

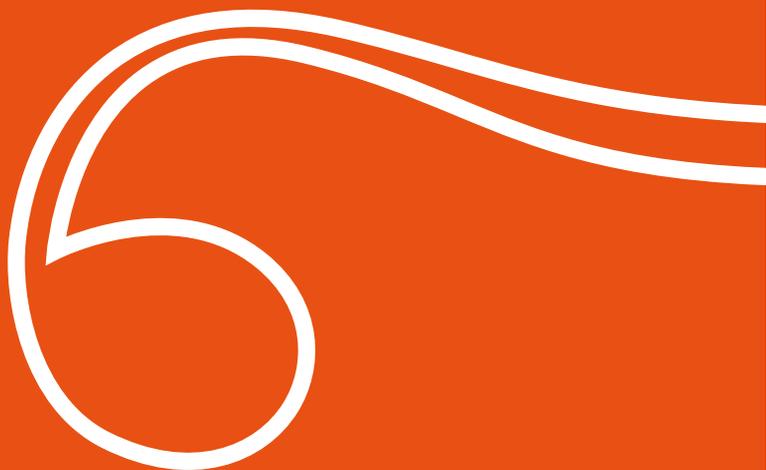
JUILLET 2019



OUTILS POUR LA PRATIQUE

CANCERS DE L'OVAIRE

/Du diagnostic au suivi



e-cancer.fr



› L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER

Créé par la loi de santé publique du 9 août 2004, l'Institut national du cancer est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.

Groupement d'intérêt public, il rassemble en son sein l'État, les grandes associations de lutte contre le cancer, les caisses d'assurance maladie, les fédérations hospitalières et les organismes de recherche.

› Ses missions

- Assurer une approche globale des pathologies cancéreuses
- Stimuler l'innovation
- Produire des expertises et recommandations pour les décideurs et professionnels de santé
- Animer les organisations territoriales en cancérologie
- Analyser les données pour mieux orienter l'action
- Informer et diffuser les connaissances liées aux cancers

L'Institut national du cancer pilote la mise en œuvre du Plan cancer 2014-2019 pour le compte des ministères chargés de la santé et de la recherche.

Le **Plan cancer 2014-2019** a pour ambition de donner à chacun, partout en France, les mêmes chances de guérir et de mettre plus rapidement les innovations au service des malades.

Il comprend dix-sept objectifs regroupés autour de quatre grandes priorités de santé :

- Guérir plus de personnes malades
- Préserver la continuité et la qualité de vie
- Investir dans la prévention et la recherche
- Optimiser le pilotage et les organisations

Ce guide répond à la **mission d'information et de diffusion des connaissances** et à l'**action 2.22**

du Plan cancer : Mettre à disposition des professionnels de premier recours des outils de bonnes pratiques pour l'organisation des parcours de soins en ambulatoire.

Ce document fait partie de la collection « Outils pour la pratique » à destination des médecins généralistes.

Il vise à aider les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne auprès des patients atteints de cancer en présentant de façon synthétique le parcours de soins d'une patiente adulte atteinte de cancer de l'ovaire. Le contenu de cet outil a été élaboré à partir des recommandations du groupe FRANCOGYN (Groupe français de recherche en chirurgie oncologique et gynécologique), en partenariat avec la SFOG (Société française d'oncologie gynécologique) et ARCAGY-GINECO sous l'égide du CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) et labellisées par l'Institut national du cancer en octobre 2018 : « Conduites à tenir initiales devant des patientes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire ». Cet outil pour la pratique a été élaboré selon une méthode décrite sur le site Internet de l'Institut national du cancer et a été relu par un groupe de travail pluridisciplinaire (liste des membres en page 22). En fin de document, des ressources pratiques (documents, sites Internet, plateformes téléphoniques) pour les médecins généralistes et leurs patientes sont répertoriées. Les renvois chiffrés 0 tout au long du document concernent ces ressources pratiques complémentaires qui sont situées en page 20.

Les éléments clés de l'organisation des soins en cancérologie sont rassemblés dans un document « Organisation des soins en cancérologie » (1).

Ce document est téléchargeable sur e-cancer.fr

CANCERS DE L'OVAIRE

Le cancer épithélial de l'ovaire concerne majoritairement les femmes après la ménopause : l'âge médian lors du diagnostic est de 65 ans.

Trois quarts des patientes sont diagnostiquées à un stade avancé, avec une diffusion de la maladie au-delà des ovaires, sur toute la surface du péritoine ou à distance. En raison de ce diagnostic souvent tardif, le pronostic reste sombre.

L'histoire naturelle du cancer de l'ovaire est marquée par une bonne réponse initiale aux traitements proposés (chirurgie et chimiothérapie) chez 80 % des patientes. Cependant, 70 % d'entre elles vont présenter une récurrence dans les deux ans, avec le plus souvent la reconstitution d'une maladie péritonéale diffuse à type de carcinose péritonéale.

Plus de 90 % des cancers de l'ovaire chez l'adulte sont des cancers épithéliaux (adénocarcinomes) dont les 5 sous-types principaux sont : séreux de haut grade, endométrioïdes, à cellules claires, mucineux et séreux de bas grade¹.

Ce document concerne les cancers épithéliaux de l'ovaire, ainsi que les cancers des trompes et du péritoine primitifs dont la prise en soins est la même que celle des cancers épithéliaux de l'ovaire. Les cancers non épithéliaux (tumeurs rares) n'entrent pas dans le champ de ce document et nécessitent un avis des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), régionales ou nationales, expertes du réseau des tumeurs malignes rares de l'ovaire (TMRO) labellisé par l'INCa (e-cancer.fr) et ovaire-rare.org).

› Les chiffres des cancers de l'ovaire en France²

- **4 714 nouveaux cas** et **3 111 décès** projetés en 2017
- **8^e rang** en termes de fréquence chez la femme
- **4^e rang** en termes de mortalité chez la femme
- Survie nette à 5 ans estimée à **43 %**

1. Classification OMS 2014

2. <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/epidemiologie>

SOMMAIRE

Principal facteur de risque

- Contexte de prédisposition génétique (15 à 20 % des cancers de l'ovaire de haut grade surviendraient dans un contexte de prédisposition génétique):
 - mutation des gènes BRCA 1 ou 2: survenue avant 60 ans et meilleur pronostic, car cancers plus chimiosensibles que les cancers sporadiques;
 - syndrome de Lynch (plus rarement).

