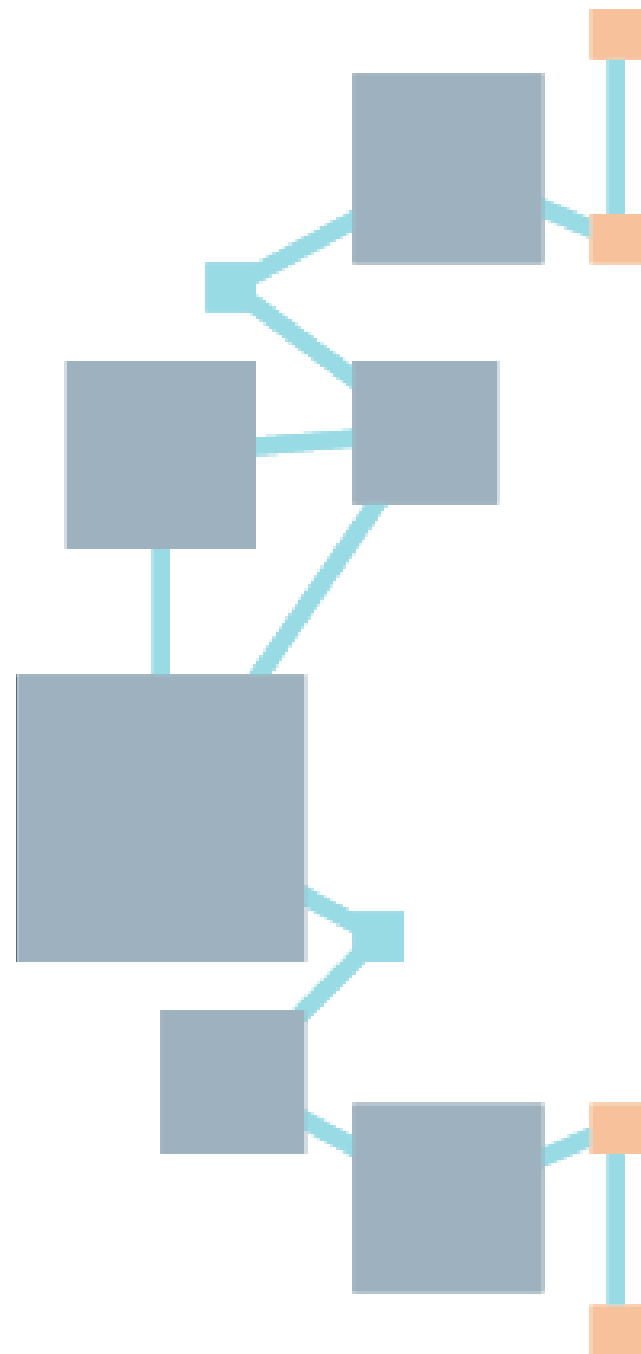
- 1 Tous les centres autorisés respectent les critères ayant permis la délivrance de cette autorisation B5 avec PTS Ovaire par l'ARS, conformément à l'arrêté du 26 avril 2022 portant modification de l'arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle à l'activité de soins de traitement du cancer
- 2 Tous les centres autorisés s'engagent également à respecter la loi n°2019-180 du 8 mars 2019 adoptant la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, et à la suivre en tous points
- 3 La prise en charge d'une patiente suspecte de présenter un cancer de l'ovaire est une urgence diagnostique et thérapeutique en cas de carcinose péritonéale, O-RADS 5 à l'IRM ou O-RADS 4 à l'IRM à forte suspicion de malignité. Les centres impliqués dans la prise en charge de ces patientes sont invités à mettre en place une adresse électronique générique dédiée, constituant un point de contact unique afin de faciliter les échanges entre professionnels
- 4 Le bilan diagnostique doit comporter :
  - Un dosage des marqueurs tumoraux (au minimum CA 125, ACE et CA 19-9)
  - Un scanner TAP ou TEP-TDM avec injection (sous réserve d'une fonction rénale normale)
  - Une coelioscopie diagnostique
  - En l'absence de carcinose péritonéale, une IRM pelvienne à visée diagnostique incluant une courbe de perfusion et une classification O-RADS
  - Un score de fragilité gériatrique (G8 ou FOG) pour les patientes de plus de 75 ans
- 5 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 trocarts 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)
- 6 Le bilan diagnostique (points 4 et 5) devra être réalisé dans les 15 jours\*
- 7 La prise en charge thérapeutique sera validée en RCP de recours ovaire. Le centre autorisé organise cette RCP hebdomadaire avec la présentation par les médecins référents des dossiers des patientes issues des centres non autorisés ainsi que ses propres dossiers
- 8 Toutes les tumeurs de l'ovaire doivent être discutées en RCP recours ovaire :
  - quel que soit le stade
  - quelle que soit la phase de la prise en charge, y compris rechute, abstention thérapeutique et phase palliative initiale
  - et préférentiellement avant tout traitement.
- 9 Si la chirurgie de cytoréduction n'est pas réalisée en initial, son indication sera systématiquement discutée en RCP de recours après 3 cycles de chimiothérapie néo adjuvante avec anticipation de la chirurgie à J30 du C3
- 10 Dans le cas d'une prise en charge médicochirurgicale « 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

