

# CANCER DE L'OVAIRE



LES REFERENTIELS  
Cancers SEINGYNECO

Décembre 2010

# CANCER DE L'OVAIRE



Version validée :16/12/2010

PRA-GYN-1012OVAIRE

<b>Cible(s)</b>	Anatomopathologistes, chirurgiens généralistes, chirurgiens gynécologues, chirurgiens viscéraux, généticiens, gynécologues médicaux, gynécologues obstétriciens, internistes, médecins nucléaires, oncologues médicaux, pharmaciens, radiologues, radiothérapeutes, RCP gynécologiques de la région.
<b>Rédacteur(s)</b>	<p><b>Coordonnateur(s) d'action SEINGYNECO :</b>            BOUTEILLE C., chirurgien gynécologue, Lyon; FAURE C., chirurgien gynécologue, CRLCC Léon Bérard, Lyon ; MIGNOTTE H., chirurgien gynécologue, Lyon.</p> <p><b>Référent(s) du groupe de travail « cancer de l'ovaire » :</b>            MEEUS P., chirurgien viscéral, CRLCC Léon Bérard, Lyon; RAY-COQUARD I., oncologue médical, CRLCC Léon Bérard, Lyon.</p> <p><b>Membres du groupe de travail « cancer de l'ovaire » :</b>            ABOUD K., chirurgien viscéral, Centre Hospitalier Universitaire, St Etienne; ACHARD J.L., radiothérapeute, Centre Jean Perrin, Clermont Ferrand; BAILLY A., radiologue, Centre Jean Perrin, Clermont Ferrand; BARLETTA H., chirurgien gynécologue, Hôpital Privé Drome Ardèche, Guilherand Granges; BEN ABDESSELEM L., assistante méthodologiste, RRC-RA, Lyon; BERGZOLL C., gynécologue obstétricien, Centre Jean Perrin, Clermont Ferrand; BEURRIER F., chirurgien gynécologue CRLCC Léon Bérard, Lyon; BOUTEILLE C., chirurgien gynécologue, CRLCC Léon Bérard, Lyon; CARRABIN N., chirurgien gynécologue, CRLCC Léon Bérard, Lyon; COMMUNAL P.H. , chirurgien gynécologue, Clinique Trénel, Ste Colombes les Viennes; DAUPLAT J., chirurgien, Clermont Ferrand; DEYROLLE C., gynécologue obstétricien, Centre Hospitalier Général, Chambéry; FALANDRY C., oncologue médical, Centre Hospitalier Lyon Sud, Pierre-Bénite; FARSI F., médecin coordonnateur, RRC-RA, Lyon; FOURNIER D., radiothérapeute, Centre Jean Perrin, Clermont Ferrand; GABELLE P., chirurgien général, Clinique Mutualiste des Eaux Claires, Grenoble, GABELLE-FLANDIN I., radiothérapeute, Centre Hospitalier Universitaire, Grenoble; GLEHEN O., chirurgien viscéral, Centre Hospitalier Lyon Sud, Pierre-Bénite; GUASTALLA J.P., oncologue médical, CRLCC Léon Bérard, Lyon; LABIDI-GALY S., oncologue médical, CRLCC Léon Bérard, Lyon; LABROSSE H., méthodologiste, RRC-RA, Lyon; LE BOUEDEC G., chirurgien général, Centre Jean Perrin, Clermont Ferrand; MEEUS P., chirurgien viscéral, CRLCC Léon Bérard, Lyon; MISHPELLANY F., anatomopathologiste, Centre Jean Perrin, Clermont Ferrand; MORY J.E., pharmacien, Hôpital privé Drome Ardèche, Guilherand Granges; MOURET-REYNIER M.A., oncologue médical, Centre Jean Perrin, Clermont Ferrand; NACHURY L.P., gynécologue médical, CRLCC Léon Bérard, Lyon; PEIX M., radiologue, CRLCC Léon Bérard, Lyon; PETIT-PERRIN F., chirurgien gynécologue, Centre Hospitalier Universitaire, Grenoble; POMEL C., chirurgien viscéral, Centre Jean Perrin, Clermont Ferrand; PTAK Y., échographiste, Centre Jean Perrin, Clermont Ferrand; RAY-COQUARD I., oncologue médical, CRLCC Léon Bérard, Lyon; SENSENBRENNER F., chirurgien gynécologue, Hôpital Privé Drome Ardèche, Guilherand Granges; SERGENT F., gynécologue, Centre Hospitalier Universitaire, Grenoble; TIGAUD J.D., oncologue médical, Hôpital Mère Enfant, Bron; TREDAN O., oncologue médical, CRLCC Léon Bérard, Lyon; VANPRAAGH I., oncologue médical, Centre Jean Perrin, Clermont Ferrand.</p>
<b>Contributeur(s)</b>	Membre de la plénière du 16/12/2010 (cf. liste des contributeurs : <a href="http://www.rrc-ra.fr/Ressources/referentiels/PRA-GYN-1012-contributeurs.pdf">http://www.rrc-ra.fr/Ressources/referentiels/PRA-GYN-1012-contributeurs.pdf</a> )



## Table des matières

Bilan préthérapeutique .....	<u>4</u>
Masses ovariennes .....	<u>5</u>
Traitement d'un kyste uniloculaire anéchogène .....	<u>6</u>
Suspicion d'un cancer de l'ovaire .....	<u>7</u>
Classification FIGO – re-stadification indiquée ou non des stades I .....	<u>8</u>
Traitements des stades avancés du cancer de l'ovaire IIb, IIc, III .....	<u>9</u>
Traitements des stades IIb, IIc, III – résidu R0 (chirurgie complète) .....	<u>10</u>
Traitements des stades IIb, IIc, III – Résidu macroscopique (chirurgie incomplète) .....	<u>11</u>
Traitement d'un cancer de l'ovaire métastatiques – Stade IV .....	<u>12</u>
Surveillance après rémission complète .....	<u>13</u>

### Annexes

Classification FIGO (1995) du cancer de l'ovaire .....	<u>14</u>
Définition de la chirurgie .....	<u>15</u>
Classification clinique TNM .....	<u>16</u>
Références bibliographiques .....	<u>18</u>

## Bilan préthérapeutique

- Anamnèse, antécédents carcinologiques familiaux,
- Examen clinique avec examen gynécologique, état général,
- Échographie endovaginale et abdominale,
- Doppler,
- Marqueurs tumoraux CA 125.