Autres facteurs de risque:

- Nulliparité
- Surcharge pondérale et obésité
- Règles précoces
- Ménopause tardive
- Age

Facteurs protecteurs:

- Contraception orale
- Grossesse
- Allaitement
- Ligature des trompes
- Salpingectomie bilatérale

1	Démarche diagnostique et bilan initial	6
2	Traitements spécialisés en oncologie	8
3	Soins et démarches partagés avec le médecin généraliste	11
4	Suivi partagé	15
	Annexe 1	18
	○ Classification FIGO 2014	
	Annexe 2	19
	○ ADNEX MR SCORE	
	Ressources (documents, sites Internet, plateformes téléphoniques)	20
	Liste des participants	22
	Références	22

1 DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE ET BILAN INITIAL

PRINCIPALES CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE DU CANCER DE L'OVAIRE
À un stade précoce
■ Découverte d'une masse annexielle lors d'un suivi gynécologique ou d'un examen d'imagerie
À un stade avancé (cas le plus fréquent)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Inconfort abdominal ■ Douleurs pelviennes ou abdominales ■ Augmentation progressive du volume abdominal due à une masse ou à une ascite ■ Saignements, pertes vaginales anormales ■ Symptômes de compression abdominopelvienne : troubles du transit, subocclusion, faux besoins, symptômes urinaires (impériosités, pollakiurie) ■ Symptômes de compression veineuse ou radiculaire : œdème d'un membre inférieur, phlébite ou sciatalgie ■ Dyspnée qui peut être en rapport avec un épanchement pleural ■ Douleur thoracique ■ Altération de l'état général



► Une tumeur ovarienne peut atteindre un volume important avant de provoquer des symptômes. Ceux-ci peuvent être très variés, ne sont jamais spécifiques et doivent alerter lorsqu'ils sont d'installation récente, perdurent quelques semaines et qu'ils ne sont pas expliqués, notamment par une pathologie digestive.

INTERROGATOIRE ET EXAMEN CLINIQUE DEVANT UNE SUSPICION DE CANCER DE L'OVAIRE
Antécédents personnels et familiaux ■ Cancer du sein ou de l'ovaire évoquant une mutation BRCA1 ou 2 ■ Cancer de l'endomètre ou du côlon évoquant un syndrome de Lynch ³
Examen clinique complet incluant notamment l'examen abdominal, la palpation des aires ganglionnaires, les touchers pelviens et la mesure du poids

BILAN INITIAL DEVANT UNE SUSPICION DE CANCER DE L'OVAIRE
IMAGERIE
■ Échographie pelvienne par voie suspubienne et par voie endovaginale
■ IRM pelvienne : en cas de masse ovarienne suspecte de malignité ou indéterminée en échographie Un score de risque de malignité de type ADNEX MR caractérise l'image annexielle dans le compte rendu (voir annexe 2)
MARQUEURS TUMORAUX
■ En particulier le CA125 sérique : en cas de masse ovarienne indéterminée à l'imagerie
AUTRE
■ Évaluation gériatrique : Pour les patientes ≥ 75 ans : dépistage de la fragilité gériatrique au moyen d'échelles d'évaluation (G8, VES 13, FOG, etc.) puis évaluation gériatrique si nécessaire (2)



► Un retard diagnostique est fréquent du fait de l'absence de spécificité des symptômes et de la relative rareté de cette pathologie. Au moindre doute, il ne faut pas hésiter à prescrire une échographie pelvienne.

BILAN D'EXTENSION ET DE RÉSECABILITÉ CHIRURGICALE DEVANT UNE SUSPICION DE CANCER DE L'OVAIRE
IMAGERIE
■ Scanner thoracoabdominopelvien avec injection : bilan d'extension préthérapeutique et de résecabilité d'une carcinose péritonéale a priori d'origine ovarienne, tubaire ou péritonéale primitive
■ En cas de contre-indication à l'injection d'agent de contraste iodé (insuffisance rénale sévère, DFG < 30 mL/min), une IRM peut être proposée, complétée par un scanner thoracique sans injection

À ce stade, la patiente doit être adressée à une équipe spécialisée dans les traitements des cancers pelviens gynécologiques pour confirmation du diagnostic et traitement adapté. La réalisation de l'IRM et du scanner ne doit pas faire retarder la prise en soins par l'équipe spécialisée.

3. Le syndrome de Lynch, également appelé cancer colorectal héréditaire sans polyposis (syndrome HNPCC), est lié à la mutation des gènes MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM. Il entraîne une prédisposition génétique à l'apparition d'un cancer du côlon, du rectum ou de l'endomètre. D'autres localisations sont également plus fréquentes que dans la population générale : cancers de l'ovaire, de l'estomac, de l'intestin grêle, du foie, de l'appareil urinaire supérieur, du cerveau et de la peau.

2 TRAITEMENTS SPÉCIALISÉS EN ONCOLOGIE

Les traitements sont organisés en lien avec le médecin généraliste.

La stratégie thérapeutique est définie en lien avec le médecin généraliste, et en accord avec la patiente, sur la base de l'avis rendu en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Cet avis est ensuite présenté à la patiente au cours d'une consultation d'annonce. L'ensemble de ces éléments est consigné dans le programme personnalisé de soins (PPS) remis à la patiente et adressé aux médecins qu'elle aura désignés.

Les indications sont établies en fonction notamment de l'histologie, du stade de la maladie et de l'état général de la patiente.

La préservation de la qualité de vie de la patiente constitue un objectif important et permanent dès le début du parcours de soins et jusqu'au suivi. Elle doit être prise en compte pour déterminer la stratégie thérapeutique.

Les patientes âgées bénéficient d'un traitement identique à celui des patientes plus jeunes, après évaluation oncogériatrique et sous réserve des comorbidités.

Les soins de support

Le recours aux différentes ressources en soins oncologiques de support, à des équipes spécialisées en soins de support, au médecin généraliste et aux autres professionnels de premier recours (IDE, kinésithérapeute, pharmacien, travailleur social, diététicien, etc.) doit être suffisamment précoce et anticipé. Ce souci d'anticipation doit être permanent pour le soulagement des symptômes physiques (douleurs notamment liées à des métastases, asthénie, dénutrition, etc.) et la prise en compte des souffrances psychologiques, socio-familiales et existentielles (1) (3) (4) (5). Pour les patientes toujours en activité, la prise en compte des éventuelles répercussions sur la vie professionnelle est importante.

