

Cancer de l’ovaire

TRAITEMENT CHIRURGICAL

ANNEXES AU RAPPORT INTÉGRAL

ANNEXE 1 : RÉSULTATS DES ÉTUDES	2
STADES IA, IB ET IC : STADIFICATION COMPLÈTE <i>vs</i> STADIFICATION INCOMPLÈTE	2
STADES IA, IB ET IC : CURAGE PELVIEN ET PARA-AORTIQUE <i>vs</i> EXPLORATION PELVIENNE ET PARA-AORTIQUE	7
STADES IA, IB ET IC : LA STADIFICATION PAR COELIOSCOPIE EST-ELLE ACCEPTABLE ?	12
STADES IIA À IV : EXÉRÈSE COMPLÈTE <i>vs</i> EXÉRÈSE INCOMPLÈTE	24
STADES IIA À IV : ÉVALUATION DE LA RÉSECABILITÉ PAR COELIOSCOPIE <i>vs</i> LAPAROTOMIE	45
ANNEXE 2. RECHERCHE ET SÉLECTION BIBLIOGRAPHIQUE.....	47
ANNEXE 3. ÉQUATIONS DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	50
ANNEXE 4. INTERROGATION DES SITES INTERNET EBM.....	54
ANNEXE 5. GRILLES D’ANALYSE CRITIQUE.....	56
ANNEXE 6. PROCESSUS DE RELECTURE NATIONALE.....	58
ANNEXE 7. SYNTHÈSE DES COMMENTAIRES DE LA RELECTURE NATIONALE	61

ANNEXE 1 : RÉSULTATS DES ÉTUDES

STADES IA, IB ET IC : STADIFICATION COMPLÈTE vs STADIFICATION INCOMPLÈTE

RÉFÉRENCE	TRIMBOS2003																												
TYPE D'ÉTUDE	Essai randomisé de phase III																												
PÉRIODE D'INCLUSION	11/1990 - 01/2000																												
POPULATION	<p>448 carcinomes ovariens histologiquement confirmés 448 patientes incluses / 448 patientes évaluées</p> <table border="0"> <tr> <td><u>Stade (FIGO)</u></td> <td><u>Type histologique</u></td> </tr> <tr> <td>IA : N = 76 (A), 79 (B)</td> <td>Séveux : N = 74 (A), 82 (B)</td> </tr> <tr> <td>IB : N = 18 (A), 19 (B)</td> <td>Endométrioïdes : N = 72 (A), 48 (B)</td> </tr> <tr> <td>IC* : N = 28 (A), 22 (B)</td> <td>Mucineux : N = 35 (A), 42 (B)</td> </tr> <tr> <td>IC** : N = 52 (A), 64 (B)</td> <td>Cellules claires : N = 26 (A), 37 (B)</td> </tr> <tr> <td>IC*** : N = 33 (A), 24 (B)</td> <td>Indifférenciés : N = 5 (A), 3 (B)</td> </tr> <tr> <td>IIA : N = 15 (A), 16 (B)</td> <td>Autres : N = 9 (A), 7 (B)</td> </tr> <tr> <td>Données manquantes : N = 2 (A), 0 (B)</td> <td>Données manquantes : N = 3 (A), 5 (B)</td> </tr> <tr> <td><u>Grade tumoral</u></td> <td><u>Stadification chirurgicale</u></td> </tr> <tr> <td>1 : N = 28 (A), 26 (B)</td> <td>Complete : N = 75 (A), 76 (B)</td> </tr> <tr> <td>2 : N = 114 (A), 114 (B)</td> <td>Intermédiaire : N = 68 (A), 70 (B)</td> </tr> <tr> <td>3 : N = 78 (A), 78 (B)</td> <td>Minimale : N = 60 (A), 54 (B)</td> </tr> <tr> <td>Inconnu : N = 2 (A), 6 (B)</td> <td>Inadéquate : N = 19 (A), 24 (B)</td> </tr> <tr> <td>Données manquantes : N = 2 (A), 0 (B)</td> <td>Données manquantes : N = 2 (A), 0 (B)</td> </tr> </table>	<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Type histologique</u>	IA : N = 76 (A), 79 (B)	Séveux : N = 74 (A), 82 (B)	IB : N = 18 (A), 19 (B)	Endométrioïdes : N = 72 (A), 48 (B)	IC* : N = 28 (A), 22 (B)	Mucineux : N = 35 (A), 42 (B)	IC** : N = 52 (A), 64 (B)	Cellules claires : N = 26 (A), 37 (B)	IC*** : N = 33 (A), 24 (B)	Indifférenciés : N = 5 (A), 3 (B)	IIA : N = 15 (A), 16 (B)	Autres : N = 9 (A), 7 (B)	Données manquantes : N = 2 (A), 0 (B)	Données manquantes : N = 3 (A), 5 (B)	<u>Grade tumoral</u>	<u>Stadification chirurgicale</u>	1 : N = 28 (A), 26 (B)	Complete : N = 75 (A), 76 (B)	2 : N = 114 (A), 114 (B)	Intermédiaire : N = 68 (A), 70 (B)	3 : N = 78 (A), 78 (B)	Minimale : N = 60 (A), 54 (B)	Inconnu : N = 2 (A), 6 (B)	Inadéquate : N = 19 (A), 24 (B)	Données manquantes : N = 2 (A), 0 (B)	Données manquantes : N = 2 (A), 0 (B)
<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Type histologique</u>																												
IA : N = 76 (A), 79 (B)	Séveux : N = 74 (A), 82 (B)																												
IB : N = 18 (A), 19 (B)	Endométrioïdes : N = 72 (A), 48 (B)																												
IC* : N = 28 (A), 22 (B)	Mucineux : N = 35 (A), 42 (B)																												
IC** : N = 52 (A), 64 (B)	Cellules claires : N = 26 (A), 37 (B)																												
IC*** : N = 33 (A), 24 (B)	Indifférenciés : N = 5 (A), 3 (B)																												
IIA : N = 15 (A), 16 (B)	Autres : N = 9 (A), 7 (B)																												
Données manquantes : N = 2 (A), 0 (B)	Données manquantes : N = 3 (A), 5 (B)																												
<u>Grade tumoral</u>	<u>Stadification chirurgicale</u>																												
1 : N = 28 (A), 26 (B)	Complete : N = 75 (A), 76 (B)																												
2 : N = 114 (A), 114 (B)	Intermédiaire : N = 68 (A), 70 (B)																												
3 : N = 78 (A), 78 (B)	Minimale : N = 60 (A), 54 (B)																												
Inconnu : N = 2 (A), 6 (B)	Inadéquate : N = 19 (A), 24 (B)																												
Données manquantes : N = 2 (A), 0 (B)	Données manquantes : N = 2 (A), 0 (B)																												
INTERVENTIONS	<p>Bras A : chirurgie + observation (N = 224) Bras B : chirurgie + chimiothérapie adjuvante (N = 224)</p>																												
CRITÈRES DE JUGEMENT	Survie globale, survie sans récurrence, survie sans métastases, survie sans progression, taux de récurrences locales, morbidité postopératoire, qualité de vie																												
RÉSULTATS	<p><u>Association entre stadification complète et augmentation de la SG et de la SSR :</u> SG (A) : HR = 2,31 [IC95 : 1,08-4,96], p = 0,03. SSR (A) : HR = 1,82 [IC95 : 1,02-3,24], p = 0,04. <u>SG à 5 ans :</u> A vs B : HR = 0,69 [IC95 : 0,44-1,08], p = 0,1. Taux rapporté de la SG à 5 ans : • 78 % (A) vs 85 % (B) (Δ = 7,00 % [IC95 : -1,08-15,72]). <u>SSR à 5 ans :</u> A vs B : HR = 0,63 [IC95 : 0,43-0,92], p = 0,02. Taux rapporté de la SSR à 5 ans : • 68 % (A) vs 76 % (B) (Δ = 8,00 % [IC95 : -0,88-18,04]).</p>																												

Suite >>

RÉSULTATS (FIN)

Facteurs pronostiques de la SG :

Stadification chirurgicale

- AU : HR = 2,24 [IC95 : 1,29-3,90], p = 0,004 ;
- AM : HR = 2,05 [IC95 : 1,14-3,67], p = 0,04.

Grade tumoral

- AU : HR = 1,64 [IC95 : 1,05-2,56], p = 0,03 ;
- AM : HR = 1,62 [IC95 : 1,03-2,54], p = 0,03.

Type histologique

- AU : HR = 1,79 [IC95 : 1,11-2,88], p = 0,02 ;
- AM : HR = 1,72 [IC95 : 1,06-2,79], p = 0,02.

Facteurs pronostiques de la SSR :

Stadification chirurgicale

- AU : HR = 2,06 [IC95 : 1,25-3,9], p = 0,004 ;
- AM : HR = 1,96 [IC95 : 1,18-3,26], p = 0,009.

Grade tumoral

- AU : HR = 1,85 [IC95 : 1,28-2,69], p = 0,001 ;
- AM : HR = 1,86 [IC95 : 1,28-2,70], p = 0,001.

Impact de la stadification complète sur la survie des patientes :

- SG : A : HR = 2,31 [IC95 : 1,08-4,96], p = 0,03 ; B : ns ;
- SSR : A : HR = 1,82 [IC95 : 1,02-3,24], p = 0,04 ; B : ns.

En cas de stadification complète :

- SG : A vs B : HR = 0,81 [IC95 : 0,32-2,05], p = 0,7 ;
- SSR : A vs B : HR = 1,14 [IC95 : 0,54-2,95], p = 0,7.

En cas de stadification incomplète :

- SG : A vs B : HR = 1,75 [IC95 : 1,04-2,95], p = 0,03 ;
- SSR : A vs B : HR = 1,78 [IC95 : 1,15-2,77], p = 0,009.

Δ : différence ; * : surface ovarienne ; ** : rupture capsulaire ; *** : ascite ; AM : analyse multivariée ; AU : analyse univariée ; HR : Hazard Ratio ; IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; ns : non significatif ; SG : survie globale ; SSR : survie sans récurrence ; vs : versus.

RÉFÉRENCE	LE2002														
TYPE D'ÉTUDE	Étude rétrospective comparative														
PÉRIODE D'INCLUSION	1975 - 1999														
POPULATION	<p>138 cancers de l'ovaire de stades précoces</p> <table> <tr> <td><u>Grade tumoral</u></td> <td><u>Type histologique</u></td> </tr> <tr> <td>1 : 46,8 % (A), 47,7 % (B)</td> <td>Séreux : 30,9 % (A), 22,7 % (B)</td> </tr> <tr> <td>2 : N = 26,6 % (A), 29,5 % (B)</td> <td>Mucineux : 25,5 % (A), 27,3 % (B)</td> </tr> <tr> <td>3 : 26,6 % (A), 22,7 % (B)</td> <td>Endométrioïdes : 23,4 % (A), 22,7 % (B)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Cellules claires : 16,0 % (A), 11,4 % (B)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Anaplasiques : 3,2 % (A), 0,0 % (B)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Mixtes : 1,1 % (A), 15,9 % (B)</td> </tr> </table> <p><u>Chimiothérapie adjuvante</u></p> <p>Oui : 36,2 % (A), 43,2 % (B)</p> <p>Non : 63,8 % (A), 56,8 % (B)</p>	<u>Grade tumoral</u>	<u>Type histologique</u>	1 : 46,8 % (A), 47,7 % (B)	Séreux : 30,9 % (A), 22,7 % (B)	2 : N = 26,6 % (A), 29,5 % (B)	Mucineux : 25,5 % (A), 27,3 % (B)	3 : 26,6 % (A), 22,7 % (B)	Endométrioïdes : 23,4 % (A), 22,7 % (B)		Cellules claires : 16,0 % (A), 11,4 % (B)		Anaplasiques : 3,2 % (A), 0,0 % (B)		Mixtes : 1,1 % (A), 15,9 % (B)
<u>Grade tumoral</u>	<u>Type histologique</u>														
1 : 46,8 % (A), 47,7 % (B)	Séreux : 30,9 % (A), 22,7 % (B)														
2 : N = 26,6 % (A), 29,5 % (B)	Mucineux : 25,5 % (A), 27,3 % (B)														
3 : 26,6 % (A), 22,7 % (B)	Endométrioïdes : 23,4 % (A), 22,7 % (B)														
	Cellules claires : 16,0 % (A), 11,4 % (B)														
	Anaplasiques : 3,2 % (A), 0,0 % (B)														
	Mixtes : 1,1 % (A), 15,9 % (B)														
INTERVENTIONS	<p>Bras A : stadification initiale (N = 94)</p> <p>Bras B : pas de stadification initiale (N = 44)</p>														
RÉSULTATS	<p><u>Atteinte ganglionnaire isolée</u> : 12 %</p> <p><u>Facteurs prédictifs de la récurrence (régression logistique)</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Age : OR = 1,032 [IC95 : 1,001-1,063], p = 0,043 ; • Grade : OR = 4,16 [IC95 : 1,606-10,768], p = 0,03 ; • Le manque de stadification correcte : OR = 2,62 [IC95 : 1,086-6,316], p = 0,032. <p><u>Récurrence</u> : Absence de récurrence : 81,9 % (A) vs 65,9 % (B).</p> <p><u>Décès liés à la maladie</u> : 18,1 % (A) vs 34,1 % (B).</p>														

IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; OR : Odd Ratio ; vs : versus.