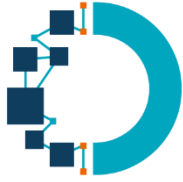
*\*Il n'existe aucune recommandation concernant le délai optimal de prise en charge, il semble raisonnable dans ce contexte d'urgence diagnostique et thérapeutique, que le bilan soit réalisé sous 15 jours*





## 2. Outils associés au parcours





# O-RADS IRM

## Orientation des patientes vers centre adapté

- Score O-RADS IRM<sup>1, 2</sup>
- Module de calcul du score O-RADS IRM<sup>3</sup>
- Aide à la caractérisation des masses annexielles<sup>3</sup>
- Compte-rendu standardisé d'IRM de l'ovaire disponible aux adhérents de la Société d'Imagerie de la Femme (SIFEM)

### Ressources :

1. *Imagerie des masses annexielles. Lexique O-RADS et corrélations radiopathologiques. Auteur: Isabelle Thomassin-Naggara ; Editeur: Elsevier Masson ; Collection: Syllabus de la SFR ; Date de Parution: 16/10/2024 ; Syllabus de la SFR*
2. *Boisselier A et al. Classification O-RADS US et IRM. Imagerie de la femme 2020 ; 30, 153-164*
3. *Thomassin-Naggara et al. J Magn Reson Imaging 2024*

### Score O-RADS™ IRM

Score	Catégorie de risque	VPP maionité	Description du lexique
0	<b>Evaluation incomplète</b>	N/A	N/A
1	<b>Ovaires normaux</b>	N/A	Pas de lésion ovarienne Follicule défini comme un kyste simple < 3 cm chez la femme non ménopausée Kyste hémorragique < 3 cm chez la femme non ménopausée Corps jaune + hémorragique < 3 cm chez la femme non ménopausée
2	<b>Certainement bénin</b>	< 0,5 % <sup>4</sup>	Kyste : uniloculaire - quel que soit le type de liquide Pas de rehaussement pariétal Pas de portion tissulaire <sup>2</sup> Kyste : uniloculaire - liquide simple ou endométriosique Rehaussement pariétal lisse Pas de portion tissulaire Lésion de contenu graisseux <sup>3</sup> Pas de portion tissulaire Portion tissulaire "noir T2/noir DWI" Hyposignal homogène T2 et DWI Trompe dilatée - contenant un liquide simple : Fin, paroi lisse/plis endotubaires avec rehaussement Pas de portion tissulaire Kyste para-ovarien - quel que soit le type de liquide Fin, paroi lisse + rehaussement Pas de portion tissulaire
3	<b>Faible risque</b>	≈ 5 % <sup>4</sup>	Kyste : uniloculaire - contenu protéique, hémorragique ou mucineux <sup>4</sup> Rehaussement pariétal lisse Pas de portion tissulaire Kyste : multiloculaire - quel que soit le type de liquide, sans contenu graisseux Septums lisses et rehaussement pariétal Pas de portion tissulaire Lésion avec portion tissulaire (excluant noir T2/noir DWI) Courbe de rehaussement de faible risque Trompe dilatée : Liquide non simple : paroi fine/plis Liquide simple : épais, paroi lisse/plis Pas de portion tissulaire
4	<b>Risque intermédiaire</b>	≈ 50 % <sup>4</sup>	Lésion avec portion tissulaire (excluant noir T2/noir DWI) Courbe de rehaussement de risque intermédiaire Si courbe de rehaussement non réalisable, score 4 pour toute lésion avec une portion solide de rehaussement ≤ au myomètre à 30-40 secondes sur les acquisitions non dynamiques Lésion contenant de la graisse Importante portion tissulaire rehaussée
5	<b>Haut risque</b>	≈ 90 % <sup>4</sup>	Lésion avec portion tissulaire (excluant noir T2/noir DWI) Courbe de rehaussement de haut risque Si courbe de rehaussement non réalisable, score 5 pour toute lésion avec une portion solide de rehaussement inférieur au myomètre à 30-40 secondes sur les acquisitions non dynamiques Epaissement irrégulier ou nodules péritonéaux, mésentérique ou de l'omentum avec ou sans ascite