VUE D'ENSEMBLE DES MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES DE PREMIÈRE INTENTION D'UN CANCER DE L'OVAIRE	
STADES PRESUMÉS PRÉCOCES : IA - IIA	
Chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Exérèse chirurgicale sans rupture de la masse ovarienne +/- examen extemporané ■ Si malignité confirmée : stadification chirurgicale complète (afin de s'assurer de l'absence de dissémination tumorale au-delà de l'ovaire) : <ul style="list-style-type: none"> ● annexectomie bilatérale avec hystérectomie totale (chez la patiente ménopausée ou ne désirant plus d'enfant, sinon voir tableau suivant sur les stratégies de préservation de la fertilité) ● omentectomie (au minimum infracolique) ● appendicectomie ● lymphadénectomie pelvienne et lomboaortique ● cytologie péritonéale ● biopsies péritonéales par laparotomie médiane ou par voie coelioscopique selon les conditions locales (en particulier la taille tumorale)
Chimiothérapie conventionnelle (6) (généralement du carboplatine en monothérapie ou associé à du paclitaxel)	Adjuvante : pour les lésions de haut grade histologique

VUE D'ENSEMBLE DES MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES DE PREMIÈRE INTENTION D'UN CANCER DE L'OVAIRE	
STADES AVANCÉS : IIB - IV	
Chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Coelioscopie exploratrice avec biopsies multiples ■ Résection complète (absence de résidu tumoral macroscopique) lorsqu'elle est possible. Si une chirurgie première n'est pas réalisable, une chirurgie d'intervalle sera programmée après 3 à 4 cycles de chimiothérapie ■ Lymphadénectomies lomboaortiques et pelviennes en cas de suspicion clinique ou radiologique d'adénopathie métastatique pelvienne et/ou lomboaortique
Chimiothérapie conventionnelle (6) (généralement du carboplatine associé à du paclitaxel)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Adjuvante <ul style="list-style-type: none"> ● pour tous les cancers de stade avancé ● dans un délai maximum de 6 semaines après la chirurgie ■ Néoadjuvante indiquée en cas : <ul style="list-style-type: none"> ● de résection complète non envisageable en chirurgie première ● d'altération de l'état général ou comorbidités importantes ● de stade IV (notamment avec lésions intrahépatiques multiples ou métastases pulmonaires) ou ascite importante avec miliaire carcinomateuse
Thérapies ciblées (6) antiangiogénique (bevacizumab)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pour des patientes dont le cancer est à un stade avancé (stades IIIB, IIIC et IV), notamment pour celles dont le pronostic est plus mauvais (stade IV, résidu tumoral postopératoire et patiente non opérée) ■ En association avec la chimiothérapie conventionnelle adjuvante, puis en maintenance jusqu'à progression de la maladie ou jusqu'à 15 mois maximum ou jusqu'à toxicité inacceptable

Dans certains cas, une chimiothérapie adjuvante intrapéritonéale (IP) réalisée par une équipe entraînée ou une chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale (CHIP) réalisée lors d'une chirurgie d'intervalle peut être proposée.

Il n'y a pas d'indication pour la radiothérapie dans le traitement initial, hors essai clinique.

Depuis le 11 mars 2019, l'olaparib, inhibiteur de l'enzyme PARP, est indiqué en traitement d'entretien en monothérapie des patientes adultes atteintes d'un cancer avancé épithélial de l'ovaire, des trompes de Fallope ou péritonéal primitif (stades FIGO III et IV) nouvellement diagnostiqué avec mutation des gènes BRCA1/2 et qui sont en réponse partielle ou complète à une première ligne de chimiothérapie à base de platine. Au moment de la rédaction de ce document, l'olaparib est disponible dans l'indication décrite ci-dessus via une ATU de cohorte (ATUc) octroyée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

STRATÉGIES DE PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ CHEZ UNE PATIENTE JEUNE
STADE IA DE BAS GRADE
<ul style="list-style-type: none"> ■ Un traitement chirurgical conservateur de l'utérus et de l'annexe controlatérale après annexectomie unilatérale peut être proposé, à la condition d'une stadification complète négative (absence de dissémination tumorale au-delà de l'ovaire) ■ Cependant, la patiente sera informée : <ul style="list-style-type: none"> • qu'il existe un risque de récurrence compris entre 6 et 13 % au niveau de l'ovaire controlatéral • qu'une annexectomie unilatérale est associée à une diminution de la réserve ovarienne et à un risque de survenue d'insuffisance ovarienne prématurée
CARCINOMES MUCINEUX, SÉREUX ET ENDOMÉTRIOÏDE DE HAUT GRADE, DE STADE FIGO IA OU FIGO IC1 OU IC2 DE BAS GRADE
<ul style="list-style-type: none"> ■ Une annexectomie bilatérale avec préservation utérine peut être proposée afin d'envisager ultérieurement une grossesse par don d'ovocytes
CANCER À CELLULES CLAIRES DE STADE I
<ul style="list-style-type: none"> ■ La préservation utérine et annexielle controlatérale peut être discutée au cas par cas en réunion de concertation pluridisciplinaire de tumeurs rares
<p>Pour un cancer épithélial étendu au-delà des ovaires, quel que soit le type histologique, la patiente ne pourra pas bénéficier d'une chirurgie conservatrice de l'utérus</p>

ONCOGÉNÉTIQUE
SYNDROME SEINS-OVAIRES (mutations des gènes BRCA1 ou BRCA2 principalement) (7)
<ul style="list-style-type: none"> ■ La patiente sera orientée vers une consultation d'oncogénétique si une mutation tumorale des gènes BRCA a été mise en évidence ou si son histoire personnelle et/ou familiale peut faire évoquer une prédisposition héréditaire alors qu'aucune mutation BRCA n'a été identifiée sur sa tumeur ■ Les personnes porteuses d'une altération génétique constitutionnelle en lien avec le syndrome seins-ovaires se verront proposer une stratégie de suivi spécifique basée sur la surveillance et/ou la chirurgie préventive (7)
SYNDROME DE LYNCH (mutation des gènes MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Devant un diagnostic de cancer du spectre de syndrome de Lynch (côlon, rectum, endomètre principalement, ovaire dans une moindre mesure), des critères cliniques (agrégation de cancers du spectre du syndrome de Lynch au sein d'une même branche familiale, âge précoce de survenue du cancer, cancers multiples) et biologiques (recherche d'une déficience du système MMR) permettent de favoriser l'orientation des patientes vers une consultation d'oncogénétique (8) ■ Les personnes porteuses d'une altération génétique constitutionnelle en rapport avec le syndrome de Lynch se verront proposer une stratégie de suivi spécifique

