

# Nouveautés chirurgicales dans le cancer de l'ovaire : chirurgie de la rechute et curage ganglionnaire

Chirurgie de la rechute : essai Desktop 3

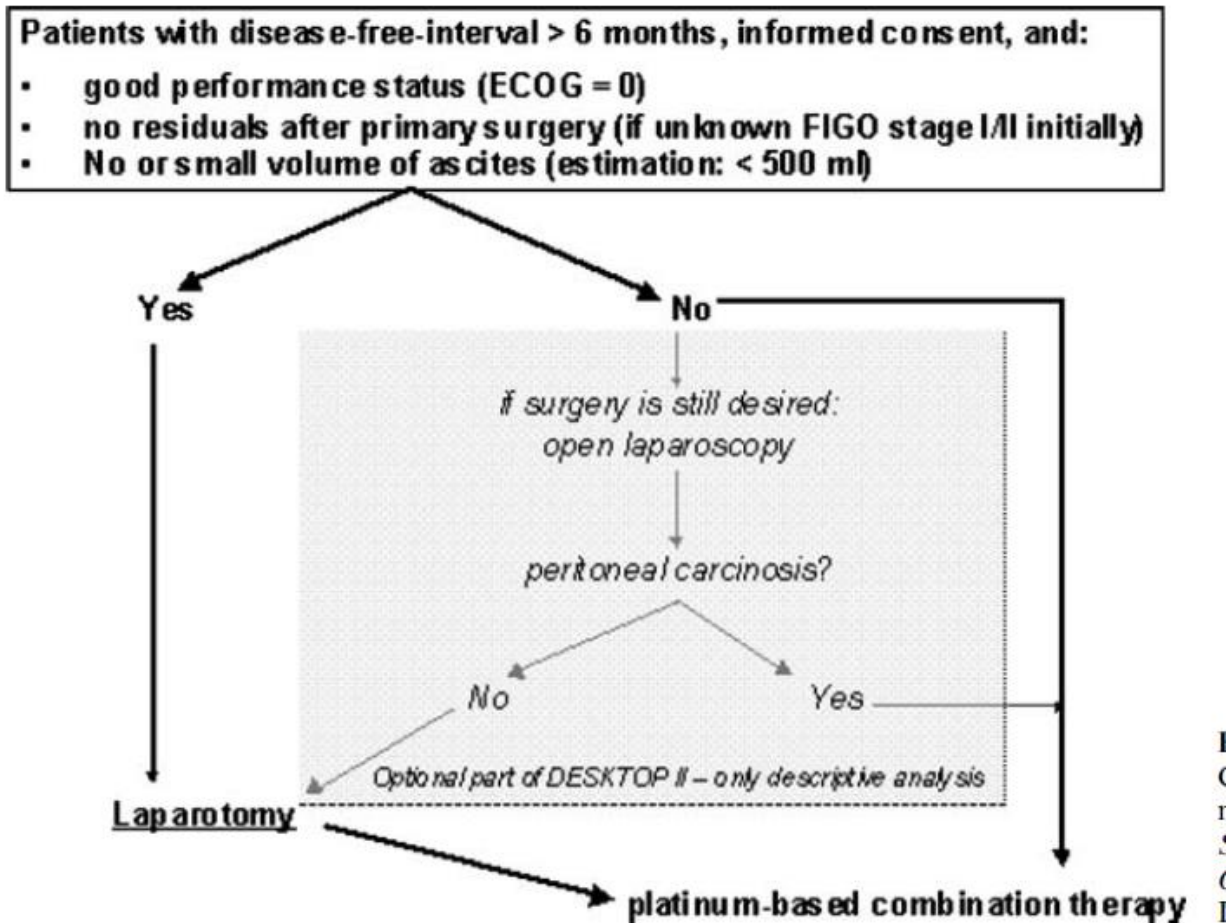
- Question : Faut il opérer les rechutes de cancer de l'ovaire?

# Chirurgie de la rechute : essai Desktop 1

BUT : effet et taux de CC 0 à la rechute.