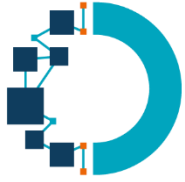
<sup>1</sup>Valeurs prédictives positives (VPP) approximatives fondées sur les données de Thomassin-Naggara, et al. *Quantitative Reporting Data System Magnetic Resonance Imaging (O-RADS™ MRI) score for risk stratification of endometrioid and serous masses. JAMA Network Open 2020 ; 3(1) : e191996.*

A noter que la VPP fournie s'applique à la catégorie de score dans son ensemble et non aux caractéristiques individuelles. Les VPP définitives ne sont actuellement pas disponibles pour les caractéristiques individuelles. Les VPP de maionité comprennent à la fois les tumeurs frontalières et les cancers invasifs.

<sup>2</sup>Une portion tissulaire est définie comme une lésion rehaussée qui se conforme à une des morphologies suivantes : végétation, nodule mural, septums ou parois irrégulières ou autre volumineuse portion solide.

<sup>3</sup>Le rehaussement du nodule de Rokitansky dans une lésion contenant de la graisse ne change pas son classement en IRM O-RADS™ 4.  
<sup>4</sup>Un kyste hémorragique ≤ 3 cm chez les femmes non ménopausées est IRM O-RADS™ 1.

Source : traduction de l'American College of Radiology. Reproduit avec autorisation.



# Coelioscopie diagnostique cancer de l'ovaire

## Compte-rendu standardisé Nouvelle-Aquitaine

### Consignes

- Réaliser plusieurs prélèvements de taille conséquente sur plusieurs sites
- Mettre les prélèvements immédiatement dans le formol
- Joindre des photos (pelvis, coupole diaphragmatique, atteintes digestives)
- Renseigner le diagnostic suspecté :

.....  
 .....

Coelioscopie exploratrice	Open coelioscopie	Palmer		
Trocart	<b>Nombre :</b>			
	- FID	Oui	Non	
	- FIG	Oui	Non	
	- sus pubien	Oui	Non	
	- autre .....			
<b>EXPLORATION</b>				
- Ascite	Oui	Non		
- Quantité (ml)	..... ml			
- Carcinose péritonéale	Oui			Non
o Douglas	Oui	≤ 2 cm	> 2 cm	Non
o Péritoine pré vésical	Oui	≤ 2 cm	> 2 cm	Non
o Gouttière pariéto-colique droite	Oui	≤ 2 cm	> 2 cm	Non
o Gouttière pariéto-colique gauche	Oui	≤ 2 cm	> 2 cm	Non
o Coupole diaphragmatique droite	Oui	≤ 2 cm	> 2 cm	Non
o Coupole diaphragmatique gauche	Oui	≤ 2 cm	> 2 cm	Non
o Paroi abdominale antérieure	Oui	≤ 2 cm	> 2 cm	Non
o Mésentère	Oui	≤ 2 cm	> 2 cm	Non
o Foie	Oui	≤ 2 cm	> 2 cm	Non
o Rate	Oui	≤ 2 cm	> 2 cm	Non
o Pédicule hépatique	Oui	≤ 2 cm	> 2 cm	Non
o Rétraction du mésentère	Oui	≤ 2 cm	> 2 cm	Non
- Masse annexielle	Oui	Non	..... cm	
o Droite (taille)	Oui	Non	..... cm	
o Gauche (taille)				
	Végétations exophytiques		Oui	Non
	Description autre :	.....		
- Atteinte digestive				
o Rectum	Oui		Non	
o Colon gauche	Oui		Non	
o Colon transverse	Oui		Non	
o Colon droit	Oui		Non	
o Grêle	Oui		Non	
o Estomac	Oui		Non	
- Carcinose épiploïque	Oui		Non	
- Gâteau épiploïque	Oui		Non	
<b>Constatations autres</b>				
<b>GESTES REALISES</b>				
<b>Cytologie péritonéale</b>	Oui	Non		
<b>Biopsie péritonéale</b>				
Cul de sac vésico-utérin	Oui	Non		
Cul de sac de Douglas	Oui	Non		
Gouttière pariéto-colique D	Oui	Non		