3 SOINS ET DÉMARCHES PARTAGÉS AVEC LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Le médecin généraliste intervient à toutes les phases du parcours de soins des patientes, dans le cadre d'un suivi conjoint avec l'équipe spécialisée d'une part et les autres professionnels de premier recours d'autre part. Un échange régulier d'informations dans les deux sens est indispensable.

Il coordonne en particulier les traitements symptomatiques, notamment de la douleur, de l'asthénie, de la dénutrition, de la souffrance psychologique et des effets indésirables des traitements. Il participe égale-

ment aux soins palliatifs, au soutien des aidants et des proches, à l'accompagnement des démarches administratives en lien avec le cancer.

Le tableau ci-dessous décrit les principaux effets indésirables des traitements et la conduite à tenir. Les effets indésirables des traitements médicamenteux sont pour la plupart mentionnés dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) de l'AMM des molécules correspondantes, disponible dans la Base de données publique des médicaments. (6) (9)

PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DES TRAITEMENTS DU CANCER DE L'OVAIRE ET CONDUITES À TENIR (Conseils pratiques pour les patientes dans le guide Cancer Info : Les traitements des cancers de l'ovaire)
CHIRURGIE
<ul style="list-style-type: none"> ■ Complications habituelles d'une chirurgie carcinologique pelvienne, notamment thromboemboliques ou digestives ■ Lymphocèle (collection de lymphes au niveau du site de curage ganglionnaire) <ul style="list-style-type: none"> • Peut nécessiter un drainage habituellement sous contrôle radiologique ou en deuxième intention chirurgical ■ Lymphœdème du ou des membres inférieurs <ul style="list-style-type: none"> • Peut nécessiter un traitement par drainage lymphatique manuel et/ou compression

PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DES TRAITEMENTS DU CANCER DE L'OVAIRE ET CONDUITES À TENIR (Conseils pratiques pour les patientes dans le guide Cancer Info : Les traitements des cancers de l'ovaire)

CHIMIOTHÉRAPIE CONVENTIONNELLE (6) (9)

(généralement carboplatine en monothérapie ou associé à du paclitaxel)

- **Fatigue** (multifactorielle : maladie elle-même, chimiothérapie, perte d'appétit, anémie, etc.)
 - Siestes courtes, relaxation
 - Activité physique régulière adaptée à encourager
 - Éliminer d'autres causes de fatigue par des examens orientés par la clinique
 - Rechercher un syndrome dépressif, des troubles du sommeil, des douleurs
- **Toxicité hématologique (neutropénie, leucopénie, anémie et thrombopénie avec hémorragie)**
 - Peut être aggravée chez les patientes avec une insuffisance rénale
 - Prescription initiale hospitalière de facteurs de croissance granulocytaires selon les protocoles et les facteurs de risques
 - Si T° > 38,5 °C : NFS et antibiothérapie au moins jusqu'à la sortie de la neutropénie
 - Hospitalisation si mauvaise tolérance ou patiente fragile
 - Avis spécialisé au moindre doute
- **Toxicité digestive (nausées, vomissements, diarrhées)**
 - Prévention par des antiémétiques et des antidiarrhéiques prescrits lors des cures et des périodes d'inter-cures à domicile, une hydratation suffisante
 - Hospitalisation en urgence en cas de diarrhée ou vomissements persistants ou associés à une fièvre et/ou à une neutropénie
- **Neurotoxicité (principalement neuropathies périphériques)**
 - Détection clinique + questionnaire DN4⁴
 - Traitement symptomatique par antalgiques spécifiques
- **Toxicité musculo-squelettique (arthralgies, myalgies)**
- **Toxicité cutanée et sous-cutanée (alopécie temporaire, troubles cutanés)**
 - Prescription d'une prothèse ou d'accessoires capillaires (10)
 - Le casque réfrigérant peut parfois limiter la chute des cheveux
- **Infections (principalement des voies urinaires et respiratoires hautes)**
- **Réactions au site d'injection (œdème localisé, douleur, érythème, induration, parfois extravasation pouvant conduire à une cellulite, une fibrose et une nécrose cutanées)**
- **Ototoxicité (acouphènes)**
- **Troubles visuels**
- **Toxicité cardiovasculaire (notamment bradycardie, hypotension)**
- **Mucite**
 - Prévention par une bonne hygiène bucco-dentaire (brosse à dents chirurgicale souple)
 - Bains de bouche au bicarbonate 1,4 % 5 à 6 fois/jour ; les bains de bouche à base d'alcool ou d'antiseptiques sont contre-indiqués, car ils dessèchent la muqueuse
 - Antalgiques locaux ou systémiques
 - Antifongiques en cas de surinfection mycotique
 - Hospitalisation parfois nécessaire si la toxicité est importante
- **Affections respiratoires (trouble respiratoire, maladie pulmonaire interstitielle, bronchospasme)**

Des cas de maladie veino-occlusive hépatique (dont certains mortels), de syndrome hémolytique et urémique (pouvant engager le pronostic vital), de syndrome leucoencéphalopathique postérieur réversible et de syndrome de lyse tumorale ont été rapportés

PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DES TRAITEMENTS DU CANCER DE L'OVAIRE ET CONDUITES À TENIR (Conseils pratiques pour les patientes dans le guide Cancer Info : Les traitements des cancers de l'ovaire)

THÉRAPIE CIBLÉE (bevacizumab) (6) (9)

