

# Surveillance des cancers gynécologiques, référentiel SFOG : annexes

A. FLOQUET <sup>a \*</sup>, E. STOECKLE <sup>b</sup>, D. GARBAY <sup>a</sup>, S. CROCE <sup>c</sup>,  
M. KIND <sup>d</sup>, A.L. CAZEAU <sup>d</sup>, F. GUYON <sup>b</sup>  
(Bordeaux)

## Résumé

*Les modalités de surveillance après traitement des tumeurs de l'annexe dépendent du type histologique et de la nature des traitements effectués mais aussi de l'âge de survenue et de l'existence ou non d'un syndrome de prédisposition génétique. Des recommandations ont été établies tant au niveau national qu'international reposant principalement sur les données d'études rétrospectives et des avis d'experts. Les objectifs de la surveillance sont multiples et visent principalement à évaluer l'efficacité et la toxicité des traitements effectués, la qualité de la réinsertion sociale, familiale et professionnelle mais aussi à détecter la survenue d'un nouveau cancer. Néanmoins à ce jour, aucune étude prospective n'a montré, en pratique, si ces recommandations étaient suivies, ni validé leur bien-fondé.*

Institut Bergonié - Comité multidisciplinaire de gynécologie - 229 cours de l'Argonne - 33076 Bordeaux cedex

a. Département de médecine

b. Département de chirurgie

c. Département d'anatomopathologie

d. Département d'imagerie médicale

\* Correspondance : a.floquet@bordeaux.unicancer.fr

*Mots clés : annexe, tumeur, surveillance, référentiel, SFOG*

### **Déclaration publique d'intérêt**

Les auteurs déclarent n'avoir aucun intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté.

## INTRODUCTION

La surveillance est organisée par les professionnels ayant participé au diagnostic et à la prise en charge et effectuée en collaboration avec les médecins de la patiente, principalement médecin traitant et gynécologue médical. Elle peut requérir également la compétence de nombreux autres acteurs que nécessiterait la présence des diverses difficultés potentiellement rencontrées après traitement [1].

### I. OBJECTIFS DE LA SURVEILLANCE

La surveillance mise en place a pour but : le contrôle de la maladie et le diagnostic des rechutes où un traitement de rattrapage est envisageable, l'évaluation après traitement(s) des effets secondaires, des séquelles et plus largement du retentissement sur la qualité de vie, l'organisation des soins de support nécessaires, l'aide à la réinsertion socioprofessionnelle et familiale, mais aussi le dépistage d'éventuels autres cancers en cas de prédisposition génétique [1].

## II. MODALITÉS DE LA SURVEILLANCE

Il n'existe à ce jour aucun consensus mais essentiellement des recommandations [1-4].

La surveillance repose principalement sur l'interrogatoire, l'examen clinique, le dosage de marqueurs tumoraux et dans certaines situations sur l'imagerie. À côté des schémas de surveillance proposés, la patiente doit être informée des signes cliniques évocateurs de rechute qui pourraient faire avancer la date de consultation et motiver des examens complémentaires : douleurs pelviennes, ballonnements, fatigue, perte de poids, sensation de satiété rapide, constipation [3].

### II.1. Tumeurs borderline ou frontières [5]

#### *a. Sans implant invasif*

- Interrogatoire, examen clinique avec examen pelvien.
- Dosage du marqueur tumoral si initialement élevé (CA125, CA19-9, ACE selon le type histologique).
- Échographie par voie sus-pubienne et endovaginale :
  - **si traitement conservateur** : tous les 4 mois la première année, puis tous les 6 mois pendant 2 ans, puis annuelle ;
  - **si traitement radical** : tous les 6 mois pendant les 2 premières années, puis annuelle.

#### *b. Avec implant invasif (cf. tumeur épithéliale invasive)*

### II.2. Tumeurs épithéliales séreuses ou endométrioïdes (Tableau 1)

- Interrogatoire, examen clinique avec examen pelvien.
- Dosage marqueurs tumoraux CA125 si initialement informatif, à discuter avec la patiente.
- Surveillance radiologique.
- Par échographie abdominale et endovaginale ou TDM voire IRM (selon morphologie) :
  - si traitement conservateur ;
  - si résidu tumoral post-thérapeutique ;
  - si CA125 non informatif (option).
- Tous les 4 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois de 2 à 5 ans, puis annuellement.