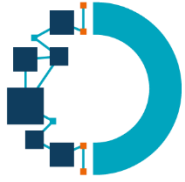
Gouttière pariéto-colique G	Oui	Non
Coupole diaphragmatique D	Oui	Non
Coupole diaphragmatique G	Oui	Non
Epiploon	Oui	Non
Mésentère	Oui	Non
<b>Autres</b>		
<b>Annexectomie(s)</b>		
Unilatérale	Oui	Non
Bilatérale	Oui	Non
Rupture capsulaire pép	Oui	Non
<b>Examen extemporané</b>		
Autres gestes réalisés	A préciser :	
<b>Drainage(s)</b>	Oui	Non
	A préciser :	
<b>Stade FIGO « chirurgical »</b>		
<b>Score Fagotti</b>		
<b>Transfusion</b>	Oui	Non
<b>Durée</b>	Nombre de culots globulaires : Nombre de PFC : Heures	

<sup>1</sup> Source : ESGO

### Annexes

SCORE DE FAGOTTI	
Paramètres	Score Fagotti
<b>Infiltration rapide du grand épiploon</b>	2 : infiltration diffuse allant à la grande courbure de l'estomac 0 : localisations isolées
<b>Carcinose péritonéale</b>	2 : infiltration péritonéale massive NON RESECABLE ou distribution miliaire 0 : carcinose atteignant des territoires limités (gouttière para colique ou péritoine pelvien résécables chirurgicalement par péritoectomie)
<b>Carcinose diaphragmatique</b>	2 : infiltration large ou nodules confluent infiltrant la majeure partie de la surface diaphragmatique 0 : tous les autres cas
<b>Rétraction mésentérique</b>	2 : rétraction mésentérique 0 absence de rétraction mésentérique
<b>Infiltration du tube digestif</b>	2 : une résection digestive est envisagée 0 : tous les autres
<b>Infiltration de l'estomac</b>	2 : nodules infiltrant l'estomac et/ou rate/et/ou petit épiploon 0 : tous les autres cas
<b>Métastases hépatiques</b>	2 : toutes lésion de surface > 2 cm 0 : tous les autres cas

SCORE DE MAKAR	
Catégorie	Score Makar
<b>1</b>	Tumeur localisée au pelvis Peu ou pas d'ascite Pas de nécessité de résection digestive
<b>2</b>	Tumeur localisée au pelvis Peu ou pas d'ascite Une résection digestive est nécessaire
<b>3</b>	Tumeur en grande partie localisée à l'étage sus-mésocolique Peu ou pas d'ascite Pas de nécessité de résection digestive
<b>4</b>	Tumeur en grande partie localisée à l'étage sus-mésocolique Peu ou pas d'ascite Une résection digestive est nécessaire
<b>5</b>	Tumeur en grande partie localisée à l'étage sus-mésocolique Ascite abondante ou présence de miliaire sur le mésentère Nécessité de plusieurs résections digestives

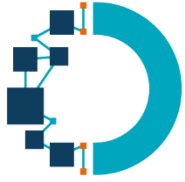


# Messages DCC K-Process

## Présentation en RCP

Au moment du remplissage de la fiche RCP - Eléments minimaux à joindre pour avis :

- Dosage des marqueurs tumoraux : CA 125, ACE et CA 19-9
- Scanner TAP ou TEP-TDM
- Coelioscopie diagnostique avec :
  - Compte-rendu standardisé
  - Scores de cotation : Fagotti, scores d'extension péritonéale de Sugarbaker (PCI), score de Makar
  - Résultats de la biologie moléculaire (HRD, BCRA)
  - Associer photos +/- vidéos exportables.
- IRM pelvienne à visée diagnostique avec courbe de perfusion et classification O-RADS en l'absence de carcinose péritonéale
- Un score de fragilité gériatrique (G8 ou FOG) pour les patientes de plus de 75 ans
- Pour les prises en charge palliatives initiales et abstentions thérapeutiques, l'avis d'un médecin de soins palliatifs doit être demandé en amont de la RCP
- Pour les patientes âgées de 15 à 25 ans, s'assurer que le dossier soit présenté en RCP ciblée Adolescents Jeune Adultes (AJA)



# RCP ovaire

## Partage de l'imagerie

- Réunion GTR filière ovaire 16/6/2025
  - Le transfert d'images reste un frein majeur à la mise en place d'une RCP régionale ovaire complexe, avec discussion en RCP multi-sites
- Travaux menés par l'équipe DCC K-Process
  - Septembre – octobre 2025
  - Accord de l'ARS
  - Diffusion de l'information le 6 novembre dans la newsletter K-Process
  - Nécessite que la RCP utilise K-Process
- Pour en savoir + : contacter Fabrice Laborde :
  - Téléphone : 05.56.33.04.82
  - Mail : fabrice.laborde@onco-na.fr



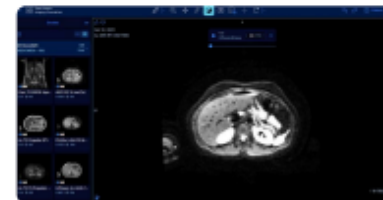
LETTRE D'INFORMATION DCC K-Process #14 | Mai 2026

### ■ Imagerie lors de la RCP : Expérimentation du module "Espace temporaire DICOM"

Comme indiqué dans la lettre d'information #12 de novembre 2025, cette expérimentation vise à valider le module de partage temporaire des examens d'imagerie au sein de K-Process, ainsi que la visionneuse associée.