- **Hypertension artérielle**
 - Surveillance, avis spécialisé si HTA résistante
- **Néphropathie avec protéinurie sévère**
 - Bandelettes urinaires et/ou dosage de protéinurie avant les cures
 - Parfois nécessité de l'arrêt du traitement par l'équipe spécialisée
- **Complication de la cicatrisation des plaies**
 - Pas d'initiation du traitement pendant au moins 4 semaines après une chirurgie lourde, ou tant que la plaie chirurgicale n'est pas totalement cicatrisée
 - En cas de chirurgie planifiée ou de complication de la cicatrisation d'une plaie, suspension du traitement par l'équipe spécialisée
- **Risque thromboembolique artériel (AVC, AIT, IDM) et veineux** (risque élevé chez les patientes diabétiques)
 - Surveillance/observation
 - En cas de survenue d'accident embolique, l'arrêt définitif du traitement est discuté par l'équipe spécialisée en fonction de sa nature (artériel ou veineux), du grade et du rapport bénéfice/risque
- **Leuco-encéphalopathie postérieure** (pouvant se révéler par un syndrome confusionnel)
 - Réversible à l'arrêt du traitement
 - Nécessite un traitement symptomatique, dont le contrôle de l'hypertension, et l'arrêt du traitement par bevacizumab par l'équipe spécialisée
- **Risque hémorragique : épistaxis, hémorragies liées à la tumeur, hémorragies pulmonaires, hémoptysies graves**
 - L'arrêt définitif du traitement est discuté par l'équipe spécialisée en fonction de la nature et de la sévérité de l'hémorragie et du rapport bénéfice/risque
- **Neutropénies sévères, neutropénies fébriles, infections avec ou sans neutropénie sévère**
 - Si T° > 38,5°C : NFS et antibiothérapie jusqu'à la sortie d'agranulocytose
 - Hospitalisation si mauvaise tolérance ou signes de localisation
- **Ostéonécrose de la mâchoire**
 - Soins dentaires préventifs avant le traitement
 - Hygiène bucco-dentaire et consultation stomatologique
- **Douleurs abdominales aiguës pouvant suggérer des perforations gastro-intestinales**
- **Perforations gastro-intestinales**
 - Hospitalisation en urgence
 - En cas de perforation gastro-intestinale, l'arrêt définitif du bevacizumab est discuté par l'équipe spécialisée
- **Insuffisance cardiaque congestive**
 - Attention particulière chez les patientes atteintes d'une affection cardiovasculaire cliniquement significative ou d'une insuffisance cardiaque congestive préexistante



► Les professionnels de santé ont l'obligation de déclarer tout effet indésirable suspect (en ligne via le portail dédié solidarites-sante.gouv.fr, informations également disponibles sur le site de l'ANSM). (9)

4. Outil de dépistage des douleurs neuropathiques, disponible sur <http://www.sfetd-douleur.org/outils-specifiques>

L'accompagnement au sevrage tabagique (11) (12)

L'arrêt du tabac est indispensable, car sa poursuite majeure notamment le risque de complications des traitements, de second cancer et a un impact sur la survie. Le médecin généraliste, dans le cadre d'un accompagnement global et faisant suite à une décision partagée, intervient pour aider au sevrage tabagique de ses patientes atteintes de cancer de l'ovaire quel qu'en soit le stade. Depuis 2018, plusieurs substituts nicotiques sont remboursés par l'Assurance Maladie sur prescription.

Évaluation de la douleur (1) (3) (4) (5)

La recherche d'une symptomatologie douloureuse devrait être systématique chez toute patiente atteinte d'un cancer de l'ovaire. Liées au cancer ou aux traitements, ces douleurs altèrent fortement la qualité de vie. Si les symptômes douloureux ne sont pas rapidement contrôlés par les traitements classiques, la patiente sera orientée vers un médecin algologue ou un centre de la douleur. Un avis auprès de l'équipe spécialisée doit être envisagé en parallèle.

Directives anticipées et personne de confiance⁵ (1)

La patiente doit être informée de la possibilité de :

- choisir une personne de confiance (13), qui peut l'accompagner lors des entretiens médicaux, l'aider dans ses décisions et être consultée si elle se trouve dans l'incapacité de recevoir des informations sur son état de santé et d'exprimer sa volonté. La personne de confiance est choisie par la patiente et désignée par écrit à son entrée à l'hôpital. Elle appartient ou non à sa famille. La patiente peut revenir sur son choix à tout moment;
- rédiger des directives anticipées (14) pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment (disposition de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite Loi Léonetti, modifiée par la loi du 2 février 2016).

Soins palliatifs (15) (16) (17)

Les soins palliatifs sont considérés en cas de maladie trop avancée (non accessible à un traitement locorégional curatif ou en cas de maladie métastatique). L'accompagnement par une équipe de soins palliatifs peut être proposé tôt dans l'évolution de la maladie, y compris lorsque les traitements spécifiques sont poursuivis.

Dans cette phase avancée de cancer, l'implication du médecin généraliste est d'assurer le suivi de la patiente et l'accompagnement de fin de vie. La patiente peut se référer au médecin généraliste en dehors de l'hôpital. Celui-ci assure les soins en ambulatoire, en lien avec l'équipe spécialisée. Il coordonne l'action des soignants et des équipes mobiles auxquelles il peut faire appel: au réseau de soins palliatifs à domicile ou à l'hospitalisation à domicile (HAD).

La place des aidants est déterminante. Des bénévoles formés à l'écoute et à l'accompagnement sont présents dans certaines structures de soins palliatifs ou peuvent se déplacer à domicile.

Un annuaire national des structures de soins palliatifs et des associations de bénévoles d'accompagnement est disponible sur le site Internet de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (15).

4 SUIVI PARTAGÉ

Les objectifs du suivi d'un cancer de l'ovaire sont :

- détecter les récurrences locales ou à distance;
- rechercher et traiter les complications tardives liées aux traitements et les séquelles, veiller à la

qualité de vie et organiser les soins de support nécessaires;

- permettre une aide à la réinsertion sociale et/ou professionnelle.

Le suivi peut être alterné entre le médecin généraliste, le gynécologue et l'équipe spécialisée ayant réalisé le traitement. Le rôle du médecin généraliste est essentiel, en coordination avec les autres spécialistes. Un échange régulier d'informations dans les deux sens est indispensable.



70 % des patientes vont présenter une récurrence dans les deux ans, avec le plus souvent la reconstitution d'une maladie péritonéale diffuse à type de carcinose péritonéale.