Tableau 1 - Surveillance des tumeurs épithéliales des annexes traitées

	Clinique	Biologique	Radiologique
<b>Modalités</b>	Interrogatoire Examen clinique avec touchers pelviens	- CA125 si initialement informatif - ACE, CA 19-9 si tumeur mucineuse * - Autre sur signes d'appel  * Les modalités de surveillance de ces tumeurs rares sont détaillées sur le site dédié <a href="http://www.ovaire-rare.org">http://www.ovaire-rare.org</a>	Pas de contrôle radiologique systématique si obtention rémision complète <b>Exceptions :</b> - symptômes - traitement conservateur - CA125 non informatif au diagnostic (option) <b>Type d'examens :</b> - écho abdo pelvis et endo- vaginale - TDM ou IRM (selon morphologie)
<b>Rythme</b>	Tous les 4 mois pendant 2 ans Tous les 6 mois de 2 à 5 ans puis annuellement		
Recommandations HAS/INCa consultables sur <a href="http://www.e-cancer.fr">www.e-cancer.fr</a> [1]			

### II.3. Tumeurs rares [6]

**a. Épithéliales :** carcinome séreux de bas grade, mucineux, à cellules claires, carcinosarcome.

**b. Non épithéliales :** tumeur du stroma et des cordons sexuels, tumeur germinale.

La surveillance de ces tumeurs rares repose sur des recommandations d'experts consultables sur le site dédié (cf. Observatoire des tumeurs rares de l'ovaire, <http://www.ovaire-rare.org>). Elle comporte principalement un examen clinique avec examen pelvien, un dosage des marqueurs tumoraux dont la nature dépend du type de tumeur traitée, et une imagerie (échographie ou TDM ou IRM).

## LA CONSULTATION D'ONCOGÉNÉTIQUE

Le principal facteur de risque du cancer épithélial de l'ovaire est d'ordre génétique. Environ 10 % de ces cancers sont dus à une prédisposition génétique : le syndrome de prédisposition sein-ovaire impliquant les gènes BRCA (90 %) et le syndrome de Lynch prédisposant principalement aux cancers du colon, de l'endomètre et de l'ovaire. Si une consultation d'oncogénétique n'a pas été réalisée en

cours de traitement, elle doit être proposée en cours de surveillance afin de compléter, en cas de mutation retrouvée, les modalités de la surveillance selon les recommandations du groupe Génétique et Cancer (GEC) ([www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)).

## CONCLUSION

Aucune étude n'a évalué en France les modalités des surveillances effectuées ni leur adéquation avec les recommandations établies alors qu'elles peuvent s'avérer coûteuses, anxiogènes... et non efficaces. La seule évaluation dont on pourrait rapidement disposer est celle des schémas de surveillance proposés dans les essais thérapeutiques. La création d'un site « tumeurs rares de l'ovaire » à l'initiative du groupe Arcagy-Gineco devrait permettre à terme d'évaluer les protocoles de surveillance établis pour ces types de tumeurs.

## Bibliographie

- [1] HAS/INCa Guide ALD 30 « cancer de l'ovaire » à destination des professionnels de santé. Janvier 2010.
- [2] Colombo N, Peiretti M, Parma G *et al.* Newly diagnosed and relapsed epithelial ovarian carcinoma: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2010;21(5):v23-v30.
- [3] Morgan RJ, Alvarez RD, Armstrong DK *et al.* NCCN clinical practice guidelines in oncology: ovarian cancer including fallopian tube cancer and primary peritoneal cancer. Version 2. 2013 ([www.nccn.com](http://www.nccn.com)).
- [4] Salani R, Backes FJ, Fung MF *et al.* Post-treatment surveillance and diagnosis of recurrence in women with gynecologic malignancies: Society of Gynecologic Oncologists recommendations. *Am J Obstet Gynecol* 2011;204:466-478.
- [5] Morice P, Kane A, Uzan C *et al.* Facteurs pronostiques et traitement chirurgical des tumeurs borderline de l'ovaire. In: Guastalla JP, Ray-Coquard I. Les cancers ovariens. Springer, Paris 2012:471-487.
- [6] Ray-Coquard I, Weber B, Lotz JP *et al.* Management of rare ovarian cancers: the experience of the French website "observatory for rare malignant tumours of the ovaries" by the GINECO Group: interim analysis of the first 100 patients. *Gynecol Oncol* 2010;119:53-9.