RÉFÉRENCE	ZANETTA1998																
TYPE D'ÉTUDE	Étude rétrospective non comparative																
PÉRIODE D'INCLUSION	10/1981 - 12/1991																
POPULATION	<p>351 carcinomes ovariens</p> <table> <thead> <tr> <th><u>Stade (FIGO)</u></th> <th><u>Type histologique</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>IA : N = 180</td> <td>Séreux : N = 105</td> </tr> <tr> <td>IB : N = 27</td> <td>Endométrioïdes : N = 101</td> </tr> <tr> <td>IC : N = 77</td> <td>Mucineux : N = 91</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Cellules claires : N = 36</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Autres : N = 18</td> </tr> </tbody> </table> <table> <thead> <tr> <th><u>Grade tumoral</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 : N = 153</td> </tr> <tr> <td>2 : N = 121</td> </tr> <tr> <td>3 : N = 77</td> </tr> </tbody> </table>	<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Type histologique</u>	IA : N = 180	Séreux : N = 105	IB : N = 27	Endométrioïdes : N = 101	IC : N = 77	Mucineux : N = 91		Cellules claires : N = 36		Autres : N = 18	<u>Grade tumoral</u>	1 : N = 153	2 : N = 121	3 : N = 77
<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Type histologique</u>																
IA : N = 180	Séreux : N = 105																
IB : N = 27	Endométrioïdes : N = 101																
IC : N = 77	Mucineux : N = 91																
	Cellules claires : N = 36																
	Autres : N = 18																
<u>Grade tumoral</u>																	
1 : N = 153																	
2 : N = 121																	
3 : N = 77																	
INTERVENTION	Stadification chirurgicale																
RÉSULTATS	<p><u>Taux de survie (p = ns) :</u> Stade IA : 86 %. Stade IB : 88 %. Stade IC : 84 %.</p> <p><u>Facteurs pronostiques sur la survie (AM) :</u> SSR : <ul style="list-style-type: none"> Grade (1-2 vs 3) : p = 0,0001 ; Stadification (complète-péritonéale vs incomplète) : p = 0,007. SG : <ul style="list-style-type: none"> Grade (1-2 vs 3) : p = 0,0002 ; Stadification (complète-péritonéale vs incomplète) : p = 0,008. <u>Récidives en fonction du degré de stadification :</u> <ul style="list-style-type: none"> Locales : <ul style="list-style-type: none"> Stadification complète (N = 1000) : N = 5 (5 %) ; Stadification péritonéale (N = 107) : N = 13 (12 %) ; Stadification incomplète (N = 144) : N = 18 (12 %). A distance : <ul style="list-style-type: none"> Stadification complète (N = 100) : N = 3 (3 %) ; Stadification péritonéale (N = 107) : N = 3 (3 %) ; Stadification incomplète (N = 144) : N = 14 (9,7 %). Atteinte ganglionnaire : <ul style="list-style-type: none"> Stadification complète (N = 100) : N = 2 (2 %) ; Stadification péritonéale (N = 107) : N = 3 (3 %) ; Stadification incomplète (N = 144) : N = 2 (1,3 %). </p>																

AM : analyse multivariée ; SG : survie globale ; SSR : survie sans récurrence ; vs : versus.

RÉFÉRENCE	RAMIREZ2006													
TYPE D'ÉTUDE	Étude rétrospective non comparative													
PÉRIODE D'INCLUSION	01/1992 - 12/2004													
POPULATION	57 tumeurs malignes de l'ovaire <table> <tr> <td><i>Formes tumorales)</i></td> <td><i>Grade tumoral</i></td> </tr> <tr> <td>CEIO : N = 35</td> <td>1 : N = 7</td> </tr> <tr> <td>TOFPM : N = 15</td> <td>2 : N = 10</td> </tr> <tr> <td>TCG : N = 4</td> <td>3 : N = 15</td> </tr> <tr> <td>Autres : N = 3</td> <td>Données manquantes : N = 25</td> </tr> </table> <table> <tr> <td><i>Stade (FIGO)</i></td> </tr> <tr> <td>I : N = 46</td> </tr> <tr> <td>II : N = 11</td> </tr> </table>	<i>Formes tumorales)</i>	<i>Grade tumoral</i>	CEIO : N = 35	1 : N = 7	TOFPM : N = 15	2 : N = 10	TCG : N = 4	3 : N = 15	Autres : N = 3	Données manquantes : N = 25	<i>Stade (FIGO)</i>	I : N = 46	II : N = 11
<i>Formes tumorales)</i>	<i>Grade tumoral</i>													
CEIO : N = 35	1 : N = 7													
TOFPM : N = 15	2 : N = 10													
TCG : N = 4	3 : N = 15													
Autres : N = 3	Données manquantes : N = 25													
<i>Stade (FIGO)</i>														
I : N = 46														
II : N = 11														
INTERVENTION	Stadification chirurgicale													
RÉSULTATS	<i>Taux de survie globale à 5 ans : 89 %</i> <i>Complications intra et/ou postopératoires liées à une appendicectomie : N = 0</i>													

CEIO : carcinomes épithéliaux invasifs de l'ovaire ; TCG : tumeurs des cellules germinales ; TOFPM : tumeurs ovariennes à faible potentiel malin.

STADES IA, IB ET IC : CURAGE PELVIEN ET PARA-AORTIQUE vs EXPLORATION PELVIENNE ET PARA-AORTIQUE

RÉFÉRENCE	MAGGIONI2006																								
TYPE D'ÉTUDE	Essai randomisé de phase III																								
PÉRIODE D'INCLUSION	01/1991 - 05/2003																								
POPULATION	<p>268 carcinomes ovariens histologiquement confirmés 310 patientes incluses / 268 patientes évaluées</p> <table border="0"> <tr> <td><u>Stade (FIGO)</u></td> <td><u>Type histologique</u></td> </tr> <tr> <td>I : N = 90 (A), 102 (B)</td> <td>Séreux : N = 43 (A), 61 (B)</td> </tr> <tr> <td>II : N = 39 (A), 33 (B)</td> <td>Mucineux : N = 22 (A), 14 (B)</td> </tr> <tr> <td>Données manquantes : N = 1 (A), 3 (B)</td> <td>Cellules claires : N = 19 (A), 16 (B)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Endométrioïdes : N = 34 (A), 24 (B)</td> </tr> <tr> <td><u>Grade tumoral</u></td> <td>Indifférenciés : N = 8 (A), 7 (B)</td> </tr> <tr> <td>1 : N = 20 (A), 30 (B)</td> <td>Autres : N = 2 (A), 8 (B)</td> </tr> <tr> <td>2 : N = 41 (A), 29 (B)</td> <td>Données manquantes : N = 2 (A), 8 (B)</td> </tr> <tr> <td>3 : N = 65 (A), 72 (B)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Données manquantes : N = 4 (A), 7 (B)</td> <td><u>Résidu tumoral</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Nul : N = 126 (A), 133 (B)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>≤ 1 cm : N = 4 (A), 5 (B)</td> </tr> </table>	<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Type histologique</u>	I : N = 90 (A), 102 (B)	Séreux : N = 43 (A), 61 (B)	II : N = 39 (A), 33 (B)	Mucineux : N = 22 (A), 14 (B)	Données manquantes : N = 1 (A), 3 (B)	Cellules claires : N = 19 (A), 16 (B)		Endométrioïdes : N = 34 (A), 24 (B)	<u>Grade tumoral</u>	Indifférenciés : N = 8 (A), 7 (B)	1 : N = 20 (A), 30 (B)	Autres : N = 2 (A), 8 (B)	2 : N = 41 (A), 29 (B)	Données manquantes : N = 2 (A), 8 (B)	3 : N = 65 (A), 72 (B)		Données manquantes : N = 4 (A), 7 (B)	<u>Résidu tumoral</u>		Nul : N = 126 (A), 133 (B)		≤ 1 cm : N = 4 (A), 5 (B)
<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Type histologique</u>																								
I : N = 90 (A), 102 (B)	Séreux : N = 43 (A), 61 (B)																								
II : N = 39 (A), 33 (B)	Mucineux : N = 22 (A), 14 (B)																								
Données manquantes : N = 1 (A), 3 (B)	Cellules claires : N = 19 (A), 16 (B)																								
	Endométrioïdes : N = 34 (A), 24 (B)																								
<u>Grade tumoral</u>	Indifférenciés : N = 8 (A), 7 (B)																								
1 : N = 20 (A), 30 (B)	Autres : N = 2 (A), 8 (B)																								
2 : N = 41 (A), 29 (B)	Données manquantes : N = 2 (A), 8 (B)																								
3 : N = 65 (A), 72 (B)																									
Données manquantes : N = 4 (A), 7 (B)	<u>Résidu tumoral</u>																								
	Nul : N = 126 (A), 133 (B)																								
	≤ 1 cm : N = 4 (A), 5 (B)																								
INTERVENTIONS	<p>Bras A : échantillonnage (<i>sampling</i>) (N = 130) Bras B : lymphadénectomie aortique et pelvienne systématique (N = 138)</p>																								
CRITÈRE DE JUGEMENT	Survie globale, survie sans récurrence, survie sans métastase, survie sans progression, taux de récurrences locales, morbidité postopératoire, qualité de vie																								
RÉSULTATS	<p><u>Atteinte ganglionnaire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 9 % (A) vs 22 % (B), p = 0,007 ; • Stadification initiale : stade I : 4 % (A) vs 18 % (B) ; • Stadification initiale : stade II : 20 % (A) vs 31 % (B). <p><u>Relation de corrélation entre atteinte ganglionnaire et grade tumoral :</u> Bras B : 31 % (grade III) vs 11 % (grades I/II), p = 0,004.</p> <p><u>Relation de corrélation entre atteinte ganglionnaire et type histologique :</u> Bras B : 33 % (type séreux ou indifférencié) vs 10 % (autres types), p = 0,005.</p> <p><u>Recours à une chimiothérapie postopératoire en cas d'absence d'atteinte ganglionnaire détectée :</u> 66 % (A) vs 51 % (B), p = 0,03.</p> <p><u>Risque ajusté de progression (suivi médian : 87,8 mois) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • A vs B : HR = 0,72 [IC95 : 0,46-1,21], p = 0,16 ; • A vs B : HR = 0,85 [IC95 : 0,49-1,47], p = 0,566. 																								