- Essai desktop 1 :
  - rétrospective - 267 patientes – 25 centres allemands
  - CCO à rechute median OS 45.2 vs. 19.7 months; hazard ratio (HR) 3.71;
  - Nécessité ajouter chimio post op
  - Variables associées CCO : PS, ascite, 1<sup>er</sup> chir CCO = Score AGO
    - Si 3 critères, 76% CCO
    - Si abs et pas carcinose, 63% CCO
    - Si abs et carcinose, 23% CCO

# Chirurgie de la rechute : essai Desktop 3



# Chirurgie de la rechute : essai Desktop 2

**BUT : validation AGO score**

- Essai desktop 2 :
  - Prospectif, multicentrique. 1<sup>er</sup> ou 2<sup>eme</sup> rechute PT sens
  - 516 patientes détectées
  - 261 scores +
  - 129 opérées
  - 76% de CC0
  - Complications per op : 11% - mortalité 0,8%
  - Pas de données de survie

# Chirurgie de la rechute : essai Desktop 3

Obj : PFS et OS

- Non publié, ASCO 2017
- Méthode :
  - Seul essai randomisé
  - Randomisation chir vs 2<sup>eme</sup> ligne chimio
  - 1<sup>er</sup> rechute Pt sensible (6 mois)
  - Score AGO +

# Chirurgie de la rechute : essai Desktop 3

	Chirurgie N = 204	Chimiothérapie N = 203	
Intervalle Sans Pt > 12 mois	76%	75%	Ns
CC0	67%	N/A	N/A
2 <sup>eme</sup> ligne contenant Pt	88%	87%	Ns
Median PFS-2 (mois)	19,6	14	HR: 0.66, 95%CI 0.52-0.83, (p<0.001)
Temps avant prochaine thérapie (mois)	21	13,9	HR 0.61, 95%CI 0.48-0.77, (p<0.001)
PFS-2>PFS-1	26%	16%	?
Mortalité à 60j	0	0,5%	?

7% de ré-intervention. Complications globalement =. Os pas encore dispo

# Le point sur la littérature (non exhaustif)

- 2013 : revue cochrane :
  - pas d'essai randomisé.
  - 7 études rétrospectives, 2 études cohorte prospective. 1194 femmes
  - Semblerait avoir un impact.
    - Cochrane Database of Systematic Reviews Surgical cytoreduction for recurrent epithelial ovarian cancer (Review) Al Rawahi T, Lopes AD, Bristow RE, Bryant A, Elattar A, Chattopadhyay S, Galaal K Al Rawahi T, Lopes AD, Bristow RE, Bryant A, Elattar A, Chattopadhyay S, Galaal K. Surgical cytoreduction for recurrent epithelial ovarian cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 2. Art. No.: CD008765.
- D'autres essais publiés depuis, mais que du rétro
- Qq études de résection tertiaire :
  - Rétrospectif, 103 patientes, 68,9% de CCO, OS de 43 vs 33 mois - F. Falcone et al. / Gynecologic Oncology 147 (2017) 66–72
  - 50% score AGO +
- Beaucoup d'articles a faible niveau de preuve



→ **Conclusions concordantes**

Curage ganglionnaire

# Essai Lion

- Egalement non publié – Asgo 2017
- Méthode :
  - Prospectif, randomisé
  - Stades III ou IV en chir première
  - CC0
  - N0 radiologique et per op
  - Randomisation curage vs pas curage

# Essai Lion – 647 patientes

	Lymphadenectomie N = 323	Abstention N = 324	
Nombre médian ggl	57	-	
Ganglions positifs - micro métastases	57% des patientes		
Durée chir	288	352	
Chimiothérapie post op Taxane + Platine	85%	80%	
Médian OS	66 mois	69 mois	NS - HR 1.06, 95%CI 0.83-1.34, p=0.65
Médian PFS	26 mois	26 mois	NS - HR 1.11, 95%CI 0.92-1.34 p=0.30
Taux nouvelle laparo	12,1%	5,9%	p=0.006
Taux de réhospitalisation	8%	3,1%	p=0.006
Mortalité à 30 J	3,1	0,9	p=0.049