### Prise en charge des masses ovariennes

[page 5](#)

### Traitement d'un kyste uniloculaire anéchogène

[page 6](#)

### Suspicion d'un cancer de l'ovaire

[page 7](#)

### Stades avancés du cancer de l'ovaire IIb, IIc, III

[page 9](#)

### Stades IIb, IIc, III Résidu R0 (chirurgie complète)

[page 10](#)

### Stades IIb, IIc, III Résidu macroscopique(chirurgie incomplète)

[page 11](#)

### Cancer de l'ovaire métastatique – Stade IV

[page 12](#)

Discuter consultation spécialisée d'oncogénétique pour toutes les patientes < 70 ans.

**\*\*Critères de bénignité des masses ovariennes**

- Anéchogène
- Uniloculaire
- Paroi fine et régulière
- Taille < 5 cm

**Masses ovariennes**

Critères suspects ou doute\* ?

oui

non

**Préconisation**  
IRM pelvienne.

**Critères de bénignité\*\*  
(aspect typique de lésion bénigne)**

**Critères de malignité\*\*\*  
(masses ovariennes suspectes)**

**Préconisations**

- Chirurgie,
- Laparoscopie recommandée (éviter Pfannenstiel)

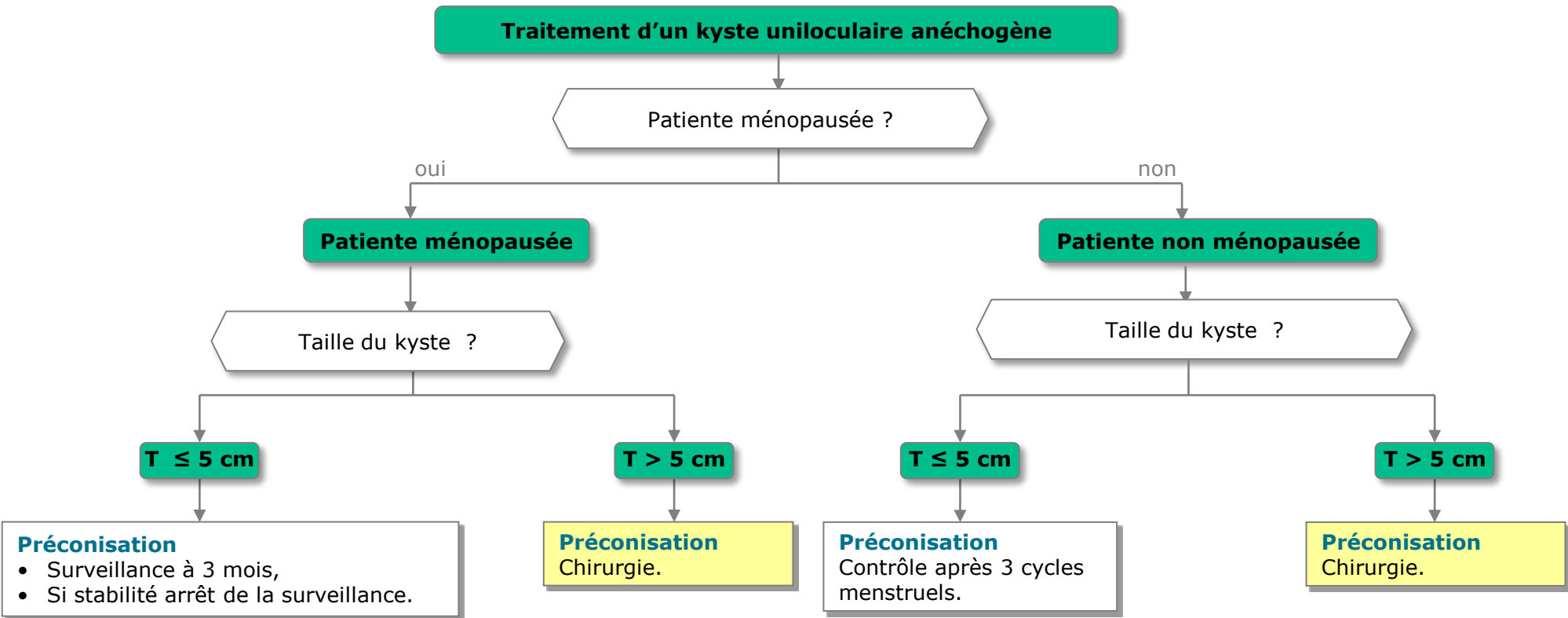
**Suspicion de Cancer de l'ovaire**  
[page 7](#)

**Traitement d'un kyste uniloculaire anéchogène**  
[page 6](#)

\* Tératome, kyste endométriosique

**\*\*\* Critères de malignité des masses ovariennes suspectes**

- Paroi épaisse nodulaire, irrégulière,
- Cloisons, surtout si épaisses > 3 mm irrégulières,
- Végétations surtout si > 3 mm
- Ascite
- Bilatéralité des lésions
- V > 500 cc, taille > 5 cm
- Flux doppler artériel au sein des portions solides
- Consistance solide majoritaire.