Suite >>

RÉFÉRENCE	MAGGIONI2006
-----------	--------------

RÉSULTATS (FIN)	<p><u>Taux de survie sans progression à 5 ans :</u> 71,3 % (A) vs 78,3 % (B) ($\Delta = 7\%$ [IC95 : -3,4-14,3]).</p> <p><u>Taux de survie globale à 5 ans :</u> 81,3 % (A) vs 84,2 % (B) ($\Delta = 2,9\%$ [IC95 : -7-9,2]).</p> <p><u>Durée opératoire médiane :</u> 150 min (A) vs 240 min (B), $p < 0,0001$.</p> <p><u>Perte sanguine médiane :</u> 300 ml (A) vs 600 ml (B), $p < 0,0001$.</p> <p><u>Recours à une transfusion sanguine :</u> 21,85 % (A) vs 35,5 % (B), $p = 0,012$.</p> <p><u>Durée médiane du séjour à l'hôpital :</u> 6 jours (A) vs 7 jours (B), $p = 0,003$.</p>
------------------------	---

Δ : différence ; HR : Hazard Ratio ; IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; vs : versus.

RÉFÉRENCE	CHAN2007A
TYPE D'ÉTUDE	Étude rétrospective comparative
PÉRIODE D'INCLUSION	01/1988 - 12/2001
POPULATION	<p>6 686 tumeurs de l'ovaire</p> <p><u>Stade (FIGO)</u></p> <p>IA : N = 2 378 (A), 1 714 (B)</p> <p>IB : N = 205 (A), 187 (B)</p> <p>IC : 995 (A), 845 (B)</p> <p>I* : N = 246 (A), 116 (B)</p> <p><u>Formes tumorales</u></p> <p>CEO* : N = 2 900 (A), 2 136 (B)</p> <p>CEO : N = 305 (A), 398 (B)</p> <p>TCG : N = 313 (A), 182 (B)</p> <p>Sarcomes : N = 87 (A), 57 (B)</p> <p>TSCS : N = 219 (A), 89 (B)</p> <p><u>Grade tumoral</u></p> <p>1 : N = 822 (A), 680 (B)</p> <p>2 : N = 890 (A), 814 (B)</p> <p>3 : N = 633 (A), 631 (B)</p> <p>Inconnu : N = 1 479 (A), 737 (B)</p> <p><u>Chirurgie :</u></p> <p>Pas de chirurgie : N = 242 (A), 6 (B)</p> <p>Chirurgie sans hystérectomie : N = 1 240 (A), 603 (B)</p> <p>Chirurgie avec hystérectomie : N = 2 342 (A), 2 253 (B)</p>
INTERVENTIONS	<p>Bras A : pas de lymphadénectomie (N = 2 862)</p> <p>Bras B : lymphadénectomie (N = 3 824)</p>
RÉSULTATS	<p><u>SSM à 5 ans :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • < 50 ans : 93,4 % (A) vs 94,1 % (B), p = 0,52 ; • ≥ 5 ans : 82,3 % (A) vs 92 % (B), p < 0,001 ; • CEO* : 85,9 % (A) vs 93,3 % (B), p < 0,001 ; • CEO (cellules claires) : 83,8 % (A) vs 86,6 % (B), p = 0,31 ; • Sarcomes : 75,9 % (A) vs 87,1 % (B), p = 0,14 ; • Grade 1 : 94,7 % (A) vs 96,4 % (B), p = 0,08 ; • Grade 2 : 91,1 % (A) vs 93,6 % (B) ; • Grade 3 : 74,4 % (A) vs 88,8 % (B), p < 0,001. <p><u>Impact du nombre de ganglions réséqués sur la survie :</u></p> <p>Stade IC (N = 0,1-9, ≥ 10) : 72,8 %, 86,7 %, 90,1 %, p < 0,001.</p> <p><u>Impact du nombre de ganglions réséqués sur la SSM à 5 ans :</u></p> <p>CEO* (N = 0, 1-9, ≥ 10) : 85,6 %, 93,3 %, 93,5 %, p < 0,001.</p> <p><u>Impact du nombre de ganglions réséqués sur le taux de survie :</u></p> <p>Grade 3 (N = 0,1-9, ≥ 10) : 74,4 %, 87,5 %, 90,5 %, p < 0,001.</p> <p><u>Facteurs pronostiques indépendants sur la survie des patientes atteintes de CEO (AM) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stades (IA/IB vs IC/I*) : HR = 1,72 [IC95 : 1,38-2,13], p < 0,001 ; • Grades (1-2 vs 3) : HR = 2,17 [IC95 : 1,86-2,53], p < 0,001 ; • Âge au diagnostic : HR = 1,02 [IC95 : 1,01-1,02], p < 0,001 ; • Lymphadénectomie (N = 0, 1-9, ≥ 10) : HR = 0,72 [IC95 : 0,62-0,84], p < 0,001 ; • Chirurgie (oui vs non) : HR = 0,14 [IC95 : 0,08-0,23], p < 0,001.

I* : non autrement indiqué ; AM : analyse multivariée ; CEO : cancers épithéliaux de l'ovaire ; CEO* : cancers épithéliaux de l'ovaire (non à cellules claires) ; IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; SSM : survie spécifique à la maladie ; TCG : tumeurs des cellules germinales ; TSCS : tumeurs stromales des cordons sexuels ; vs : *versus*.

RÉFÉRENCE	MORICE2003B																												
TYPE D'ÉTUDE	Étude rétrospective non comparative																												
PÉRIODE D'INCLUSION	1985 - 2001																												
POPULATION	<p>276 cancers de l'ovaire</p> <table> <tr> <td><u>Stade (FIGO)*</u></td> <td><u>Type histologique</u></td> </tr> <tr> <td>IA : N = 60</td> <td>Séreux : N = 157</td> </tr> <tr> <td>IB : N = 12</td> <td>Mucineux : N = 30</td> </tr> <tr> <td>IC : N = 13</td> <td>Endométrioïdes : N = 56</td> </tr> <tr> <td>II : N = 15</td> <td>Autres : N = 33</td> </tr> <tr> <td>III + IV : N = 176</td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>Grade tumoral</u></td> <td><u>Latéralité</u></td> </tr> <tr> <td>1 : N = 45</td> <td>Droite : N = 46</td> </tr> <tr> <td>2 : N = 122</td> <td>Gauche : N = 69</td> </tr> <tr> <td>3 : N = 81</td> <td>Bilatérale : N = 158</td> </tr> <tr> <td>Non grade : N = 28</td> <td>Non établis : N = 3</td> </tr> <tr> <td><u>Chimiothérapie antérieure</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Oui : N = 105</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Non : N = 171</td> <td></td> </tr> </table>	<u>Stade (FIGO)*</u>	<u>Type histologique</u>	IA : N = 60	Séreux : N = 157	IB : N = 12	Mucineux : N = 30	IC : N = 13	Endométrioïdes : N = 56	II : N = 15	Autres : N = 33	III + IV : N = 176		<u>Grade tumoral</u>	<u>Latéralité</u>	1 : N = 45	Droite : N = 46	2 : N = 122	Gauche : N = 69	3 : N = 81	Bilatérale : N = 158	Non grade : N = 28	Non établis : N = 3	<u>Chimiothérapie antérieure</u>		Oui : N = 105		Non : N = 171	
<u>Stade (FIGO)*</u>	<u>Type histologique</u>																												
IA : N = 60	Séreux : N = 157																												
IB : N = 12	Mucineux : N = 30																												
IC : N = 13	Endométrioïdes : N = 56																												
II : N = 15	Autres : N = 33																												
III + IV : N = 176																													
<u>Grade tumoral</u>	<u>Latéralité</u>																												
1 : N = 45	Droite : N = 46																												
2 : N = 122	Gauche : N = 69																												
3 : N = 81	Bilatérale : N = 158																												
Non grade : N = 28	Non établis : N = 3																												
<u>Chimiothérapie antérieure</u>																													
Oui : N = 105																													
Non : N = 171																													
INTERVENTIONS	Lymphadénectomie pelvienne et para-aortique bilatérale																												
RÉSULTATS	<p><u>Atteinte ganglionnaire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stades IA grade I : 0 % ; • Stades IA (grades 2-3) : 13 % ; • Stades IB : 33 % ; • Stades IC : 38 % ; • Stades II : 40 % ; • Stades III-IV : 55 %. <p><u>Atteinte ganglionnaire (stades I) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Séreux : 31 % ; • Mucineux : 0 % ; • Endométrioïdes : 0 % ; • Autres types : 64 %. <p><u>Atteinte ganglionnaire (stades I) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Grade 1 : 0 % ; • Grade 2 : 19 % ; • Grade 3 : 100 %. 																												

Suite >>

RÉFÉRENCE	MORICE2003B
-----------	-------------

RÉSULTATS (FIN) Nombre médian de ganglions prélevés :

- Pelviens : N = 14 ;
- Para-aortiques : N = 1 ;
- Grade 2 : 19 % ;
- Grade 3 : 100 %.

Atteinte ganglionnaire pelvienne : 30 %.

Atteinte ganglionnaire para-aortique : 40 %.

Stade (FIGO)* : Stade de la maladie avant la connaissance du status ganglionnaire.

STADES IA, IB ET IC : LA STADIFICATION PAR COELIOSCOPIE EST-ELLE ACCEPTABLE ?

RÉFÉRENCE	SPIRTOS2005
TYPE D'ÉTUDE	Étude prospective comparative
PÉRIODE D'INCLUSION	1993 - 2000
POPULATION	75 cancers gynécologiques (ovaires, trompe de Fallope, endomètre, péritonéal primaire).
INTERVENTIONS	Bras A : stadification par coelioscopie (N = 58) Bras B : stadification par laparotomie (N = 17)
RÉSULTATS	<p><u>Durée opératoire (min)</u> : 187,9 ± 59,8 (A) vs 218 ± 72,8 (B), p > 0,05.</p> <p><u>Perte sanguine estimée (ml)</u> : 171,9 ± 128,0 (A) vs 352,8 ± 415,0 (B), p = 0,01.</p> <p><u>Durée du séjour à l'hôpital (jours)</u> : N = 3,35 ± 5,10 (A) vs 7,31 ± 9,3 (B), p = 0,04.</p>

vs : versus.

RÉFÉRENCE	LEBLANC2004
TYPE D'ÉTUDE	Étude prospective non comparative
PÉRIODE D'INCLUSION	12/1991 - 12/2001
POPULATION	46 carcinomes ovariens, 7 carcinomes des trompes de Fallope <i>Type histologique</i> Séreux : N = 9 Mucineux : N = 12 Endométrioïdes : N = 10 Cellules claires : N = 5 Dysgerminomes : N = 4 Cellules granuleuses : N = 4 Petites cellules : N = 1 Indifférencié : N = 1
INTERVENTIONS	Restadification par cœlioscopie
RÉSULTATS	<i>Conversion cœlioscopie ⇒ laparotomie</i> : N = 1 <i>Durée opératoire moyenne</i> : 238 min [120-370] (incluant les hystérectomies et/ou salpingo-oophorectomies éventuelles) <i>Durée moyenne du séjour à l'hôpital</i> : 3,1 jours [1-5]. <i>Complications opératoires</i> : <ul style="list-style-type: none"> • Hématome : N = 1 ; • Kystes lymphatiques : N = 2 ; • Transsection d'un uretère lombaire : N = 1.