RYTHME DES EXAMENS DE SUIVI D'UN CANCER DE L'OVAIRE		
SUIVI	EXAMENS	RYTHME
Clinique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Examen clinique comprenant un examen pelvien ■ Evaluation des symptômes 	<ul style="list-style-type: none"> ■ À 3 mois, 6 mois, 12 mois, 18 mois, 24 mois ■ puis une fois par an
Biologie	<p>Chez les patientes ayant eu une chirurgie initiale complète (résidu tumoral macroscopique nul) et avec un bon état général (ECOG 0) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ dosage sérique de marqueur, en particulier le CA125 (si initialement élevé) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ À partir de 6 mois après la fin de la chimiothérapie ■ puis tous les 6 mois
Imagerie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réalisée en cas d'élévation sérique du CA125 (voir ci-dessus) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Non systématique

Une surveillance par TDM thoracoabdominopelvienne systématique n'est pas indiquée
 Une échographie pelvienne est réalisée chez les patientes ayant bénéficié d'un traitement conservateur

5. Des modèles de directives anticipées et de désignation d'une personne de confiance sont indiqués dans les ressources, page 20

Le tableau suivant décrit les principaux effets indésirables tardifs des traitements. Les effets indésirables des traitements médicamenteux sont mentionnés pour la plupart dans le résumé des caractéristiques

du produit (RCP) de l'AMM des molécules correspondantes, disponible dans la Base de données publique des médicaments. (6) (9)

PRINCIPALES COMPLICATIONS TARDIVES DES TRAITEMENTS DU CANCER DE L'OVAIRE ET CONDUITES À TENIR (Conseils pratiques pour les patientes dans le guide Cancer Info : Les traitements des cancers de l'ovaire)

CHIRURGIE

- **Lymphocèle** (collection de lymphes au niveau du site de curage ganglionnaire)
 - Peut nécessiter un drainage habituellement sous contrôle radiologique ou en deuxième intention chirurgical

- **Lymphœdème du ou des membres inférieurs**
 - Peut nécessiter un traitement par drainage lymphatique manuel et/ou compression

- **Ménopause précoce**
 - Traitement hormonal substitutif selon les situations (équipe spécialisée)

**CHIMIOTHÉRAPIE CONVENTIONNELLE (6) (9)
 (généralement carboplatine en monothérapie ou associé à du paclitaxel)**

- **Fatigue**
 - Activité physique régulière adaptée à encourager
- **Neurotoxicité (principalement neuropathies périphériques)**
 - Détection clinique + questionnaire DN4⁶
 - Traitement symptomatique par antalgiques spécifiques

- **Persistance de troubles digestifs (diarrhées ou constipation)**
! Attention, leur modification doit faire suspecter une rechute

- **Ototoxicité (acouphènes)**

Dans certains cas, selon le type histologique du cancer, le traitement reçu, l'âge de la patiente et les symp-

tômes, un THS de la ménopause peut être proposé aux patientes par l'équipe spécialisée.

PRINCIPALES LOCALISATIONS À RISQUE DE SECOND CANCER APRÈS UN CANCER DE L'OVAIRE
Le sur-risque global de second cancer primitif après cancer de l'ovaire est faible et principalement lié aux traitements et à l'existence de prédispositions génétiques aux cancers

- **Leucémie aigüe myéloïde**
 - En particulier dans le cas d'un traitement à base d'agents alkylants (tel que le carboplatine)

- **Cancer colorectal**
 En particulier :
 - pour les femmes âgées de moins de 50 ans au moment du diagnostic de cancer de l'ovaire ;
 - et lorsqu'il existe un syndrome de Lynch

- **Cancer du sein**
 En particulier :
 - pour les femmes âgées de moins de 50 ans au moment du diagnostic de cancer de l'ovaire ;
 - et lorsqu'il existe un syndrome seins-ovaires (mutation BRCA1 ou 2)

APPROCHE MÉDICALE GLOBALE

- **Activité physique**
 - Encouragement à la pratique ou à la poursuite d'une activité physique régulière adaptée à la patiente et à ses capacités (18) (19)

- **Vaccinations**
 - **Tous les vaccins vivants sont contre-indiqués pendant au moins 6 mois après la fin de la chimiothérapie**
 - Les vaccinations doivent être conformes aux recommandations vaccinales spécifiques chez les patients sous chimiothérapie préconisées par le Haut Conseil de la santé publique (20)

- **Dépistages organisés d'autres cancers** chez les patientes de 50 à 74 ans (en dehors des patientes présentant des mutations génétiques qui bénéficient d'un suivi spécifique (7))
 - Cancer colorectal
 - Cancer du sein

- **Grossesse après traitement conservateur**
 - Il n'y a pas de contre-indication spécifique à un nombre limité de stimulations ovariennes après discussion en RCP⁷
 - Une annexectomie controlatérale après les grossesses ou à partir de l'âge de 40 ans sera discutée