**Classification FIGO**  
[page 14](#)

**Suspicion d'un cancer de l'ovaire**

**Discussion en RCP pré chirurgicale avec bilan complété par scanner TAP + marqueurs**  
Quorum : Chirurgien gynécologue, oncologue médicale, radiologue, anatomopathologiste.

**\*Définition des stades précoces**

- Stade Ia, tumeur limitée à un ovaire
- Stade Ib, tumeur limitée aux 2 ovaires capsule intacte.
- Stade Ic, extension extra capsulaire et/ou cytologie positive.

Stades précoces\* ?

oui

non

Découverte imprévue ?

oui

non

**Découverte imprévue après kystérectomie pour une lésion présumée bénigne ou après une annexectomie diagnostique**

**Intervention première et stadification par équipe spécialisée**

**Cancer de l'ovaire des stades avancés**  
[page 9](#)

**Discussion en RCP**

**Préconisations en fonction des stades**

- Laparotomie médiane (standard)
- A discuter coelioscopie selon expertise du chirurgien,
- Prévoir le traitement dans le même temps ++,
- Pour le stade Ia, grade 1 : traitement conservateur possible pour les patientes désireuses de conserver leur fertilité.

**Préconisations**

- Chirurgie standard (hors traitement conservateur) [page 14](#)
- Biopsies multiples, omentectomie infra colique, cytologie.
- Curages ganglionnaires pelviens et lomboaortiques.

**Discussion en RCP post chirurgicale**

- Traitement complémentaire,
- Chirurgie plus complète,
- Restadification [page 8](#),
- Chimiothérapie.

**Surveillance**  
[page 13](#)

## Classification FIGO – Restadification indiquée ou non des stades I

**STADE I : curage lombo-aortique et pelvien non indiqué + scanner thoraco abdomino pelvien**

**Stade Ia, grade 1: endométriøide mucineux**

**STADE I : Restadification ganglionnaire indiquée + scanner thoraco abdomino pelvien**

**Stade Ia, Ib, Ic, grade 1 et 2 : anaploïde mucineux, séreux, mixtes ou endométriøide**

**Stade Ia, Ib, Ic, grade 3 et indifférencié**

**Stade Ia, Ib, Ic, cellules claires**

**Stades avancés du cancer de l'ovaire IIb, IIc, III**

**Discussion en RCP de recours ovaire**

Quorum : Radiologue, chirurgien gynécologue et oncologue médicale.

- Opérabilité,
- Résécabilité : critères opposables au chirurgien,
- Suspicion de non résécabilité : cœlioscopie.

**Préconisations**

- Exploration chirurgicale,
- si possible coelioscopie ou biopsie radiologique.

**\*Critères de non résécabilité :**

- Intestin grêle (jéjunum, iléon)
- Atteintes du confluent cavo-sus-hépatique ou pédicule hépatique.
- Au-delà de 2 résections, reconsidérer la chirurgie.

Les critères de non résécabilité doivent être discuté en RCP en fonction de l'état clinique de la patiente, des résultats biologiques et d'imagerie.

Définition de la chirurgie [page 15](#)

Maladie non résécable\* ?

oui

non

**Préconisations**

- Description de la carcinose + biopsie,
- Puis chimiothérapie : 3 cures d'association Carboplatine + Paclitaxel puis réévaluation (biologie et imagerie)
- Puis chirurgie.

**Maladie résécable**

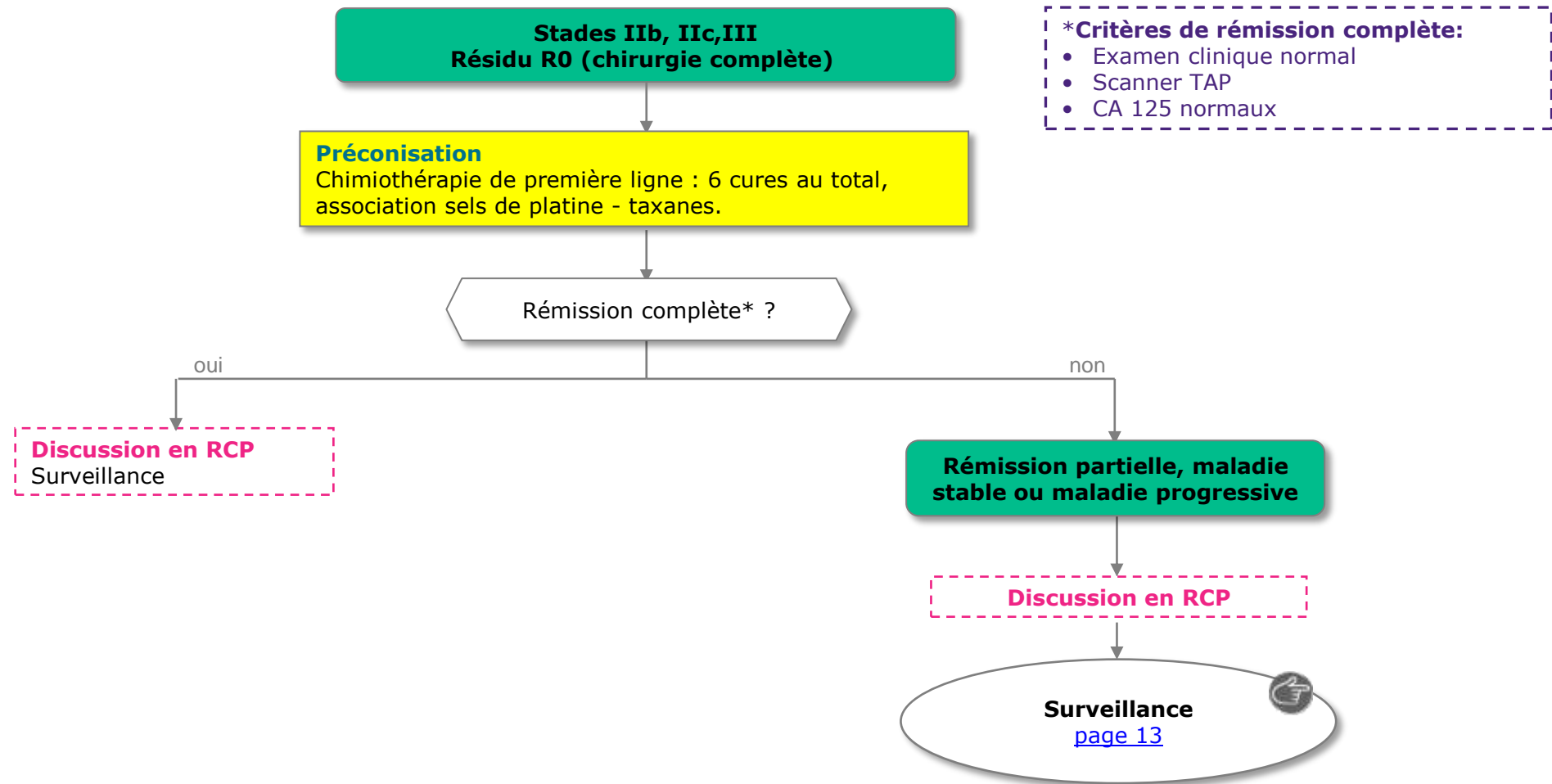
Chirurgie complète ?