# Essai Lion

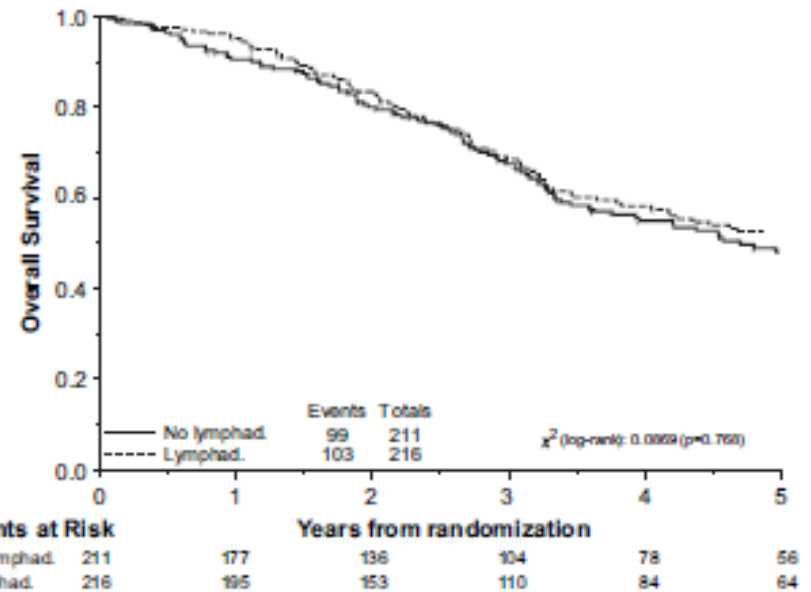
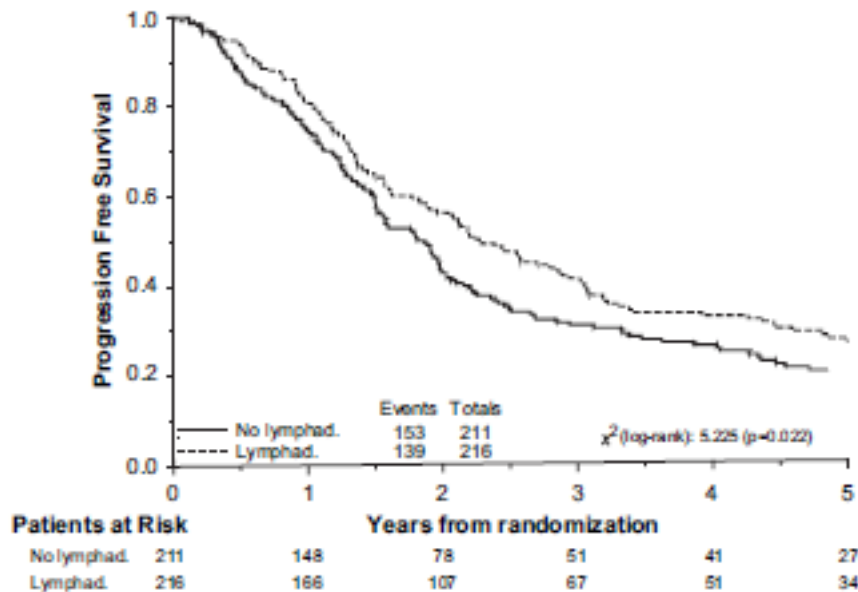
- Egaleme nt non publié – Asgo 2017
- Méthode :
  - Prospectif, randomisé
  - Stades III ou IV en chir première
  - CC0
  - N0 radiologique et per op
  - Randomisation curage vs pas curage

# Question :

- Quid chir intervalle?
- En cas d'adénopathie au TDM?
- En cas de chir incomplète?
- Et les stades précoces?