RÉFÉRENCE	TOZZI2004
TYPE D'ÉTUDE	Étude prospective non comparative
PÉRIODE D'INCLUSION	05/1996 - 06/2003
POPULATION	<p>16 cancers de l'ovaire de stade IA, 8 cancers de l'ovaire de stade IB</p> <p><i>Type histologique</i></p> <p>Séreux : N = 10</p> <p>Mucineux : N = 5</p> <p>Cellules claires : N = 1</p> <p>Endométrioïdes : N = 2</p> <p>Dysgerminomes : N = 3</p> <p>Embryonnaire infantile : N = 1</p> <p>Tératome : N = 1</p> <p>Cellules granuleuses : N = 1</p>
INTERVENTIONS	Stadification par coelioscopie
RÉSULTATS	<p><i>Durée opératoire moyenne :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensemble des patientes : 176 min [102-306] ; • Complément de stadification : 166 min [118-206] ; • Stadification initiale : 182 min [141-306] ; • Chirurgie conservatrice : N = 137 min [102-161] ; • Hystérectomie vaginale : N = 179 min [141-189]. <p><i>Durée moyenne globale du séjour à l'hôpital :</i> 7 jours [5-12]</p> <p><i>Complications intraopératoires :</i> N = 0</p> <p><i>Survie sans récurrence :</i> 91,6 % (suivi moyen : 46 mois)</p> <p><i>Survie globale :</i> 100 % (suivi moyen : 46 mois)</p>

RÉFÉRENCE	CHI2005
TYPE D'ÉTUDE	Étude rétrospective comparative
PÉRIODE D'INCLUSION	10/2000 - 03/2003
POPULATION	<p>48 cancers de l'ovaire (N = 18 (A), 30 (B)) 2 cancers des trompes de Fallope (N = 2 (A), 0 (B))</p> <p><i>Type histologique</i></p> <p>Séreux : N = 7 (A), 8 (B) Endométrioïdes : N = 6 (A), 7 (B) Cellules claires : N = 2, 7 (B) Mucineux : N = 1 (A), 3 (B) Adénocarcinomes : N = 1 (A), 2 (B) Mixtes : N = 0 (A), 3 (B) Cellules granuleuses : N = 2 (A), 0 (B) Tératome non mature : N = 1 (A), 0 (B)</p>
INTERVENTIONS	<p>Bras A : Stadification par coelioscopie (N = 20) Bras B : stadification par laparotomie (N = 30)</p>
RÉSULTATS	<p><i>Durée opératoire (min) en cas d'hystérectomie :</i> 312 ± 64 (A) vs 276 ± 68 (B), p = 0,04.</p> <p><i>Perte sanguine estimée (ml) en cas d'hystérectomie :</i> 235 ± 138 (A) vs 367 ± 208 (B), p = 0,003.</p> <p><i>Durée du séjour à l'hôpital (jours) en cas d'hystérectomie :</i> 3,1 ± 0,7 (A) vs 5,8 ± 2,6 (B), p < 0,001.</p> <p><i>Complications en cas d'hystérectomie :</i> N = 0 (A) vs 2 (B), p = 1,0.</p> <p><i>Conversion coelioscopie ⇒ laparotomie : N = 0</i></p>

vs : versus.

RÉFÉRENCE	LECURU2004
TYPE D'ÉTUDE	Étude rétrospective comparative
PÉRIODE D'INCLUSION	01/1985 - 12/1999
POPULATION	105 cancers de l'ovaire de stade I
INTERVENTIONS	Bras A : Stadification par coelioscopie (N = 14) Bras B : stadification par coelioscopie ⇨ laparotomie (N = 13) Bras C : stadification par laparotomie (N = 78)
RÉSULTATS	<p><u>Stadification :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavages péritonéaux : 50 % (A), 54 % (B), 60 % (C), p = 0,6 ; • Appendices controlatéraux : 79 % (A), 77 % (B), 83 % (C), p = 0,1 ; • Utérus : 7 % (A), 46 % (B), 71 % (C), p < 0,001 ; • Biopsies péritonéales : 8 % (A), 23 % (B), 23 % (C), p = 0,04 ; • Omentectomie : 8 % (A), 38 % (B), 55 % (C), p = 0,01 ; • Appendicectomie : 8 % (A), 0 % (B), 18 % (C), p = 0,1 ; • Biopsie du mésentère : 0 % (A), 0 % (B), 5 % (C), p = 0,4 ; • Lymphadénectomie pelvienne : 0 % (A), 30 % (B), 20 % (C), p = 0,1 ; • Lymphadénectomie para-aortique : 0 % (A), 23 % (B), 27 % (C), p = 0,1. <p><u>Chirurgie initiale :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Piqûre de kyste : 7 % (A), 23 % (B), 2 % (C), p = 0,01 ; • Rupture du kyste : 21 % (A), 15 % (B), 9 % (C), p = 0,03 ; • Endobag : 21 % (A), 7 % (B), 0 % (C), p < 0,001 ; • Kystectomie : 21 % (A), 23 % (B), 7 % (C), p = 0,1 ; • Salpingo-oophorectomie bilatérale : 23 % (A), 54 % (B), 67 % (C), p < 0,05. <p><u>Conversion coelioscopie ⇨ laparotomie dans le bras B :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic opératoire de cancer : 50 % ; • Difficultés opératoires : 50 %.

RÉFÉRENCE	LECURU2006
TYPE D'ÉTUDE	Étude rétrospective comparative
PÉRIODE D'INCLUSION	01/1985 - 12/2001
POPULATION	178 cancers de l'ovaire de stade I <i>Type histologique</i> Séreux : N = 12 (A), 53 (B), 14 (C) Mucineux : N = 4 (A), 26 (B), 5 (C) Endométrioïdes : N = 8 (A), 20 (B), 5 (C) Cellules claires : N = 2 (A), 4 (B), 1 (C) Autres : N = 8 (A), 11 (B), 5 (C)
INTERVENTIONS	Bras A : Stadification par coelioscopie (N = 34) Bras B : stadification par coelioscopie ⇨ laparotomie (N = 114) Bras C : stadification par laparotomie (N = 30)
RÉSULTATS	<i>Recours à une annexectomie bilatérale :</i> <ul style="list-style-type: none"> • N = 4 (A) vs 73 (B), p < 0,001 ; • N = 4 (A) vs 18 (C), p < 0,001 ; • N = 73 (B) vs 18 (C), p = 0,9. <i>Rupture intraopératoire :</i> 31 % (A), 16 % (B), 22 % (C), p = 0,19. <i>Rémission :</i> 95 % (A), 82 % (B), 97 % (C), p = 0,1. <i>Récidive :</i> 5 % (A), 15 % (B), 3 % (C), p = 0,1. <i>Décès :</i> 0 % (A), 3 % (B), 0 % (C), p = 0,1.

vs : versus.

RÉFÉRENCE	GHEZZI2007
TYPE D'ÉTUDE	Étude rétrospective comparative
PÉRIODE D'INCLUSION	1997 - 2003
POPULATION	34 cancers de l'ovaire <i>Type histologique</i> Séreux : N = 7 (A), 14 (B) Mucineux : N = 3 (A), 2 (B) Endométrioïdes : N = 3 (A), 1 (B) Dysgerminomes : N = 1 (A), 0 (B) Carcinosarcome : N = 1 (A), 0 (B) Carcinome épidermoïde dans un tératome mature : N = 0 (A), 1 (B) Cellules claires : N = 0 (A), 1 (B)
INTERVENTIONS	Bras A : Stadification par coelioscopie (N = 15) Bras B : stadification par laparotomie (N = 19)
RÉSULTATS	<i>Conversion coelioscopie ⇔ laparotomie</i> : N = 0. <i>Durée opératoire (min)</i> : 377 ± 47 (A) vs 272 ± 81 (B), p = 0,002. <i>Perte sanguine (ml)</i> : 250 [50-1000] (A) vs 400 [150-1000] (B), p = 0,28. <i>Recours à une transfusion sanguine</i> : N = 1 (A) vs 2 (B), p = 1,0. <i>Complications intraopératoires</i> : N = 0 (A), 0 (B). <i>Complications postopératoires</i> : N = 1 (A) vs 8 (B), p = 0,047. <i>Durée du séjour à l'hôpital (jours)</i> : N = 3 [2-12] (A) vs 7 [7-14] (B), p = 0,001. <i>Rupture intraopératoire</i> : N = 3 (A) vs 2 (B), p = 0,63.

vs : versus.

STADES IA, IB ET IC : PLACE DE LA CHIRURGIE CONSERVATRICE

RÉFÉRENCE	ZANETTA1997																		
TYPE D'ÉTUDE	Étude rétrospective comparative																		
PÉRIODE D'INCLUSION	01/1982 - 06/1993																		
POPULATION	99 cancers de l'ovaire <table> <tr> <td><u>Stade (FIGO)</u></td> <td><u>Type histologique</u></td> </tr> <tr> <td>IA : N = 32 (A), 27 (B)</td> <td>Séreux : N = 18 (a), 16 (B)</td> </tr> <tr> <td>IB : N = 2 (A), 3 (B)</td> <td>Mucineux : N = 23 (a), 10 (B)</td> </tr> <tr> <td>IC : N = 22 (A), 13 (B)</td> <td>Endométrioïdes : N = 13 (A), 13 (B)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Cellules claires : N = 0 (A), 5 (B)</td> </tr> <tr> <td><u>Grade tumoral</u></td> <td>Autres : N = 2 (A), 2 (B)</td> </tr> <tr> <td>1 : N = 35 (A), 21 (B)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 : N = 14 (A), 15 (B)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 : N = 7 (A), 7 (B)</td> <td></td> </tr> </table>	<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Type histologique</u>	IA : N = 32 (A), 27 (B)	Séreux : N = 18 (a), 16 (B)	IB : N = 2 (A), 3 (B)	Mucineux : N = 23 (a), 10 (B)	IC : N = 22 (A), 13 (B)	Endométrioïdes : N = 13 (A), 13 (B)		Cellules claires : N = 0 (A), 5 (B)	<u>Grade tumoral</u>	Autres : N = 2 (A), 2 (B)	1 : N = 35 (A), 21 (B)		2 : N = 14 (A), 15 (B)		3 : N = 7 (A), 7 (B)	
<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Type histologique</u>																		
IA : N = 32 (A), 27 (B)	Séreux : N = 18 (a), 16 (B)																		
IB : N = 2 (A), 3 (B)	Mucineux : N = 23 (a), 10 (B)																		
IC : N = 22 (A), 13 (B)	Endométrioïdes : N = 13 (A), 13 (B)																		
	Cellules claires : N = 0 (A), 5 (B)																		
<u>Grade tumoral</u>	Autres : N = 2 (A), 2 (B)																		
1 : N = 35 (A), 21 (B)																			
2 : N = 14 (A), 15 (B)																			
3 : N = 7 (A), 7 (B)																			
INTERVENTIONS	Bras A : chirurgie conservatrice (N = 56) Bras B : chirurgie radicale (N = 43)																		
RÉSULTATS	<p><u>Facteurs pronostiques sur la survie sans récurrence (AU) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Grade : 2-3 vs 1 : HR = 4,1 [IC95 : 0,9-18,9], p = 0,003 ; Chirurgie : conservatrice vs radicale : HR = 1,6 [IC95 : 0,5-5,2] <p><u>Facteurs pronostiques sur la survie dans récurrence (AM) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Grade : 2-3 vs 1 : HR = 8,3 [IC95 : 1,2-38,5], p = 0,007 ; Chirurgie : conservatrice vs radicale : HR = 3,8 [IC95 : 1,1-13,4] , p = 0,036. <p><u>Facteurs pronostiques sur la survie globale (AU) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Grade : 2-3 vs 1 : HR = 9,5 [IC95 : 1,2-77,2], p = 0,03 5 ; Chirurgie : conservatrice vs radicale : HR = 1,3 [IC95 : 0,3-5,5], p = 0,703. <p><u>Facteurs pronostiques sur la survie globale (AM) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Grade : 2-3 vs 1 : HR = 10,4 [IC95 : 1,3-86,0], p = 0,030 ; Chirurgie : conservatrice vs radicale : HR = 3,2 [IC95 : 0,7-14,2], p = 0,124. <p><u>Récurrence :</u> Total : N = 5 (A), 5 (B).</p> <p><u>Nombre de grossesses :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Total : N = 17 ; Avortements spontanés : N = 4. 																		

AM : analyse multivariée ; AU : analyse univariée ; HR : Hazard Ratio ; IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; vs : versus.