oui

non

**Résidu R0 (chirurgie complète)** [page 10](#)

**Résidu macroscopique (chirurgie incomplète)** [page 11](#)



**Stades IIb, IIc, III**  
**Résidu macroscopique (chirurgie incomplète)**

**Préconisation**  
 Chimiothérapie : 3 cures d'association sels de platine - taxanes.

**Bilan d'évaluation**  
 • Scanner,  
 • Ca125.

Régression des lésions ?

oui

non

**Préconisations**  
 • Chirurgie de réduction tumorale intermédiaire.  
 • + 3 cures de chimiothérapie.

Réponse partielle ou rémission complète ?

**Rémission complète**

**Réponse partielle**

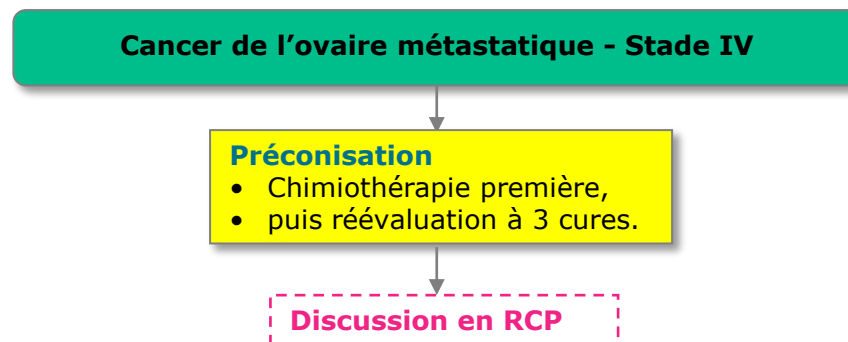
**Maladie stable ou maladie progressive ou rechute**

**Surveillance**  
[page 13](#)

**Préconisation**  
 3 cycles de chimiothérapie complémentaires.

**Discussion en RCP**  
 Reprise de la chirurgie si maladie localisée, complément par CHIP à discuter en RCP de recours, avis spécialisé.  
 • Chimiothérapie pour :  
 - patientes « platines sensibles » (> 12mois) : Carboplatine-Caelyx® ou Gemcitabine ou Paclitaxel,  
 - patientes "partiellement platines résistantes" (6-12 mois) : Carbo-Caelyx® ou Caelyx® - Trabectedin,  
 - patientes « platines résistantes » (< 6mois) : Caelyx®, paclitaxel hebdo, gemcitabine, topotecan.

**Surveillance**  
[page 13](#)



## Surveillance après rémission complète

Examens	1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> année	3 <sup>ème</sup> année et suivantes
Examen clinique	Tous les 4 mois	Tous les 6 mois
Marqueurs (CA 125, ACE ou CA 19-9 en fonction du bilan initial)	Tous les 4 mois	Tous les 6 mois
Scanner et/ou TEP/FDG	Si augmentation des marqueurs ou en cas de symptôme	

## Classification FIGO (1995) du cancer de l'ovaire

### 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 Ia ou Ib avec rupture capsulaire ou végétation externe ou ascite ou liquide de lavage péritonéal contenant des cellules néoplasiques.

### 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

IIc : tumeur IIa ou IIb avec végétations externes ou ascite ou liquide de lavage péritonéal contenant des cellules néoplasiques.

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

IIIa : extension microscopiques au péritoine abdominal

IIIb : localisation(s) péritonéale(s) macroscopique(s) de taille  $\leq 2$  cm de diamètre; ganglions négatifs

IIIc : localisation(s) péritonéale(s) de taille  $> 2$  cm de diamètre et/ou atteinte d'un ganglion rétropéritonéal ou inguinal

### STADE IV : métastases à distance

## Définition de la chirurgie

Chirurgie standard	Chirurgie radicale	Chirurgie supra radicale
Hystérectomie totale non conservatrice	Idem	Idem
Omentectomie	Idem Si stades précoces : infra colique Si stades avancés : infra gastrique	
Appendicectomie	Idem	Idem
Curages pelviens et lomboaortiques	Idem	Idem
0	Idem	Idem

### Niveaux de radicalités

- Complète optimale: pas de résidu macroscopique
- Incomplète : résidu macroscopique



La cytologie et les biopsies multiples sont systématiques

## Classification clinique TNM du cancer de l'ovaire

### Tumeur primitive T

**TX** La tumeur primitive ne peut être évaluée

**T0** Pas de tumeur primitive décelable

**Tis** Carcinome in situ

**T1** Tumeur limitée aux ovaires

T1a : Tumeur limitée à un ovaire, capsule intacte, pas de tumeur à la surface de l'ovaire, pas de cellule maligne dans l'ascite ou le lavage péritonéal.