6. Outil de dépistage des douleurs neuropathiques, disponible sur <http://www.sfetd-douleur.org/outils-specifiques>

7. Actuellement 4 tentatives de fécondation in vitro sont prises en charge par l'Assurance Maladie

ANNEXE 1

CLASSIFICATION FIGO 2014⁸

CLASSIFICATION FIGO (FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE) 2014 ⁸ ET CORRESPONDANCES AVEC LA CLASSIFICATION TNM/AJCC DU CANCER DE L'OVAIRE, DE LA TROMPE OU PÉRITONÉAL PRIMITIF, 2017 (8 ^E ÉDITION)		
STADES FIGO	TNM	DESCRIPTION
Stade I	T1	■ Tumeur limitée aux ovaires (un ou les 2) ou à 1 ou 2 trompes de Fallope
Stade IA	T1a	■ Tumeur limitée à un seul ovaire ; capsule intacte, sans tumeur à la surface de l'ovaire ou de la trompe ; pas de cellules malignes dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal
Stade IB	T1b	■ Tumeur limitée aux 2 ovaires ou aux 2 trompes de Fallope ; capsules intactes, sans tumeur à la surface des ovaires ou des trompes ; pas de cellules malignes dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal
Stade IC	T1c	■ Tumeur limitée à 1 ou 2 ovaires ou trompes de Fallope avec au moins l'un des éléments suivants :
Stade IC1	T1c1	■ Rupture chirurgicale
Stade IC2	T1c2	■ Rupture capsulaire préopératoire ou tumeur à la surface de l'ovaire ou de la trompe
Stade IC3	T1c3	■ Cellules malignes dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal
Stade II	T2	■ Tumeur concernant un ou 2 ovaires ou trompes de Fallope avec extension pelvienne ou cancer péritonéal primitif
Stade IIA	T2a	■ Extension et/ou greffe utérine et/ou tubaire et/ou ovarienne
Stade IIB	T2b	■ Extension à d'autres organes pelviens, incluant le côlon sigmoïde et le rectum
Stade III^a	T3 et/ou N1	■ Tumeur concernant un ou 2 ovaires ou trompes de Fallope ou cancer péritonéal primitif avec diffusion cytologiquement ou histologiquement confirmée au péritoine en dehors du pelvis et/ou adénopathies métastatiques rétropéritonéales
Stade IIIA1	N1	■ Adénopathies métastatiques rétropéritonéales uniquement
Stade IIIA1i	N1a	■ Adénopathies métastatiques ≤ 10 mm dans leur plus grande dimension
Stade IIIA1ii	N1b	■ Adénopathies métastatiques > 10 mm dans leur plus grande dimension
Stade IIIA2	T3a N0/N1	■ Envahissement péritonéal extrapelvien (au-dessus du pelvis) microscopique avec ou sans adénopathies rétropéritonéales, incluant l'envahissement des intestins
Stade IIIB	T3b N0/N1	■ Métastases péritonéales macroscopiques au-delà du pelvis ≤ 2 cm dans leur plus grande dimension, incluant l'envahissement des intestins en dehors du pelvis avec ou sans adénopathies rétropéritonéales
Stade IIIC	T3c N0/N1	■ Métastases péritonéales au-delà du pelvis > 2 cm dans leur plus grande dimension et/ou adénopathies métastatiques rétropéritonéales (incluant l'extension de la tumeur à la capsule du foie et de la rate sans envahissement parenchymateux d'autres organes)
Stade IV	M1	■ Métastases à distance (autres que les métastases péritonéales)
Stade IVA	M1a	■ Epanchement pleural avec cytologie positive
Stade IVB	M1b ^b	■ Métastases parenchymateuses et métastases aux organes extra-abdominaux (incluant les adénopathies inguinales et les adénopathies en dehors de la cavité abdominale)

a Métastase à la capsule du foie : T3 / stade III ; b Métastase au parenchyme du foie : M1 / stade IV

8. Prat J; FIGO Committee on Gynecologic Oncology. Staging classification for cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. Int J Gynecol Obstet. 2014;124:1-5.

ANNEXE 2

ADNEX MR SCORE

ADNEX MR SCORE			
SCORE	LÉSION en IRM	RISQUE DE MALIGNITÉ	CLASSIFICATION
1	■ Disparition de la lésion en IRM	0 %	Très faible risque
2	■ Kyste uniloculaire ou trompe avec hyperT2 (type5) sans portion tissulaire ■ Kyste uniloculaire endométriosique, sans rehaussement interne ■ Lésion graisseuse, sans portion tissulaire ■ Absence de rehaussement pariétal ■ Portion tissulaire en hypoT2W et hypo DW signal	0-1,7 %	Faible risque
3	■ Kyste uniloculaire avec hyperT1 (type 3-4) (non graisseux ou endométriosique) ■ Kyste multiloculaire, sans portion tissulaire ■ Portion tissulaire se rehaussant selon une courbe type 1	5,1-7,7 %	Risque intermédiaire
4	■ Portion tissulaire se rehaussant selon une courbe type 2	26,6-57,1 %	Risque élevé
5	■ Portion tissulaire se rehaussant selon une courbe type 3 ■ Implants péritonéaux	68,3-100 %	Très haut risque

RESSOURCES (DOCUMENTS, SITES INTERNET, PLATEFORMES TÉLÉPHONIQUES)

Documents et sites Internet

Pour les médecins généralistes

- (1) Document « Organisation des soins en cancérologie », INCa, juillet 2016, disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer: e-cancer.fr
- (2) Dossier Web sur l'oncogériatrie sur le site Internet de l'Institut national du cancer: e-cancer.fr
- (3) Fiche repère « La douleur en cancérologie » disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer: e-cancer.fr
- (4) Centre national de ressources de lutte contre la douleur: cnrd.fr
- (5) Ministère des Solidarités et de la Santé: dossier sur les structures spécialisées douleur chroniques, avec annuaire national: solidarites-sante.gouv.fr
- (6) Base de données publique exhaustive et gratuite sur les médicaments disponibles en France qui donne toute information sur les AMM des molécules, leurs effets indésirables, les avis de la HAS, leurs prix et leurs conditions de prescription: base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/
- (7) Femmes porteuses d'une mutation de BRCA1 ou BRCA2 /Détection précoce du cancer du sein et des annexes et stratégies de réduction du risque, Collection recommandations et référentiels, INCa, avril 2017, disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer: e-cancer.fr
- (8) Tests somatiques recherchant une déficience du système MMR au sein des tumeurs du spectre du syndrome de Lynch, Collection outils pour la pratique, INCa, juin 2016, disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer: e-cancer.fr
- (9) Pour déclarer un effet indésirable médicamenteux sur le site Internet de l'ANSM: ansm.sante.fr
- (10) Prescription des prothèses externes (capillaires et mammaires) chez les patients atteints de cancer, INCa, décembre 2018, disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer: e-cancer.fr
- (11) Fiche pour la pratique « L'arrêt du tabac chez le patient atteint de cancer », INCa, septembre 2016, disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer: e-cancer.fr
- (12) Dossier Web sur l'aide au sevrage tabagique sur le site Internet de l'Institut national du cancer: e-cancer.fr
- (13) Modèle pour la désignation d'une personne de confiance: service-public.fr
- (14) Modèle de directives anticipées: service-public.fr
- (15) Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), qui permet notamment de rechercher une structure de soins palliatifs et une association par localisation géographique sur tout le territoire: sfap.org
- (16) Union des associations pour le développement des soins palliatifs (UNASP), qui propose des définitions simples et claires pour expliquer les soins palliatifs, ainsi que les coordonnées des associations pour le développement des soins palliatifs (ASP) qui mettent à la disposition des malades leurs accompagnants bénévoles pour les aider, ainsi que leurs familles, à l'occasion d'une phase critique ou au moment de la phase terminale: soins-palliatifs.org
- (17) Conférence de consensus: « L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches » HAS/SFAP: has-sante.fr
- (18) « Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer. Des connaissances scientifiques aux repères pratiques » /Synthèse, collection Etats des lieux et des connaissances, INCa, mars 2017: e-cancer.fr
- (19) Fiche repère « Activité physique et cancer » disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer: e-cancer.fr
- (20) Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales du Haut Conseil de la santé publique: hcspp.fr