RÉFÉRENCE	MORICE2001A																		
TYPE D'ÉTUDE	Étude rétrospective comparative																		
PÉRIODE D'INCLUSION	01/1982 - 12/1999																		
POPULATION	31 cancers de l'ovaire <table> <tr> <td><u>Stade (FIGO)</u></td> <td><u>Type histologique</u></td> </tr> <tr> <td>IA : N = 19</td> <td>Séreux : N = 3</td> </tr> <tr> <td>IC : N = 1</td> <td>Mucineux : N = 19</td> </tr> <tr> <td>II : N = 2</td> <td>Mixtes : N = 2</td> </tr> <tr> <td>Inconnu : N = 3</td> <td>Endométrioïdes : N = 6</td> </tr> <tr> <td><u>Grade tumoral</u></td> <td>Petites cellules : N = 1</td> </tr> <tr> <td>1 : N = 13</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 : N = 17</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 : N = 1</td> <td></td> </tr> </table>	<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Type histologique</u>	IA : N = 19	Séreux : N = 3	IC : N = 1	Mucineux : N = 19	II : N = 2	Mixtes : N = 2	Inconnu : N = 3	Endométrioïdes : N = 6	<u>Grade tumoral</u>	Petites cellules : N = 1	1 : N = 13		2 : N = 17		3 : N = 1	
<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Type histologique</u>																		
IA : N = 19	Séreux : N = 3																		
IC : N = 1	Mucineux : N = 19																		
II : N = 2	Mixtes : N = 2																		
Inconnu : N = 3	Endométrioïdes : N = 6																		
<u>Grade tumoral</u>	Petites cellules : N = 1																		
1 : N = 13																			
2 : N = 17																			
3 : N = 1																			
INTERVENTION	Chirurgie conservatrice																		
RÉSULTATS	<p><u>Survie globale à 5 ans :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensemble des patientes : 82 % [IC95 : 58-94] ; • Stades IA : 90 % [IC95 : 60-95]. <p><u>Survie sans récurrence à 5 ans :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensemble des patientes : 64 % [IC95 : 40-80] ; • Stades IA : 80 % [IC95 : 55-91] ; • Stades IA (grade 1) : 89 % [IC95 : 58-96] ; • Stades IA (grade 2) : 71 % [IC95 : 36-88]. <p><u>Récurrence :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Total : N = 7 ; • Située dans l'ovaire restant : N = 5 ; • Stades IA (ou supérieur) : N = 7. <p><u>Nombre de grossesses :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Total : N = 4 ; • Avortement : N = 1. 																		

IC95 : intervalle de confiance à 95 %.

RÉFÉRENCE	MORICE2005
TYPE D'ÉTUDE	Étude rétrospective comparative
PÉRIODE D'INCLUSION	Non précisé
POPULATION	34 cancers de l'ovaire <u>Stade (FIGO)</u> IA : N = 30 IC : N = 3 IIA : N = 1 <u>Grade tumoral</u> 1 : N = 15 2 : N = 15 3 : N = 4 <u>Type histologique</u> Séreux : N = 3 Mucineux : N = 21 Mixtes : N = 3 Endométrioïdes : N = 5 Petites cellules : N = 2
INTERVENTION	Chirurgie conservatrice
RÉSULTATS	<p><u>Survie globale à 3 ans :</u> Ensemble des patientes : 96 % [IC95 : 79-99].</p> <p><u>Survie globale à 5 ans :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensemble des patientes : 84 % [IC95 : 62-95] ; • Stades IA : 87 % [IC95 : 62-96]. <p><u>Survie sans récurrence à 3 ans :</u> Ensemble des patients : 74 % (IC95 : 57-87).</p> <p><u>Survie sans récurrence à 5 ans :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensemble des patients : 63 % [IC95 : 43-80] ; • Stades IA : 78 % [IC95 : 59-90] ; • Stades IA (grade 1) : 92 % [IC95 : 67-99] ; • Stades IA (grade 2) : 70 % [IC95 : 43-88]. <p><u>Récurrence :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Total : N = 11 ; • Situé dans l'ovaire : N = 9 ; • Stades IA (ou supérieur) : N = 11. <p><u>Nombre de grossesses :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Total : N = 9 ; • En cours : N = 1.

IC95 : intervalle de confiance à 95 %.

RÉFÉRENCE	RASPAGLIESI1997
TYPE D'ÉTUDE	Étude rétrospective non comparative
PÉRIODE D'INCLUSION	1980 - 1994
POPULATION	10 cancers de l'ovaire <u>Stade (FIGO)</u> IA : N = 2 IC : N = 2 IIIA : N = 2 IIIC : N = 4 <u>Type histologique</u> Séreux : N = 5 Mucineux : N = 4 Indifférencié : N = 1 <u>Grade tumoral</u> 1 : N = 4 2 : N = 4 3 : N = 2
INTERVENTION	Chirurgie conservatrice
RÉSULTATS	<u>Récidive</u> : N = 0 <u>Nombre de grossesses</u> : N = 2

RÉFÉRENCE	SCHILD2002
TYPE D'ÉTUDE	Étude rétrospective non comparative
PÉRIODE D'INCLUSION	1965 - 2000
POPULATION	52 cancers de l'ovaire <u>Stade (FIGO)</u> IA : N = 42 IC : N = 10 <u>Grade tumoral</u> 1 : N = 38 2 : N = 9 3 : N = 5 <u>Type histologique</u> Séreux : N = 10 Mucineux : N = 25 Endométrioïdes : N = 10 Cellules claires : N = 5
INTERVENTION	Chirurgie conservatrice
RÉSULTATS	<p><u>Survie estimée à 5 ans</u> :</p> Ensemble des patientes : 98 %. <p><u>Survie estimée à 10 ans</u> :</p> Ensemble des patientes : 93 % <p><u>Récidive</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Total : N = 5 ; • Ovaire controlatéral : N = 3 ; • Stades IA : N = 4 ; • Stades IC : N = 1. <p><u>Nombre des grossesses</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Total : N = 26 ; • En cours : N = 1 ; • Avortements spontanés : N = 5 ; • Anomalies congénitales : N = 0.

STADES IIA À IV : EXÉRÈSE COMPLÈTE vs EXÉRÈSE INCOMPLÈTE

RÉFÉRENCE	BRISTOW2002
TYPE D'ÉTUDE	Méta-analyse sur données publiées
RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	<u>Bases de données</u> : Medline®. <u>Période de recherche</u> : 01/01/1989 - 31/12/1998. <u>Publications</u> : en anglais <u>Mots clés utilisés</u> : ovarian neoplasms, ovarian carcinoma, ovarian cancer, surgery.
CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL	Évaluation de la cytoréduction maximale (résidu tumoral ≤ 3 cm) comme facteur pronostique sur la survie de patientes atteintes de carcinomes ovariens (stades III-IV)
CRITÈRES DE JUGEMENT SECONDAIRES	Évaluation de l'effet d'autres variables sur la survie de patientes atteintes de carcinomes ovariens (stades III-IV)
ESSAIS INCLUS	Adams <i>et al.</i> 1989 ; Ngan <i>et al.</i> 1989 ; Sutton <i>et al.</i> 1989 ; Omura <i>et al.</i> 1989 ; Mangioni <i>et al.</i> 1989 ; Gershenson <i>et al.</i> 1989 ; Gurney <i>et al.</i> 1990 ; Fioretti <i>et al.</i> 1990 ; De Oliveira <i>et al.</i> 1990 ; Creasman <i>et al.</i> 1990 ; Hainsworth <i>et al.</i> 1990 ; Grem <i>et al.</i> 1991 ; Piver <i>et al.</i> 1991 ; Hardy <i>et al.</i> 1991 ; Araujo <i>et al.</i> 1991 ; Conte <i>et al.</i> 1991 ; Sessa <i>et al.</i> 1991 ; Gershenson <i>et al.</i> 1992 ; Rankin <i>et al.</i> 1992 ; Swenerton <i>et al.</i> 1992 ; Hakes <i>et al.</i> 1992 ; Palmer <i>et al.</i> 1992 ; Willemse <i>et al.</i> 1992 ; Locatelli <i>et al.</i> 1993 ; Marchetti <i>et al.</i> 1993 ; Alberts <i>et al.</i> 1993 ; Stoot <i>et al.</i> 1993 ; Perren <i>et al.</i> 1993 ; Bertelsen <i>et al.</i> 1993 ; Delcampo <i>et al.</i> 1994 ; Kirmani <i>et al.</i> 1994 ; Taylor <i>et al.</i> 1994 ; Baker <i>et al.</i> 1994 ; McGuire <i>et al.</i> 1995 ; Kristensen <i>et al.</i> 1995 ; Gershenson <i>et al.</i> 1995 ; Alberts <i>et al.</i> 1996 ; Conte <i>et al.</i> 1996 ; Van der Burg <i>et al.</i> 1996 ; Skarlos <i>et al.</i> 1996 ; Tay <i>et al.</i> 1996 ; Strauss <i>et al.</i> 1996 ; Wadler <i>et al.</i> 1996 ; Meerpohl <i>et al.</i> 1997 ; Hoskins <i>et al.</i> 1996 ; Hoskins <i>et al.</i> 1997 ; Bolis <i>et al.</i> 1997 ; Vallejos <i>et al.</i> 1997 ; Colozza <i>et al.</i> 1997 ; Lorusso <i>et al.</i> 1998 ; Malik <i>et al.</i> 1998 ; Eisenkop <i>et al.</i> 1998 ; Shapiro <i>et al.</i> 1998
ESSAIS EXCLUS	Non précisé
RÉSULTATS	<p>Une augmentation de 10 % de la proportion de patientes ayant subi une cytoréduction maximale (résidu tumoral ≤ 3 cm) est associée statistiquement à une augmentation de la durée de survie médiane de 5,5 % ([IC95 : 3,3 ; 7,8], p < 0,001).</p> <p>Une augmentation de 1 an de l'année de publication des études est associée statistiquement à une augmentation de la durée de survie médiane de 2,8 % ([IC95 : 0,9 ; 4,6], p = 0,004).</p> <p>Interaction négative entre le pourcentage de patientes de stade IV et le pourcentage de cytoréduction maximale : - 0,52, p < 0,001.</p> <p><u>Association entre l'année de publication et la diminution du nombre de cycles de chimiothérapie</u> :</p> <p>N = 10 en 1989 vs N = 6 en 1998, p < 0,002.</p> <p><i>Les associations entre une augmentation de la durée de survie médiane et les variables suivantes se sont avérées non statistiquement significatives :</i></p> <p><u>Augmentation de 10 % de la dose-intensité des sels de platine administrés</u> :</p> <p>Impact sur la survie médiane : 0,8 % [IC95 : -0,7-2,3], p = 0,911.</p> <p><u>Augmentation de 1 U de la dose cumulée des sels de platine administrés</u> :</p> <p>Impact sur la survie médiane : 1,4 % [IC95 : -1,9-4,7], p = 0,377.</p>

Suite >>

RÉFÉRENCE	BRISTOW2002
RÉSULTATS (FIN)	<p><i>Les associations entre une diminution de la durée de survie médiane et les variables suivantes se sont avérées non statistiquement significatives :</i></p> <p><u>Augmentation de 10 % de la proportion de patientes de stades IV incluses dans l'étude :</u> Impact sur la survie médiane : - 2,2 % [IC95 : -8,5-1,2], p = 0,495.</p> <p><u>Augmentation de 1 an de l'âge médian des patientes :</u> Impact sur la survie médiane : - 0,9 % [IC95 : -3,1-1,2], p = 0,371.</p>

IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; vs : versus.