T1b : Tumeur limitée aux 2 ovaires, capsules intactes, pas de tumeur à la surface de l'ovaire, pas de cellule maligne dans l'ascite ou le lavage péritonéal.

T1c : Tumeur limitée à un ou 2 ovaires et associée soit à rupture capsulaire, soit une extension tumorale à la surface de l'ovaire, soit à la présence de cellule maligne dans l'ascite ou le lavage péritonéal.

**T2** Tumeur envahissant un ou deux ovaires, avec extension pelvienne

T2a : Extension et/ou greffe utérine et/ou tubaire, pas de cellules malignes dans l'ascite ou le lavage péritonéal.

T2b : Extension à d'autres structures pelviennes, pas de cellules malignes dans l'ascite ou le lavage péritonéal.

T2c : Extension pelvienne (2a ou 2b) avec présence de cellules malignes dans le l'ascite ou le lavage péritonéal.

**T3** Tumeur envahissant un ou les 2 ovaires avec métastase péritonéale extra pelvienne confirmée histologiquement et/ou adénopathies régionales

T3a : Métastases péritonéales extra pelviennes microscopiques

T3b : Métastases péritonéales extra pelviennes macroscopique  $\leq 2$  cm dans leur grande dimension.

T3c : Métastases péritonéales extra pelviennes  $> 2$  cm dans leur plus grande dimension et/ou adénopathies régionales.

**M1 : Métastases à distance (sauf métastases péritonéales)**

**N.B. : une métastase au niveau de la capsule hépatique est classée T3 (stade III); une métastase au niveau du parenchyme hépatique est classée M1 (Stade IV); un envahissement pleural doit présenter une cytologie positive pour être classée M1 (stade IV)**

## Classification clinique TNM du cancer de l'ovaire (suite)

### Adénopathies régionales N

- NX Statut ganglionnaire inconnu
- N0 Pas d'envahissement ganglionnaire
- N1 Adénopathie métastatique pelvienne ou lomboaortique

### Métastases à distance M

- M0 Absence de métastase à distance
- M1 Présence de métastase(s) à distance

## Références bibliographiques

- 3rd International Ovarian Cancer Consensus Conference – 3rd -5th September 2004, Black Forrest, Germany.
- **Alberts DS** et Al. Intraperitoneal cisplatin plus intravenous cyclophosphamide versus intravenous cisplatin plus intravenous cyclophosphamide for stage III ovarian cancer. *N Engl J Med.* 1996 Dec 26;335(26):1950-5.
- **Alcázar JL** et Al. Is expectant management of sonographically benign adnexal cysts an option in selected asymptomatic premenopausal women? *Hum Reprod.* 2005 Nov;20(11):3231-4. Epub 2005 Jul 15.
- **Aletti GD** et Al. Ovarian cancer surgical resectability: relative impact of disease, patient status, and surgeon. *Gynecol Oncol.* 2006 Jan;100(1):33-7. Epub 2005 Sep 8.
- American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) 2007 <http://www.acog.org/>
- **Andersen ES** et Al. Risk of malignancy index in the preoperative evaluation of patients with adnexal masses. *Gynecol Oncol.* 2003 Jul;90(1):109-12.
- **Armstrong DK** et Al; Gynecologic Oncology Group. Intraperitoneal cisplatin and paclitaxel in ovarian cancer. *N Engl J Med.* 2006 Jan 5;354(1):34-43.
- **Avril N** et Al. Prediction of response to neoadjuvant chemotherapy by sequential F-18-fluorodeoxyglucose positron emission tomography in patients with advanced-stage ovarian cancer. *J Clin Oncol.* 2005 Oct 20;23(30):7445-53. Epub 2005 Sep 12.
- **Axtell AE** et Al. Multi-institutional reciprocal validation study of computed tomography predictors of suboptimal primary cytoreduction in patients with advanced ovarian cancer. *J Clin Oncol.* 2007 Feb 1;25(4):384-9.
- **Bailey CL** et Al. The malignant potential of small cystic ovarian tumors in women over 50 years of age. *Gynecol Oncol.* 1998 Apr;69(1):3-7.
- **Bolis G** et Al. Epidoxorubicin versus no treatment as consolidation therapy in advanced ovarian cancer: results from a phase II study. *Int J Gynecol Cancer.* 2006 Jan-Feb;16 Suppl 1:74-8.
- **Bristow RE** et Al. Intraperitoneal cisplatin and paclitaxel versus intravenous carboplatin and paclitaxel chemotherapy for Stage III ovarian cancer: a cost-effectiveness analysis. *Gynecol Oncol.* 2007 Sep;106(3):476-81. Epub 2007 Aug 3.
- **Bristow RE** et Al. Radical oophorectomy with primary stapled colorectal anastomosis for resection of locally advanced epithelial ovarian cancer. *J Am Coll Surg.* 2003 Oct;197(4):565-74.
- **Bristow RE** et Al. Survival effect of maximal cytoreductive surgery for advanced ovarian carcinoma during the platinum era: a meta-analysis. *J Clin Oncol.* 2002 Mar 1;20(5):1248-59.
- **Carry PY** et Al. [Peroperative intraperitoneal chemohyperthermia (CHIP) in peritoneal cancer: feasibility of the method; preliminary study of 2 cases] [Article in French] *Ann Fr Anesth Reanim.* 1989;8 Suppl:R44.
- **Castellucci P** et Al. Diagnostic accuracy of 18F-FDG PET/CT in characterizing ovarian lesions and staging ovarian cancer: correlation with transvaginal ultrasonography, computed tomography, and histology. *Nucl Med Commun.* 2007 Aug;28(8):589-95.
- **Castillo G** et Al. Natural history of sonographically detected simple unilocular adnexal cysts in asymptomatic postmenopausal women. *Gynecol Oncol.* 2004 Mar;92(3):965-9.
- **Chi DS** et Al. Identification of prognostic factors in advanced epithelial ovarian carcinoma. *Gynecol Oncol.* 2001 Sep;82(3):532-7.
- **Chung HH** et Al. Role of [18F]FDG PET/CT in the assessment of suspected recurrent ovarian cancer: correlation with clinical or histological findings. *Eur J Nucl Med Mol Imaging.* 2007 Apr;34(4):480-6. Epub 2006 Nov 7.
- **de Bree E** et Al. Intraoperative hyperthermic intraperitoneal chemotherapy with docetaxel as second-line treatment for peritoneal carcinomatosis of gynaecological origin. *Anticancer Res.* 2003 May-Jun;23(3C):3019-27.