Pour les patientes et leurs proches

- Guides Cancer Info disponibles gratuitement sur le site Internet de l'Institut national du cancer: e-cancer.fr, dont en particulier:
 - Les traitements des cancers de l'ovaire
 - Démarches sociales et cancer
 - Participer à un essai clinique en cancérologie
 - Douleur et cancer
 - Fatigue et cancer
 - Vivre pendant et après un cancer

Plateformes téléphoniques

- **Centre national de ressources Soins Palliatif:** « Accompagner la fin de la vie; s'informer, en parler »: au 0811 020 300 (prix d'un appel local): informations sur les structures d'accueil et l'offre de soins, les droits des malades et de leurs familles, orientation vers les dispositifs d'aide et d'accompagnement (associations locales), écoute et espace de parole.
- **Ligne Cancer info** (service proposé par l'Institut national du cancer en partenariat avec la Ligue nationale contre le cancer) au 0805 123 124 (service et appel gratuits): une équipe constituée de spécialistes de l'information sur les cancers répond aux questions d'ordre pratique, médical et social du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures et le samedi de 9 heures à 14 heures. Un service d'écoute animé par des psychologues et une permanence juridique proposés par la Ligue nationale contre le cancer sont également disponibles du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures.
- **Tabac Info Service: 3989** (appel non surtaxé): un spécialiste répond aux questions. Possibilité de bénéficier d'un suivi personnalisé et gratuit par un tabacologue. tabac-info-service.fr

LISTE DES PARTICIPANTS RÉFÉRENCES



Organismes professionnels sollicités ayant proposé des experts conviés à titre individuel dans le groupe de travail :

- Collège de la médecine générale (CMG)
- Association française des infirmier(e)s de cancérologie (AFIC)

Groupe de travail

- **Dr Clément CHARRA**, médecin généraliste, Ladoix Serrigny
- **Mme Elianne DUBOIS**, infirmière, Centre Georges-François Leclerc, Dijon
- **Pr Bernard FRECHE**, médecin généraliste, Vaux sur Mer et Université de Poitiers
- **Dr Laurence GLADIEFF**, oncologue médicale, Institut Claudius Regaud, IUCT-Oncopole, Toulouse
- **M. Pascal GRALL**, pharmacien d'officine, Saint-Cloud
- **Dr Frédéric GUYON**, chirurgien gynécologue, Institut Bergonié, Bordeaux
- **Dr Thibault de LA MOTTE ROUGE**, oncologue médical, Centre Eugène Marquis, Rennes
- **Pr Lobna OULDAMER**, chirurgien gynécologue, CHU Bretonneau, Tours
- **Dr Marcel RUETSCH**, médecin généraliste, Dessenheim
- **Dr Alain SIARY**, médecin généraliste intervenant dans les formations conventionnelles, Genouillé

Chaque expert du groupe de travail a renseigné une déclaration d'intérêts, publiée sur le site DPI-SANTE. L'analyse des liens d'intérêts réalisée par l'Institut n'a pas mis en évidence de risque de conflits d'intérêts.

Institut national du cancer

- **Dr Marie de MONTBEL**, département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du médicament
- **Marianne DUPERRAY**, responsable du département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du médicament
- **Sophie NEGELLEN**, responsable du département Médicament, direction des Recommandations et du Médicament

Références

- Cowppli-Bony A, Uhry Z, Remonet L, Guizard A-V, Voirin N, Monnereau A, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 – Tumeurs solides – Synthèse. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2016. 8 p. Disponible: URL: invs.sante.fr et e-cancer.fr
- Groupe FRANCOGYN (Groupe français de recherche en chirurgie oncologique et gynécologique), en partenariat avec la SFOG (Société française d'oncologie gynécologique) et ARCAGY-GINECO sous l'égide du CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français). « Conduites à tenir initiales devant des patientes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire/Synthèse, novembre 2018. Disponible: URL: e-cancer.fr
- Haute Autorité de santé (HAS), Institut national du cancer (INCa). Guide ALD – Cancer de l'ovaire [online]. Collection Outils pour la pratique. Janvier 2010. Disponible: URL: e-cancer.fr et has-sante.fr
- Institut national du cancer (INCa). Identifier et prévenir les risques de second cancer primitif chez l'adulte, Collection état des lieux et des connaissances, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt. 2013. Disponible: URL: e-cancer.fr
- Jéhannin-Ligier K, Dantony E, Bossard N, Molinié F, Defossez G, Daubisse-Marliac L, Remonet L, Uhry Z. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017. Rapport technique. Saint-Maurice: Santé publique France, 2017. 80 p. Disponible à partir des URL: santepubliquefrance.fr et e-cancer.fr

Édité par l'Institut national du cancer (INCa)
Tous droits réservés - Siren 185 512 777
Conception : INCa
Réalisation : INCa
Illustrations : INCa

ISBN : 978-2-37219-480-8
ISBN net : 978-2-37219-481-5

DEPÔT LÉGAL JUILLET 2019



Cette brochure décrit le parcours de soins d'une patiente atteinte de cancer de l'ovaire. Le médecin généraliste a un rôle essentiel à tous les stades de ce parcours, en lien avec l'équipe spécialisée.

Démarche diagnostique, bilan initial, vue d'ensemble des modalités thérapeutiques de première intention et examens de suivi vous sont présentés de façon synthétique.

Vous trouverez également des informations sur la gestion des principaux effets indésirables des traitements et sur l'approche médicale globale, ainsi que des ressources pratiques pour vous et vos patientes.

Ce document est consultable et téléchargeable en ligne (e-cancer.fr) en version interactive permettant un accès aux informations plus rapide.

RÉF. OUIIMGKYADS18

e-cancer.fr