RÉFÉRENCE	EISENKOP2003																
TYPE D'ÉTUDE	Étude prospective non comparative																
PÉRIODE D'INCLUSION	1990 - 2002																
POPULATION	<p>408 cancers de l'ovaire de stade IIIC</p> <table> <thead> <tr> <th><u>Type histologique</u></th> <th><u>Grade tumoral (initial)</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Séreux : N = 239</td> <td>1 : N = 21</td> </tr> <tr> <td>Adénocarcinomes non spécifiés : N = 98</td> <td>2 : N = 82</td> </tr> <tr> <td>Endométrioïdes : N = 32</td> <td>3 : N = 304</td> </tr> <tr> <td>Cellules claires : N = 10</td> <td>Non spécifié : N = 1</td> </tr> <tr> <td>Mucineux : N = 18</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mixtes : N = 9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cellules transitionnelles : N = 2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	<u>Type histologique</u>	<u>Grade tumoral (initial)</u>	Séreux : N = 239	1 : N = 21	Adénocarcinomes non spécifiés : N = 98	2 : N = 82	Endométrioïdes : N = 32	3 : N = 304	Cellules claires : N = 10	Non spécifié : N = 1	Mucineux : N = 18		Mixtes : N = 9		Cellules transitionnelles : N = 2	
<u>Type histologique</u>	<u>Grade tumoral (initial)</u>																
Séreux : N = 239	1 : N = 21																
Adénocarcinomes non spécifiés : N = 98	2 : N = 82																
Endométrioïdes : N = 32	3 : N = 304																
Cellules claires : N = 10	Non spécifié : N = 1																
Mucineux : N = 18																	
Mixtes : N = 9																	
Cellules transitionnelles : N = 2																	
INTERVENTION	Cytoréduction + chimiothérapie																
RÉSULTATS	<p><u>Facteurs pronostiques sur la survie (AU) :</u> Résidu tumoral (p ≤ 0,0001) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas de résidu visible : 76,2 mois ; • Résidu ≤ 1 cm : 32,2 mois ; • Résidu > 1 cm : 18,6 mois. <p><u>Facteurs pronostiques sur la survie (AM) :</u> Résidu tumoral (p = 0,001) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas de résidu visible : RR = 1,00 ; • Résidu ≤ 1 cm : RR = 2,32 [1,20-5,37] ; • Résidu > 1 cm : RR = 2,98 [1,74-5,23]. <p><u>Durée opératoire</u> : 180 min [55-480]. <u>Perte sanguine estimée</u> : 850 ml [30-5000]. <u>Durée du séjour à l'hôpital</u> : N = 10 jours [3-93]. <u>Mortalité postopératoire</u> : N = 10</p>																

AM : analyse multivariée ; AU : analyse univariée ; RR : risque relatif ; vs : versus.

RÉFÉRENCE	EISENHAUER2006
TYPE D'ÉTUDE	Étude rétrospective comparative
PÉRIODE D'INCLUSION	01/1998 - 12/2003
POPULATION	<p>262 cancers de l'ovaire</p> <p><u>Stade (FIGO)</u></p> <p>IIIC : N = 41 (A), 112 (B), 69 (C) IV : N = 16 (A), 10 (B), 14 (C)</p> <p><u>Grade tumoral</u></p> <p>1 : N = 2 (A), 3 (B), 1 (C) 2 : N = 7 (A), 22 (B), 10 (C) 3 : N = 46 (A), 91 (B), 70 (C) Non précisé : N = 2 (A), 6 (B), 2 (C)</p> <p><u>Type histologique</u></p> <p>Séreux : N = 51 (A), 86 (B), 59 (C) Endométrioïdes : N = 0 (A), 13 (B), 8 (C) Cellules claires : N = 0 (A), 5 (B), 5 (C) Mixtes : N = 6 (A), 18 (B), 11 (C)</p>
INTERVENTION	<p>Bras A : cytoréduction étendue + chimiothérapie (N = 57) Bras B : cytoréduction non étendue (résidu ≤ 1 cm) + chimiothérapie (N = 122) Bras C : cytoréduction non étendue (résidu > 1 cm) + chimiothérapie (N = 83)</p>
RÉSULTATS	<p><u>Résidu tumoral (p < 0,001) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas de résidu visible : N = 13 (A), 37 (B), 0 (C) ; • < 0,5 cm : N = 27 (A), 40 (B), 0 (C) ; • 0,5 - 1,0 cm : N = 17 (A), 45 (B), 0 (C) ; • 1,0 - 2,0 cm : N = 0 (A), 0 (B), 10 (C) ; • > 2,0 cm : N = 0 (A), 0 (B), 73 (C). <p><u>Survie médiane sans progression (mois) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 24 (A) vs 23 (B), p = 0,53 ; • 24 (A) vs 11 (C), p < 0,001. <p><u>Survie médiane globale (mois) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • NA (A) vs 84 (B), p = 0,74 ; • NA (A) vs 37 (B), p < 0,001. <p><u>Survie globale :</u></p> <p>Pas de résidu visible (A) vs pas de résidu visible (B) (p = 0,95) ; 0,1 -1,0 cm (A) vs 0,1 - 1,0 cm (B) (p = 0,81).</p> <p><u>Facteurs pronostiques sur la survie (AU) :</u></p> <p>Stades : IV vs IIIC : RR = 2,15 [IC95 : 1,34-3,45], p = 0,001 ; Ascite : > vs ≤ 1 000 ml : RR = 1,48 [IC95 : 1,03-2,14], p = 0,04 ; Bras B vs A : RR = 1,14 [IC95 : 0,62-2,08], p = 0,67 ; Bras C vs A : RR = 2,53 [IC95 : 1,40-4,57], p = 0,002.</p> <p><u>Facteurs pronostiques sur la survie (AM) :</u></p> <p>Stades : IV vs IIIC : RR = 2,48 [IC95 : 1,50-4,09], p < 0,001 ; Ascite : > vs ≤ 1 000 ml : RR = 1,52 [IC95 : 1,03-2,25], p = 0,04 ; Bras B vs A : RR = 1,63 [IC95 : 0,86-3,10], p = 0,14 ; Bras C vs A : RR = 2,99 [IC95 : 1,64-5,45], p < 0,001.</p>

AM : analyse multivariée ; AU : analyse univariée ; IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; NA : non atteint ; RR : risque relatif ; vs : versus.

RÉFÉRENCE	ALETTI2006
TYPE D'ÉTUDE	Étude rétrospective non comparative
PÉRIODE D'INCLUSION	01/1994 - 12/1998
POPULATION	194 cancers de l'ovaire <i>Stade (FIGO)</i> IIIC : N = 194 <i>Type histologique</i> Séreux : N = 126 Mucineux : N = 4 Endométrioïdes : N = 18 Cellules claires : N = 7 Cellules transitionnelles : N = 3 Mixtes : N = 17 Séro-anaplasiques : N = 17 Origine mullérienne : N = 2
INTERVENTION	Cytoréduction + chimiothérapie
RÉSULTATS	<i>Résidu tumoral :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Non détectable : N = 46 ; • < 1 cm : N = 85 ; • 1 - 2 cm : N = 22 ; • > 2 cm : N = 41. <i>Facteurs pronostiques sur la survie (AU et AM) :</i> Résidu tumoral (p = 0,001) : <ul style="list-style-type: none"> • < 1 cm vs 0 cm : RR = 3,89 [IC95 : 2,27-7,11] ; • 1 - 2 cm : RR = 6,25 [IC95 : 3,16-12,61] ; • > 2 cm : RR = 13,00 [IC 95 :7,14-24,87]. <i>Survie à 5 ans :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Cytoréduction radicale vs cytoréduction non radicale : <ul style="list-style-type: none"> ○ 44 % vs 17 %, p < 0,001. • Cytoréduction radicale (résidu < 1 cm) vs cytoréduction non radicale (résidu < 1 cm) : <ul style="list-style-type: none"> ○ 46 % vs 47 %, p = 0,80. <i>Survie à 5 ans en cas de carcinomatose :</i> Cytoréduction radicale vs cytoréduction non radicale : 38 % vs 9 %, p < 0,001.

AM : analyse multivariée ; AU : analyse univariée ; IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; RR : risque relatif ; vs : versus.

RÉFÉRENCE	ALETTI2006A
TYPE D'ÉTUDE	Étude rétrospective non comparative
PÉRIODE D'INCLUSION	01/1994 - 12/1998 08/2002 - 08/2004
POPULATION	244 cancers de l'ovaire <i>Stade (FIGO)</i> IIIC : N = 194 IV : N = 50
INTERVENTION	Cytoréduction + chimiothérapie
RÉSULTATS	<p><i>Facteurs pronostiques sur la survie :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Résidu tumoral (AU, $p < 0,001$; AM, $p = 0,001$) : <ul style="list-style-type: none"> ○ < 1 cm vs 0 cm : RR = 3,6298 [IC95 : 1,3475-14,8517] ; ○ 1 - 2 cm vs 0 cm : RR = 7,1438 [IC95 : 2,5074-29,9773] ; ○ > 2 cm vs 0 cm : RR = 14,3107 [5,1972-59,1493]. • Chirurgie diaphragmatique (oui vs non) (AU, $p < 0,0001$; AM, $p = 0,0009$) : <ul style="list-style-type: none"> ○ 0,2956 [IC95 : 0,1821-0,4579]. <p><i>Survie globale à 5 ans :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie diaphragmatique (oui vs non) : <ul style="list-style-type: none"> ○ 55 % vs 28 %, $p < 0,0005$.

AM : analyse multivariée ; AU : analyse univariée ; IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; RR : risque relatif ; vs : versus.

RÉFÉRENCE	CHI2006
TYPE D'ÉTUDE	Étude rétrospective non comparative
PÉRIODE D'INCLUSION	01/1989 - 12/2003
POPULATION	<p>465 cancers de l'ovaire</p> <p><i>Stade (FIGO)</i></p> <p>I : N = 13 II : N = 90 III : N = 339 Inconnu : N = 23</p> <p><i>Type histologique</i></p> <p>Séreux : N = 331 Endométrioïdes : N = 57 Cellules claires : N = 22 Mixtes : N = 53 Autres : N = 2</p>
INTERVENTION	Cytoréduction + chimiothérapie
RÉSULTATS	<p><i>Facteurs pronostiques sur la survie (AM) :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Age : <ul style="list-style-type: none"> ○ HR = 1,03/année [IC95 : 1,01-1,04], p < 0,001. • Ascite : <ul style="list-style-type: none"> ○ Non (référence) ; ○ Oui : HR = 1,55 [IC95 : 1,02-2,39], p = 0,047. • Résidu tumoral : <ul style="list-style-type: none"> ○ Pas de résidu (référence) ; ○ ≤1 cm : HR = 2,07 [IC95 : 1,23-3,46], p = 0,006 ; ○ > 1 cm : HR = 3,70 [2,27-6,04], p < 0,001. <p><i>Survie médiane globale (mois) :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas de résidu : 106 ; • ≤ 0,5 cm : 66 ; • 0,6 - 1 cm : 48 ; • 1 - 2 cm : 33 ; • > 2 cm : 34.

AM : analyse multivariée ; HR : hazard ratio ; IC95 : intervalle de confiance à 95 %.