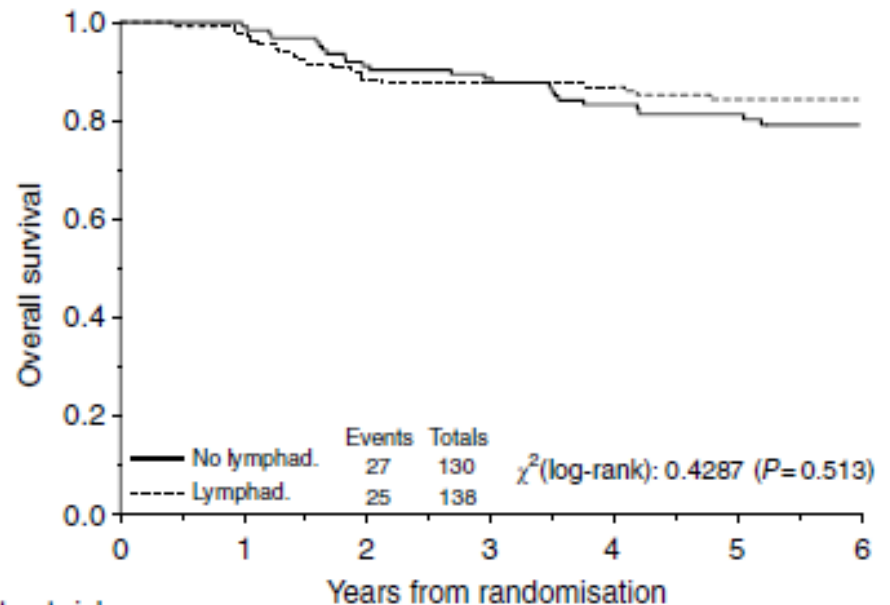
# En cas d'adénopathie

- 1 essai rando 1991 à 2003
- 427 patientes stades III-IV pleuraux
- Chir CC1 ( <1cm)
- Comparaison résection adénopathies vs curage
- + morbidité
- Mais objectif 30% reduc mortalité.



# Stade précoce

- 1991 -2003 – 268 patientes
- Stades I et II
- Picking vs curage
- 5,5 vs 47 ggl en moyenne
- 9% vs 22% de ggl +
- Tendence non signifi sur OS et PFS
- 66% chimio si pas curage  
contre 51% si N neg

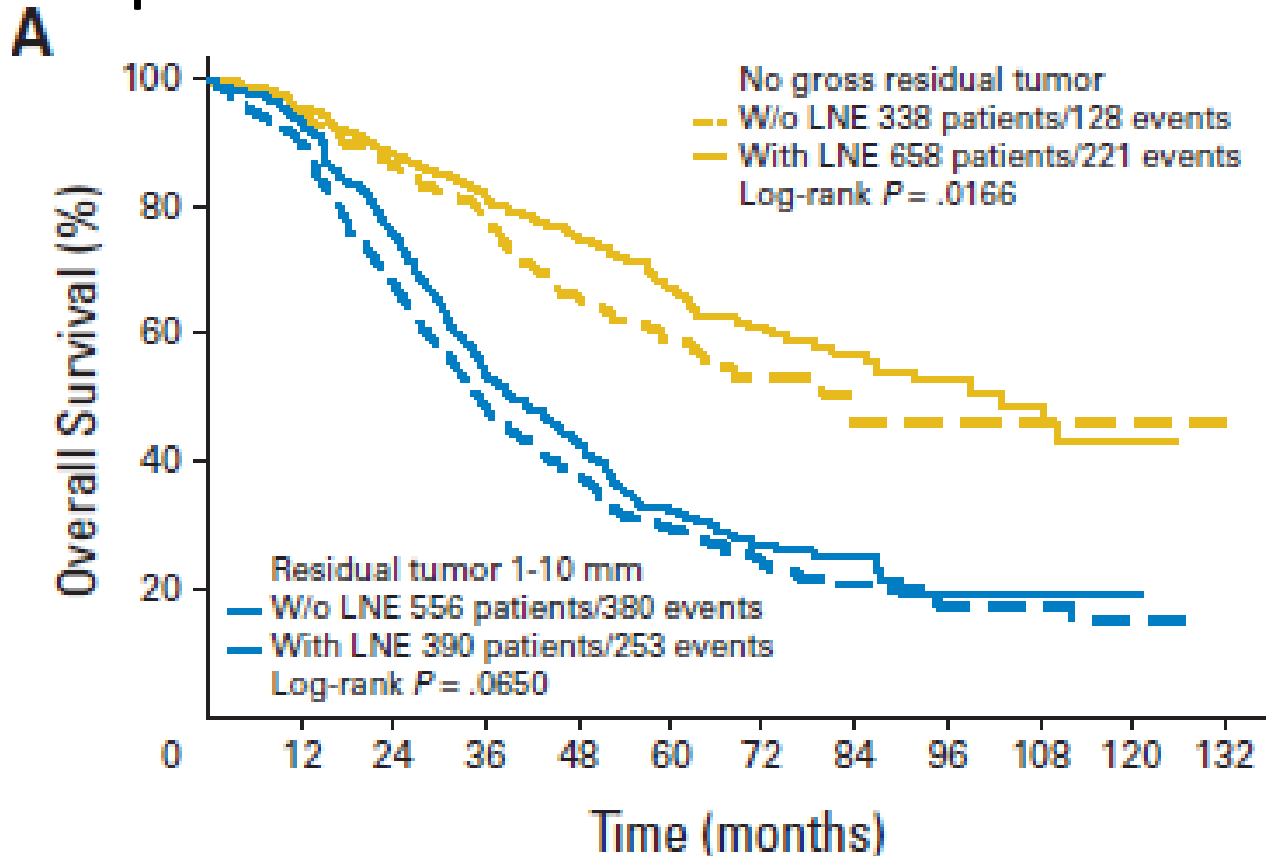


	Patients at risk						
	0	1	2	3	4	5	6
No lymphad.	130	125	111	102	88	77	64
Lymphad.	138	128	114	108	105	96	83