## Références bibliographiques

- **De Placido S** et Al. Topotecan compared with no therapy after response to surgery and carboplatin/paclitaxel in patients with ovarian cancer: Multicenter Italian Trials in Ovarian Cancer (MITO-1) randomized study. *J Clin Oncol.* 2004 Jul 1;22(13):2635-42.
- **De Priest PD** et Al. A morphology index based on sonographic findings in ovarian cancer. *Gynecol Oncol.* 1993 Oct;51(1):7-11.
- Deckardt R et Al. Comparison of minimally invasive surgery and laparotomy in the treatment of adnexal masses. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1994 Aug;1(4 Pt 1):333-8.
- **Del Campo JM** et Al. Long-term survival in advanced ovarian cancer after cytoreduction and chemotherapy treatment. *Gynecol Oncol.* 1994 Apr;53(1):27-32.
- **Dire T.** et Al. *Int J Gynecol Cancer*, 2000.
- **du Bois A** et Al. Role of surgical outcome as prognostic factor in advanced epithelial ovarian cancer: a combined exploratory analysis of 3 prospectively randomized phase 3 multicenter trials: by the Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie Studiengruppe Ovarialkarzinom (AGO-OVAR) and the Groupe d'Investigateurs Nationaux Pour les Etudes des Cancers de l'Ovaire (GINECO). *Cancer.* 2009 Mar 15;115(6):1234-44.
- **Eisenhauer EL** et Al. The addition of extensive upper abdominal surgery to achieve optimal cytoreduction improves survival in patients with stages IIIC-IV epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol.* 2006 Dec;103(3):1083-90. Epub 2006 Aug 4.
- **Eisenkop SM** et Al. Complete cytoreductive surgery is feasible and maximizes survival in patients with advanced epithelial ovarian cancer: a prospective study. *Gynecol Oncol.* 1998 May;69(2):103-8.
- **Eisenkop SM** et al. The impact of subspecialty training on the management of advanced ovarian cancer. *Gynecol Oncol.* 1992 Nov;47(2):203-9.
- **Eisenkop SM** et Al. The role of secondary cytoreductive surgery in the treatment of patients with recurrent epithelial ovarian carcinoma. *Cancer.* 2000 Jan 1;88(1):144-53.
- **Fanfani F** et Al. Increased cyclooxygenase-2 expression is associated with better clinical outcome in patients submitted to complete ablation for severe endometriosis. *Hum Reprod.* 2005 Oct;20(10):2964-8. Epub 2005 Jun 24.
- **Ferrazzi E** et Al. Transvaginal ultrasonographic characterization of ovarian masses: comparison of five scoring systems in a multicenter study. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1997 Sep;10(3):192-7.
- **Fujimoto S** et Al. [Studies on hyperthermia by the use of a thermosensitizing drug] [Article in Japanese] *Gan To Kagaku Ryoho.* 1986 Jan;13(1):60-4.
- **Gadducci A** et Al. Intraperitoneal versus intravenous cisplatin in combination with intravenous cyclophosphamide and epidoxorubicin in optimally cytoreduced advanced epithelial ovarian cancer: a randomized trial of the Gruppo Oncologico Nord-Ovest. *Gynecol Oncol.* 2000 Feb;76(2):157-62.
- **García Velloso MJ** et Al. [F-18-FDG positron emission tomography in the diagnosis of ovarian recurrence. Comparison with CT scan and CA 125] [Article in Spanish] *Rev Esp Med Nucl.* 2003 Jul-Aug;22(4):217-23.
- **Glehen O** et Al. Cytoreductive surgery and intraperitoneal chemohyperthermia for peritoneal carcinomatosis arising from gastric cancer. *Arch Surg.* 2004 Jan;139(1):20-6.
- **Glehen O** et Al. Cytoreductive surgery combined with perioperative intraperitoneal chemotherapy for the management of peritoneal carcinomatosis from colorectal cancer: a multi-institutional study. *J Clin Oncol.* 2004 Aug 15;22(16):3284-92.
- **Glehen O** et al. Intraperitoneal chemohyperthermia and attempted cytoreductive surgery in patients with peritoneal carcinomatosis of colorectal origin. *Br J Surg.* 2004 Jun;91(6):747-54.