RÉFÉRENCE	STOECKLE2004
TYPE D'ÉTUDE	Étude rétrospective non comparative
PÉRIODE D'INCLUSION	1980 - 1997
POPULATION	433 cancers de l'ovaire <i>Stade (FIGO)</i> III : N = 11 IIIB : N = 60 IIIC : N = 233 IV : N = 129 <i>Type histologique</i> Séreux : N = 273 Endométrioïdes : N = 64 Adénocarcinomes (non indiqués) : N = 51 Autres : N = 18
INTERVENTIONS	Cytoréduction + chimiothérapie (N = 378) Cytoréduction + radiothérapie 5N = 3) Cytoréduction (N = 22)
RÉSULTATS	<i>Facteurs pronostiques sur la survie (AM) :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie (p = 0,003) : <ul style="list-style-type: none"> ○ ≤ 10 nodules (référence) : RR = 1 ; ○ Pas de nodule résiduel : RR = 1,86 [IC95 : 0,55-1,40] ; ○ > 10° nodules : RR = 1,47 [IC95 : 1,02-2,13]. • Grade (p = 0,006) : <ul style="list-style-type: none"> ○ 1 (référence) : RR = 1 ; ○ 2 : RR = 1,87 [IC95 : 1,23-2,87] ; ○ 3 : RR = 1,81 [IC95 : 1,23-2,67] ; ○ Non indiqué : RR = 2,10 [IC95 : 1,34-3,20]. • Ascite (p = 0,01) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Pas d'ascite (référence) : RR = 1 ; ○ Présence d'ascite : RR = 1,43 [IC95 : 1,08-1,88]. • Histologie (p = 0,03) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Séreux (référence) : RR = 1 ; ○ Endométrioïdes : RR = 1,31 [IC95 : 0,97-1,78] ; ○ Mucineux : RR = 1,61 [IC95 : 1,07-2,43] ; ○ Adénocarcinomes (non indiqué) : RR = 1,29 [IC95 : 0,92-1,81] ; ○ Autres : RR = 1,62 [IC95 : 0,97-2,69].

AM : analyse multivariée ; RR : risque relatif ; IC95 : intervalle de confiance à 95 %.

RÉFÉRENCE	WIMBERGER2007
TYPE D'ÉTUDE	Étude rétrospective non comparative
PÉRIODE D'INCLUSION	Non précisé
POPULATION	761 cancers de l'ovaire <u>Stade (FIGO)</u> IIC-IV : 72,1 % Autres : 27,9 % <u>Type histologique</u> Séreux/papillaire : 70,2 % Autres : 29,8 % <u>Carcinomatose péritonéale</u> Oui : 80,3 % Non : 19,7 % <u>Performance status ECOG*</u> > 0 : 50,9 % <u>Volume tumoral préopératoire moyen</u> 44,9 ± 47,2 mm <u>Résidu tumoral</u> Résidu microscopique : 29,8 % Résidu ≤ 1 cm : 32,5 % Résidu > 1 cm : 37,7 %
INTERVENTION	Cytoréduction + chimiothérapie
RÉSULTATS	<u>Facteurs pronostiques sur la survie globale (AM) :</u> <ul style="list-style-type: none"> Type de centres (A** vs B***) : HR = 0,77 [IC95 : 0,63-0,94], p = 0,012 ; Age : HR = 1,21 [IC95 : 1,10-1,33], p = 0,0001 ; Stades (IIIB-IV vs IIB-IIIA) : HR = 1,97 [IC95 : 1,35-2,87], p = 0,0005 ; Performance status ECOG* (> 0 vs 0) : HR = 1,38 [IC95 : 1;14-1;67], p = 0,001 ; Volume tumoral préopératoire : HR = 1,03 [IC95 : 1,01-1,05], p = 0,003 ; Carcinose péritonéale (oui vs non) : HR = 1,92 [IC95 : 1,40-2,64], p < 0,0001. <u>Facteurs pronostiques sur la probabilité de réaliser une chirurgie complète (AM) :</u> <ul style="list-style-type: none"> Volume tumoral préopératoire important : OR = 0,32 [IC95 : 0,17-0,61] ; Stades élevé : OR = 0,22 [IC95 : 0,13-0,39] ; Mauvais performance status : OR = 0,57 [IC95 : 0,38-0,86] ; Age avancé : OR = 0,78 [IC95 : 0,65-0,94] ; Carcinose péritonéale : OR = 0,17 [IC95 : 0,10-0,58]. <u>Impact du type des procédures chirurgicales sur la réalisation d'une chirurgie complète :</u> Type de centre : A** vs B*** : 32,8 % vs 22,9 %, p = 0,007. <u>Impact du type des procédures chirurgicales sur la survie globale :</u> HR = 0,77 [IC95 : 0,63-0,94], p = 0,012.

AM : analyse multivariée ; ECOG* : Eastern Cooperative Oncology Group ; centres A** : centres réalisant une lymphadénectomie pelvienne et/ou para-aortique + *peritoneal stripping* concomitants à une chirurgie incluant une hystérectomie, omentectomie, salpingo-oophorectomie ; centres B*** : centres ne réalisant pas de lymphadénectomie pelvienne et/ou para-aortique et de *peritoneal stripping* concomitants ; HR : Hazard Ratio ; IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; OR : Odd Ratio ; vs : versus.

RÉFÉRENCE	SKIRNISDOTTIR2007																						
TYPE D'ÉTUDE	Étude rétrospective non comparative																						
PÉRIODE D'INCLUSION	1975 - 1993																						
POPULATION	447 carcinomes ovariens <table> <tr> <td><u>Stade (FIGO)</u></td> <td><u>Grade tumoral</u></td> </tr> <tr> <td>III : N = 291</td> <td>1 : N = 42</td> </tr> <tr> <td>IV : N = 156</td> <td>2 : N = 152</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 : N = 224</td> </tr> <tr> <td><u>Type histologique</u></td> <td>Non gradé : N = 29</td> </tr> <tr> <td>Séreux : N = 312</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mucineux : N = 37</td> <td><u>Résidu tumoral</u></td> </tr> <tr> <td>Endométrioïdes : N = 65</td> <td>Nul : N = 39</td> </tr> <tr> <td></td> <td>< 2 cm : N = 80</td> </tr> <tr> <td>Cellules claires : N = 14</td> <td>≥ 2 cm : N = 301</td> </tr> <tr> <td>Anaplasiques : N = 19</td> <td>Non précisé : N = 27</td> </tr> </table>	<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Grade tumoral</u>	III : N = 291	1 : N = 42	IV : N = 156	2 : N = 152		3 : N = 224	<u>Type histologique</u>	Non gradé : N = 29	Séreux : N = 312		Mucineux : N = 37	<u>Résidu tumoral</u>	Endométrioïdes : N = 65	Nul : N = 39		< 2 cm : N = 80	Cellules claires : N = 14	≥ 2 cm : N = 301	Anaplasiques : N = 19	Non précisé : N = 27
<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Grade tumoral</u>																						
III : N = 291	1 : N = 42																						
IV : N = 156	2 : N = 152																						
	3 : N = 224																						
<u>Type histologique</u>	Non gradé : N = 29																						
Séreux : N = 312																							
Mucineux : N = 37	<u>Résidu tumoral</u>																						
Endométrioïdes : N = 65	Nul : N = 39																						
	< 2 cm : N = 80																						
Cellules claires : N = 14	≥ 2 cm : N = 301																						
Anaplasiques : N = 19	Non précisé : N = 27																						
INTERVENTION	Cytoréduction + chimiothérapie adjuvante*																						
RÉSULTATS	<p><u>Facteurs pronostiques sur es résultats de la chirurgie initiale (AM) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Type de chirurgiens (généralistes vs autres) : OR = 7,884 (ES = 0,751), p = 0,006 ; Age : OR = 1,028 (ES = 0,009), p = 0,004 ; Stade (IV vs III) : OR = 1,693 (ES = 0,261), p = 0,044 ; Grade (2-3 vs 1) : OR = 2,281 (ES = 0,360), p = 0,022. <p><u>Facteurs pronostiques sur la survie globale (AM) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Taille tumorale résiduelle (p = 0,000001) ; Age (p = 0,0001) ; Stade (IV vs III) (p = 0,004) ; Grade (2-3 vs 1) (p = 0,002). <p><u>Survie globale médiane</u> : 18 mois.</p> <p><u>Taux de survie globale</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> Stades III : 20 % ; Stades IV : 10 %. <p><u>Taux de survie globale à 5 ans</u> : 16 %.</p> <p><u>Résidu tumoral (< 2 cm) en fonction du type de spécialité des praticiens</u> :</p> <p>Chirurgiens gynécologues spécialisés en oncologie : 36 % ; Chirurgiens gynécologues : 29 % ; Chirurgiens gynécologues et obstétriciens : 24 % ; Chirurgiens généralistes : 4 %.</p>																						

AM : analyse multivariée ; chimiothérapie adjuvante* : association sel de platine/anthracycline (cisplatine ou carboplatine et doxorubicine ou épirubicine) ; OR : Odd Ratio ; ES : Erreur Standard ; vs : versus.

STADES IIA À IV : CURAGE PELVIEN ET PARA-AORTIQUE vs EXPLORATION PELVIENNE ET PARA-AORTIQUE OU ABSTENTION D'UNE CHIRURGIE

RÉFÉRENCE	PANICI2005																										
TYPE D'ÉTUDE	Essai randomisé de phase III																										
PÉRIODE D'INCLUSION	01/1991 - 05/2003																										
POPULATION	<p>427 carcinomes ovariens histologiquement confirmés 452 patientes incluses / 427 patientes évaluées</p> <table border="0"> <tr> <td><u>Stade (FIGO)</u></td> <td><u>Grade tumoral</u></td> </tr> <tr> <td>IIIB : N = 37 (A), 41 (B)</td> <td>1 : N = 11 (A), 19 (B)</td> </tr> <tr> <td>IIIC : N = 162 (A), 166 (B)</td> <td>2 : N = 37 (A), 50 (B)</td> </tr> <tr> <td>IV : N = 12 (A), 9 (B)</td> <td>3 : N = 160 (A), 142 (B)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Données manquantes : N = 3 (A), 5 (B)</td> </tr> <tr> <td><u>Type histologique</u></td> <td><u>Résidu tumoral</u></td> </tr> <tr> <td>Séreux : N = 132 (A), 155 (B)</td> <td>Nul : N = 79 (A), 80 (B)</td> </tr> <tr> <td>Endométrioïdes : N = 28 (A), 21 (B)</td> <td>≤ 1 cm : N = 118 (A), 130 (B)</td> </tr> <tr> <td>Mucineux : N = 6 (A), 4 (B)</td> <td>1-2 cm : N = 12 (A), 4 (B)</td> </tr> <tr> <td>Cellules claires : N = 12 (A), 4 (B)</td> <td>Données manquantes : N = 2 (A), 2 (B)</td> </tr> <tr> <td>Indifférenciés : N = 23 (A), 18 (B)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Autres : N = 8 (A), 12 (B)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Données manquantes : N = 2 (A), 2 (B)</td> <td></td> </tr> </table>	<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Grade tumoral</u>	IIIB : N = 37 (A), 41 (B)	1 : N = 11 (A), 19 (B)	IIIC : N = 162 (A), 166 (B)	2 : N = 37 (A), 50 (B)	IV : N = 12 (A), 9 (B)	3 : N = 160 (A), 142 (B)		Données manquantes : N = 3 (A), 5 (B)	<u>Type histologique</u>	<u>Résidu tumoral</u>	Séreux : N = 132 (A), 155 (B)	Nul : N = 79 (A), 80 (B)	Endométrioïdes : N = 28 (A), 21 (B)	≤ 1 cm : N = 118 (A), 130 (B)	Mucineux : N = 6 (A), 4 (B)	1-2 cm : N = 12 (A), 4 (B)	Cellules claires : N = 12 (A), 4 (B)	Données manquantes : N = 2 (A), 2 (B)	Indifférenciés : N = 23 (A), 18 (B)		Autres : N = 8 (A), 12 (B)		Données manquantes : N = 2 (A), 2 (B)	
<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Grade tumoral</u>																										
IIIB : N = 37 (A), 41 (B)	1 : N = 11 (A), 19 (B)																										
IIIC : N = 162 (A), 166 (B)	2 : N = 37 (A), 50 (B)																										
IV : N = 12 (A), 9 (B)	3 : N = 160 (A), 142 (B)																										
	Données manquantes : N = 3 (A), 5 (B)																										
<u>Type histologique</u>	<u>Résidu tumoral</u>																										
Séreux : N = 132 (A), 155 (B)	Nul : N = 79 (A), 80 (B)																										
Endométrioïdes : N = 28 (A), 21 (B)	≤ 1 cm : N = 118 (A), 130 (B)																										
Mucineux : N = 6 (A), 4 (B)	1-2 cm : N = 12 (A), 4 (B)																										
Cellules claires : N = 12 (A), 4 (B)	Données manquantes : N = 2 (A), 2 (B)																										
Indifférenciés : N = 23 (A), 18 (B)																											
Autres : N = 8 (A), 12 (B)																											
Données manquantes : N = 2 (A), 2 (B)																											
INTERVENTIONS	<p>Bras A : pas de lymphadénectomie aortique et pelvienne systématique (N = 211) Bras B : lymphadénectomie aortique et pelvienne systématique (N = 216)</p>																										
CRITÈRES DE JUGEMENT	Survie globale, survie sans récurrence, survie sans métastase, survie sans progression, taux de récurrences locales, morbidité postopératoire, qualité de vie																										
RÉSULTATS	<p><u>Rechute (au terme d'un suivi médian de 68,4 jours) :</u> Risque ajusté de première rechute : A vs B : HR = 0,75 [IC95 : 0,59-0,94], p = 0,01.</p> <p><u>Taux de survie sans progression à 3 ans :</u> 31,6 % (A) vs 41,6 % (B) (Δ = 10,0 % [IC95 : 1,6-18,3]).</p> <p><u>Taux de survie sans progression à 5 ans :</u> 21,6 % (A) vs 31,2 % (B) (Δ = 9,6 % [IC95 : 1,5-21,6]).</p> <p><u>Survie médiane sans progression :</u> 22,4 mois (A) vs 27,4 mois (B), p = 0,022.</p> <p><u>Mortalité :</u> Risque de décès (A vs B) : HR = 0,97 [IC95 : 0,74-1,29], p = 0,85.</p> <p><u>Taux de survie globale à 5 ans :</u> 47 % (A) vs 48,5 % (B) (Δ = 1,5 % [IC95 : -8,4-10,6]).</p> <p><u>Survie médiane globale :</u> 56,3 mois (A) vs 61,2 mois (B), p = 0,768.</p> <p><u>Durée opératoire médiane :</u> 210 min (A) vs 300 min (B), p < 0,001.</p>																										