# En cas de chir incomplète?

- Rétrospectif

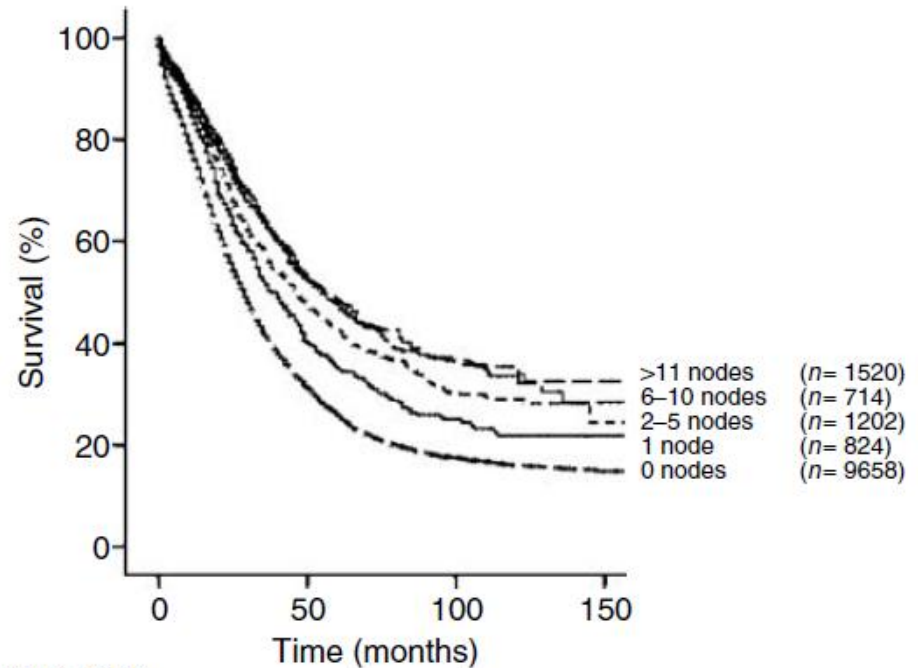


# Après chimio néo adjuvante



# Mais

Effet thérapeutique retrouvé dans toutes les cohortes rétrospectives.



Numbers at risk

0 nodes	9658	1753	426	84
1 node	824	190	46	8
2-5 nodes	1202	298	76	10
6-10 nodes	714	186	47	7
>11 nodes	1520	328	73	6

Chan JK, Urban R, Hu JM, et al. The potential therapeutic role of lymph node resection in epithelial ovarian cancer: a study of 13918 patients. *Br J Cancer* 2007;96:1817—22.

Aletti GD, Dowdy S, Podratz KC, Cliby WA. Role of lymphadenectomy in the management of grossly apparent advanced stage epithelial ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:1862—8.

Du Bois A, Reuss A, Harter P, Pujade-Lauraine E, Ray-Coquard I, Pfisterer J. Potential role of lymphadenectomy in advanced ovarian cancer: a combined exploratory analysis of three prospectively randomized phase III multicenter trials. *J Clin Oncol* 2010;28;1733—1739.

Rouzier R, Bergzoll C, Brun JL, et al. The role of lymph node resection in ovarian cancer: analysis of the Surveillance, epidemiology, and end results (SEER) database. *BJOG* 2010;117:1451—1458.

Giovanni D. Aletti, MD, Sean Dowdy, MD, Karl C. Podratz, MD, PhD, William A. Cliby, MD Role of lymphadenectomy in the management of grossly apparent advanced stage epithelial ovarian cancer. *Am J Ob Gyn*(2006) 195, 1862—8

# En conclusion

- En chirurgie première → non si N neg pré thérapeutique.
- Quid chir intervalle → toujours ?
- En cas d'adénopathie au TDM → curage si chir complète
- En cas de chir incomplète → éviter curages
- Et les stades précoces → curage