## Références bibliographiques

- **Guastalla JP** et Ray-Coquard I. Les cancers ovariens. Springer 2005.
- **Hudson CN.** A radical operation for fixed ovarian tumours. J Obstet Gynaecol Br Commonw. 1968 Nov;75(11):1155-60.
- **Jacobs I** et Al. A risk of malignancy index incorporating CA 125, ultrasound and menopausal status for the accurate preoperative diagnosis of ovarian cancer. Br J Obstet Gynaecol. 1990 Oct;97(10):922-9.
- **Jacobs IJ** et Al. Risk of diagnosis of ovarian cancer after raised serum CA 125 concentration: a prospective cohort study. BMJ. 1996 Nov 30;313(7069):1355-8.
- **Junor EJ** et Al. Specialist gynaecologists and survival outcome in ovarian cancer: a Scottish national study of 1866 patients. Br J Obstet Gynaecol. 1999 Nov;106(11):1130-6.
- **Kato M** et Al. [Neoadjuvant chemotherapy of far advanced gastric cancer--effect of preoperative chemotherapy by PMUE (CDDP, MMC, UFT, etoposide) [Article in Japanese] Gan To Kagaku Ryoho. 1990 Mar;17(3 Pt 1):391-6.
- **Kim S** et Al. [18F]FDG PET as a substitute for second-look laparotomy in patients with advanced ovarian carcinoma. Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2004 Feb;31(2):196-201.
- **Koga S** et Al. Prognostic significance of intraperitoneal free cancer cells in gastric cancer patients. J Cancer Res Clin Oncol. 1984;108(2):236-8.
- **Kurosaki H** et Al. Prognostic value of FDG-PET in patients with ovarian carcinoma following surgical treatment. Ann Nucl Med. 2006 Apr;20(3):171-4.
- **Laterza B** et al. Role of explorative laparoscopy to evaluate optimal candidates for cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC) in patients with peritoneal mesothelioma. In Vivo. 2009 Jan-Feb;23(1):187-90.
- **Lerner JP** et Al. Transvaginal ultrasonographic characterization of ovarian masses with an improved, weighted scoring system. Am J Obstet Gynecol. 1994 Jan;170(1 Pt 1):81-5.
- **Look M** et Al. Long-term results of cytoreductive surgery for advanced and recurrent epithelial ovarian cancers and papillary serous carcinoma of the peritoneum. Int J Gynecol Cancer. 2003 Nov-Dec;13(6):764-70.
- **Maggino T** et Al. Prospective multicenter study on CA 125 in postmenopausal pelvic masses. Gynecol Oncol. 1994 Aug;54(2):117-23.
- **Malkasian GD Jr** et Al. Preoperative evaluation of serum CA 125 levels in premenopausal and postmenopausal patients with pelvic masses: discrimination of benign from malignant disease. Am J Obstet Gynecol. 1988 Aug;159(2):341-6.
- **Markman M** et Al. Phase III trial of standard-dose intravenous cisplatin plus paclitaxel versus moderately high-dose carboplatin followed by intravenous paclitaxel and intraperitoneal cisplatin in small-volume stage III ovarian carcinoma: an intergroup study of the Gynecologic Oncology Group, Southwestern Oncology Group, and Eastern Cooperative Oncology Group. J Clin Oncol. 2001 Feb 15;19(4):1001-7.
- **Markman M** et Al; Southwest Oncology Group; Gynecologic Oncology Group. Phase III randomized trial of 12 versus 3 months of maintenance paclitaxel in patients with advanced ovarian cancer after complete response to platinum and paclitaxel-based chemotherapy: a Southwest Oncology Group and Gynecologic Oncology Group trial. J Clin Oncol. 2003 Jul 1;21(13):2460-5.
- **McGowan L** et Al. Misstaging of ovarian cancer. Obstet Gynecol. 1985 Apr;65(4):568-72.

## Références bibliographiques

- **Modesitt SC** et Al. Risk of malignancy in unilocular ovarian cystic tumors less than 10 centimeters in diameter. *Obstet Gynecol.* 2003 Sep;102(3):594-9.
- **Morice P** et Al. Lymph node involvement in epithelial ovarian cancer: analysis of 276 pelvic and paraaortic lymphadenectomies and surgical implications. *J Am Coll Surg.* 2003 Aug;197(2):198-205.
- **Murakami M** et Al. Whole-body positron emission tomography and tumor marker CA125 for detection of recurrence in epithelial ovarian cancer. *Int J Gynecol Cancer.* 2006 Jan-Feb;16 Suppl 1:99-107.
- **Nanni C** et Al. (18)F-FDG PET/CT in the evaluation of recurrent ovarian cancer: a prospective study on forty-one patients. *Eur J Surg Oncol.* 2005 Sep;31(7):792-7.
- **Panici PB** et Al. Systematic aortic and pelvic lymphadenectomy versus resection of bulky nodes only in optimally debulked advanced ovarian cancer: a randomized clinical trial. *J Natl Cancer Inst.* 2005 Apr 20;97(8):560-6.
- **Piccart MJ** et Al. Randomized intergroup trial of cisplatin-paclitaxel versus cisplatin-cyclophosphamide in women with advanced epithelial ovarian cancer: three-year results. *J Natl Cancer Inst.* 2000 May 3;92(9):699-708.
- **Piso P** et Al. Cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy in peritoneal carcinomatosis from ovarian cancer. *World J Surg Oncol.* 2004 Jun 28;2:21.
- **Plaisant N** et al. [Secondary debulking surgery and intraperitoneal chemotherapy in advanced or recurrent epithelial ovarian cancer] [Article in French] *Gynecol Obstet Fertil.* 2004 May;32(5):391-7.
- **Polyzos A** et Al. A comparative study of intraperitoneal carboplatin versus intravenous carboplatin with intravenous cyclophosphamide in both arms as initial chemotherapy for stage III ovarian cancer. *Oncology.* 1999;56(4):291-6.
- **Pomel C.** et Al. Laparoscopic radical hysterectomy for invasive cervical cancer: 8-year experience of a pilot study. *Gynecol Oncol.* 2003 Dec;91(3):534-9.
- **Rose PG** et al; Gynecologic Oncology Group. Secondary surgical cytoreduction for advanced ovarian carcinoma. *N Engl J Med.* 2004 Dec 9;351(24):2489-97.
- **Ryu KS** et Al. Effects of intraperitoneal hyperthermic chemotherapy in ovarian cancer. *Gynecol Oncol.* 2004 Aug;94(2):325-32.
- **Sassone AM** et Al. Transvaginal sonographic characterization of ovarian disease: evaluation of a new scoring system to predict ovarian malignancy. *Obstet Gynecol.* 1991 Jul;78(1):70-6.
- **Scarabelli C.** et Al. Primary cytoreductive surgery with rectosigmoid colon resection for patients with advanced epithelial ovarian carcinoma. *Cancer.* 2000 Jan 15;88(2):389-97.
- **Smith GT** et Al. Cost Analysis of FDG PET for Managing Patients with Ovarian Cancer. *Clin Positron Imaging.* 1999 Mar;2(2):63-70.
- **Spratt JS** et Al. Clinical delivery system for intraperitoneal hyperthermic chemotherapy. *Cancer Res.* 1980 Feb;40(2):256-60.
- **Sugarbaker PH.** Are there curative options to peritoneal carcinomatosis? *Ann Surg.* 2005 Nov;242(5):748-50; author reply 750-1.
- **Sugarbaker PH.** Peritonectomy procedures. *Ann Surg.* 1995 Jan;221(1):29-42.
- **Takekuma M** et Al. Positron emission tomography with 18F-fluoro-2-deoxyglucose for the detection of recurrent ovarian cancer. *Int J Clin Oncol.* 2005 Jun;10(3):177-81.
- **Tangjitgamol S** et Al. Can we rely on the size of the lymph node in determining nodal metastasis in ovarian carcinoma? *Int J Gynecol Cancer.* 2003 May-Jun;13(3):297-302.