Cette fonctionnalité, nécessitant une authentification forte, a été activée en production sur un nombre restreint de RCP.

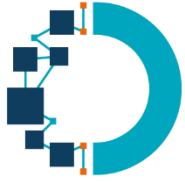
Si l'une de vos RCP est concernée, une mention spécifique apparaîtra.



[Site DCC – Mémo 8 - Module DICOM](#)

[Site DCC – Imagerie - Stratégie K-Process](#)

[Intéressé ? Vous pouvez nous solliciter](#)



# Essais cliniques en Nouvelle-Aquitaine

## En cours

- Recenser les initiatives identifiant les essais médicamenteux et chirurgicaux dans le cancer de l'ovaire en Nouvelle-Aquitaine :
  - **CHU Limoges** : Newsletter (gynéco, sein, etc) - Mai 2026
  - **CHU Bordeaux** : [Portail de transparence](#)
  - **Institut Bergonié**
    - [Newsletter essais précoces](#) - Mai 2026
    - Newsletter Onco-gynéco - Janvier 2026
  - **Clinique Tivoli** : Newsletter – travail en cours de structuration
  - **CH Bayonne** [essais cliniques ouverts](#) – Décembre 2025
  - **CH Pau** : Klinéo – travail en cours de structuration
  - Essais médicamenteux et chirurgicaux du **groupe GINECO**
    - [Etudes GINECO - Cancers Ovaire](#) – Avril 2026



Communiquer les initiatives de votre établissement à Onco-NA via le mail : [essais@onco-na.fr](mailto:essais@onco-na.fr)



# Outils à venir

## Adressage des patientes

- Annuaires
  - Entrée dans la filière pour les établissements autorisés B5 avec PTS Ovaire :

Prise de RDV pour les nouvelles patientes – contact générique	Filière d'entrée rapide - contact générique ou lien vers la page dédiée de l'ES <i>uniquement pour les établissements qui en proposent</i>	Demande d'avis entre professionnels pour carcinose péritonéale, kystes ORADS 5 ou 4 à forte suspicion de malignité - contact générique
--	--	--



Communiquer les contacts génériques de votre établissement à Onco-NA via le mail : [annuaires@onco-na.fr](mailto:annuaires@onco-na.fr)

- Recensement des établissements / professionnels (avec ou sans mention B5 PTS Ovaire) qui s'engagent à respecter les chartes de qualité de prise en charge proposées par le GTR, selon les modalités de déploiement territorial
- Préconisations pour la rédaction de convention entre établissements de santé

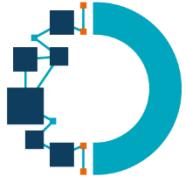


Retrouvez l'ensemble des documents disponibles sur  
la page internet dédiée



*<https://onco-nouvelle-aquitaine.fr/prises-en-charge/filiere-cancer-de-lovaire/>*





# Conclusion-Perspectives

- Rappel de la réglementation
- Courrier ARS (à l'attention des directions)
  - Implémentation dans les territoires : chartes & conventions
  - Accompagnement par le référent 3C avec soutien méthodologique par l'animateur territorial ORU
  - Diagnostic territorial au niveau des territoires avant le conventionnement





# Le rôle d'Onco-Nouvelle-Aquitaine

Onco-Nouvelle-Aquitaine, dispositif spécifique régional du cancer (DSRC), est le réseau dédié à **la coordination des parcours de soins en cancérologie en apportant appui et méthodologie aux différents acteurs du territoire néo-aquitain.**

Il pilote des groupes de travail et élabore des outils pour :



**Accompagner les acteurs** de la cancérologie **en respectant une représentation équilibrée et permettre leur mise en réseau.**



**Favoriser la qualité des prises en charge et du parcours de soins,** sur tout le territoire.



**Contribuer à l'harmonisation des pratiques.**



**Le réseau d'expertise régionale  
et d'accompagnement  
des acteurs impliqués en cancérologie.**

**vous remercie !**