## Références bibliographiques

- **Tay EH** et al. Secondary cytoreductive surgery for recurrent epithelial ovarian cancer. *Obstet Gynecol.* 2002 Jun;99(6):1008-13.
- **Thrall MM** et Al. Clinical use of combined positron emission tomography and computed tomography (FDG-PET/CT) in recurrent ovarian cancer. *Gynecol Oncol.* 2007 Apr;105(1):17-22. Epub 2007 Jan 10.
- **Timmerman D** et Al. Subjective assessment of adnexal masses with the use of ultrasonography: an analysis of interobserver variability and experience. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1999 Jan;13(1):11-6.
- **Tingulstad S** et Al. Evaluation of a risk of malignancy index based on serum CA125, ultrasound findings and menopausal status in the pre-operative diagnosis of pelvic masses. *Br J Obstet Gynaecol.* 1996 Aug;103(8):826-31.
- **Tingulstad S** et Al. The effect of centralization of primary surgery on survival in ovarian cancer patients. *Obstet Gynecol.* 2003 Sep;102(3):499-505.
- **Tingulstad S** et Al. The risk-of-malignancy index to evaluate potential ovarian cancers in local hospitals. *Obstet Gynecol.* 1999 Mar;93(3):448-52.
- **Tingulstad S** et Al.. Survival and prognostic factors in patients with ovarian cancer. *Obstet Gynecol.* 2003 May;101(5 Pt 1):885-91.
- **Tropé C.** et Kaern J. Chap 30, in *gynecologic cancer, controversies in management ELSEVIER*, Churchill Livingstone, 2005.
- **Ueland FR** et Al. Preoperative differentiation of malignant from benign ovarian tumors: the efficacy of morphology indexing and Doppler flow sonography. *Gynecol Oncol.* 2003 Oct;91(1):46-50.
- **Ulusoy S** et Al. The risk of malignancy index in discrimination of adnexal masses. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007 Mar;96(3):186-91. Epub 2007 Feb 5.
- **van der Burg ME** et al. The effect of debulking surgery after induction chemotherapy on the prognosis in advanced epithelial ovarian cancer. *Gynecological Cancer Cooperative Group of the European Organization for Research and Treatment of Cancer. N Engl J Med.* 1995 Mar 9;332(10):629-34.
- **van Trappen PO** et Al. Differential diagnosis of adnexal masses: risk of malignancy index, ultrasonography, magnetic resonance imaging, and radioimmunosintigraphy. *Int J Gynecol Cancer.* 2007 Jan-Feb;17(1):61-7.
- **Vergote I.** et Al. Neoadjuvant chemotherapy or primary debulking surgery in advanced ovarian carcinoma : a retrospective analysis of 285 patients. *Gynecol Oncol.* 1998 Dec;71(3):431-6.
- **Wimberger P** et al. Prognostic factors for complete debulking in advanced ovarian cancer and its impact on survival. An exploratory analysis of a prospectively randomized phase III study of the Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie Ovarian Cancer Study Group (AGO-OVAR). *Gynecol Oncol.* 2007 Jul;106(1):69-74. Epub 2007 Mar 29.
- **Yen MS** et al. Intraperitoneal cisplatin-based chemotherapy vs. intravenous cisplatin-based chemotherapy for stage III optimally cytoreduced epithelial ovarian cancer. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001 Jan;72(1):55-60.
- **Yonemura Y** et al. Effect of intraperitoneal administration of docetaxel on peritoneal dissemination of gastric cancer. *Cancer Lett.* 2004 Jul 16;210(2):189-96.
- **Young RC** et Al. Staging laparotomy in early ovarian cancer. *JAMA.* 1983 Dec 9;250(22):3072-6.
- **Yuen PM** et Al. A randomized prospective study of laparoscopy and laparotomy in the management of benign ovarian masses. *Am J Obstet Gynecol.* 1997 Jul;177(1):109-14.
- **Zanon C** et Al. Cytoreductive surgery and intraperitoneal chemohyperthermia for recurrent peritoneal carcinomatosis from ovarian cancer. *World J Surg.* 2004 Oct;28(10):1040-5. Epub 2004 Sep 29.