Suite >>

RÉFÉRENCE	PANICI2005
-----------	------------

RÉSULTATS (FIN)

Perte sanguine médiane :
650 ml (A) vs 1 000 ml (B), p < 0,0001.

Recours à une transfusion sanguine :
59 % (A) vs 72 % (B), p = 0,006.

Durée médiane du séjour à l'hôpital :
9 jours (A) vs 9 jours (B), p = 0,21.

Rapport des risques instantanés de décès (quelle que soit la cause) dans le bras B entre les patientes ayant une atteinte ganglionnaire par rapport aux patientes n'ayant pas d'atteinte ganglionnaire :
HR = 1,61 [IC95 : 1,01-2,56].

Δ : différence ; HR : Hazard Ratio ; IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; vs : versus ; HR : Hazard Ratio ; IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; vs : versus.

RÉFÉRENCE	CHAN2007																		
TYPE D'ÉTUDE	Étude rétrospective non comparative																		
PÉRIODE D'INCLUSION	01/1998 - 12/2001																		
POPULATION	<p>13 918 cancers de l'ovaire</p> <table> <tr> <td><u>Stade (FIGO)</u></td> <td><u>Type histologique</u></td> </tr> <tr> <td>III : N = 8 062</td> <td>Séreux : N = 9 294</td> </tr> <tr> <td>IV : N = 5 856</td> <td>Endométrioïdes : N = 1 275</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Mucineux : N = 775</td> </tr> <tr> <td><u>Grade tumoral</u></td> <td>Cellules claires : N = 394</td> </tr> <tr> <td>1 : N = 580</td> <td>Autres : N = 2 180</td> </tr> <tr> <td>2 : N = 2 443</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 : N = 8 349</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Inconnu : N = 2 546</td> <td></td> </tr> </table>	<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Type histologique</u>	III : N = 8 062	Séreux : N = 9 294	IV : N = 5 856	Endométrioïdes : N = 1 275		Mucineux : N = 775	<u>Grade tumoral</u>	Cellules claires : N = 394	1 : N = 580	Autres : N = 2 180	2 : N = 2 443		3 : N = 8 349		Inconnu : N = 2 546	
<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Type histologique</u>																		
III : N = 8 062	Séreux : N = 9 294																		
IV : N = 5 856	Endométrioïdes : N = 1 275																		
	Mucineux : N = 775																		
<u>Grade tumoral</u>	Cellules claires : N = 394																		
1 : N = 580	Autres : N = 2 180																		
2 : N = 2 443																			
3 : N = 8 349																			
Inconnu : N = 2 546																			
INTERVENTION	Lymphadénectomie																		
RÉSULTATS	<p><u>Augmentation de la survie sans récurrence à 5 ans en fonction du nombre de ganglions prélevés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stades (p < 0,001) : <ul style="list-style-type: none"> ○ III : N = 0, 1, 2-5, 6-10, 11-20, > 20 : 30,5 %, 37,4 %, 47,7 %, 55,2 %, 51,6 %, 54,5 % ; ○ III-IV : N = 0, 1, 2-5, 6-10, 11-20, > 20 : 26,1 %, 35,2 %, 42,6 %, 48,4 %, 47,5 %, 47,8 % ; ○ IV : N = 0, 1, 2-5, 6-10, 11-20, > 20 : 21,4 %, 31,3 %, 33,1 %, 34,6 %, 38,3 %, 32,2 %. • Grade tumoral (p < 0,001) : <ul style="list-style-type: none"> ○ 1 : N = 0, 1, 2-5, 6-10, 11-20, > 20 : 49,3 %, 44,5 %, 67,3 %, 71,9 %, 75,2 %, 77,3 % ; ○ 2 : N = 0, 1, 2-5, 6-10, 11-20, > 20 : 28,0 %, 37,3 %, 45,0 %, 59,1 %, 49,4 %, 48,3 % ; ○ 3 : N = 0, 1, 2-5, 6-10, 11-20, > 20 : 24,4 %, 32,6 %, 40,4 %, 44,6 %, 43,5 %, 46,4 %. • Type histologique : <ul style="list-style-type: none"> ○ Séreux : N = 0, 1, 2-5, 6-10, 11-20, > 20 : 26,1 %, 32,2 %, 41,6 %, 49,7 %, 45,6 %, 44,0 % (p < 0,001) ; ○ Endométrioïdes : N = 0, 1, 2-5, 6-10, 11-20, > 20 : 35,5 %, 53,1 %, 49,8 %, 50,7 %, 63,0 %, 75,4 % (p < 0,001) ; ○ Mucineux : N = 0, 1, 2-5, 6-10, 11-20, > 20 : 28,1 %, 41,6 %, 48,7 %, 46,1 %, 51,3 %, 47,0 % (p < 0,001) ; ○ Cellules claires : N = 0, 1, 2-5, 6-10, 11-20, > 20 : 10,1 %, 38,0 %, 39,9 %, 34,4 %, 37,6 % (p = 0,007). • Atteinte ganglionnaire (p < 0,001) : <ul style="list-style-type: none"> ○ N = 1 : N = 0, 1, 2-5, 6-10, 11-20, > 20 : 10,1 %, 38,0 %, 39,9 %, 34,4 %, 37,6 % ; ○ N = 2-5 : N = 0, 1, 2-5, 6-10, 11-20, > 20 : -, 31,4 %, 38,9 %, 44,2 %, 40,2 % ; ○ N > 5 : N = 0, 1, 2-5, 6-10, 11-20, > 20 : -, -, 29,6 %, 38,7 %, 36,5 %. 																		

Suite >>

RÉFÉRENCE	CHAN2007
-----------	----------

RÉSULTATS (FIN)	<p><i>Facteurs pronostiques sur la survie (AM) :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Lymphadénectomie ($p = 0,001$) : HR = 0,911 [IC95 : 0,861-0,964] ; • Atteinte ganglionnaire ($p < 0,005$) : HR = 1,338 [IC95 : 1,215-1,473] ; • Stade ($p < 0,005$) : HR = 1,266 [IC95 : 1,220-1,315] ; • Grade ($p < 0,005$) : HR = 1,933 [IC95 : 1,684-2,219].
-----------------	---

AM : analyse multivariée ; HR : Hazard ratio ; IC95 : intervalle de confiance à 95 %.

STADES IIA À IV : CHIMIOTHÉRAPIE PREMIÈRE + CHIRURGIE D'INTERVALLE *vs* CYTORÉDUCTION D'EMBLÉE EN CAS DE CARCINOME IMPORTANTE

RÉFÉRENCE	BRISTOW2006
TYPE D'ÉTUDE	Méta-analyse sur données publiées
RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	<i>Bases de données</i> : Medline®. <i>Période de recherche</i> : 01/01/1989 - 30/09/2005. <i>Publications</i> : en anglais <i>Mots clés utilisés</i> : ovarian carcinoma, ovarian cancer, neoadjuvant chemotherapy, surgery.
CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL	Survie
CRITÈRES DE JUGEMENT SECONDAIRES	Évaluation de l'effet de variables (hors traitement) sur la survie
ESSAIS INCLUS	Donadio <i>et al.</i> 1989 ; Tummarello <i>et al.</i> 1990 ; Jacob <i>et al.</i> 1991 ; Lim <i>et al.</i> 1993 ; Vergote <i>et al.</i> 1998 ; Schwartz <i>et al.</i> 1999 ; Lu <i>et al.</i> 2001 ; Kuhn <i>et al.</i> 2001 ; Ansquer <i>et al.</i> 2001 ; Vrscaj <i>et al.</i> 2002 ; Ushijima <i>et al.</i> 2002 ; Chan <i>et al.</i> 2002 ; Shibata <i>et al.</i> 2003 ; Fanfani <i>et al.</i> 2003 ; Morice <i>et al.</i> 2003a ; Morice <i>et al.</i> 2003 ; Mazzeo <i>et al.</i> 2003 ; Loizzi <i>et al.</i> 2005 ; Avril <i>et al.</i> 2005 ; Hegazy <i>et al.</i> 2005 ; Le <i>et al.</i> 2005
ESSAIS EXCLUS	Non précisé
RÉSULTATS	<p>Une augmentation de 10 % de la proportion de patientes dans chaque cohorte ayant subi une cytoréduction d'intervalle maximale est associée à une augmentation de la durée de survie médiane de 1,9 mois ([IC95 : 0,23-3,5], $p < 0,027$).</p> <p>Après trois cycles de chimiothérapie préopératoires, chaque cycle supplémentaire est associé à une diminution de survie médiane de 4,1 mois ([IC95 : -0,1-8,1], $p = 0,046$).</p> <p>Une augmentation de 10 % de la proportion de patientes recevant un traitement par chimiothérapie à base de taxanes est associée à une augmentation de la durée de survie médiane de 1,6 mois ([IC95 : 0,87-2,25], $p < 0,005$).</p> <p>Une augmentation de 10 % de la proportion de patientes atteintes de cancer de l'ovaire de stade IV est associée à une diminution de la survie médiane de 2,3 mois ([IC95 : -3,70 ; -1,00], $p = 0,002$).</p> <p>Une augmentation de 1 an de l'année de publication des études est associée à une augmentation de la durée de survie médiane de 1,1 mois ([IC95 : 0,4-1,85], $p = 0,004$).</p> <p>Rapport entre l'âge des patientes et la durée médiane de survie ($p = 0,448$).</p>

IC95 : intervalle de confiance à 95 %.

RÉFÉRENCE	ROSE2004																								
TYPE D'ÉTUDE	Essai randomisé de phase III																								
PÉRIODE D'INCLUSION	06/1994 - 01/2001																								
POPULATION	<p>424 cancers de l'ovaire (patientes initialement opérées ayant toutes un reliquat > 1 cm et ayant eu 3 cycles de chimiothérapie adjuvante (P + C) avant randomisation</p> <table> <tr> <td><u>Stade (FIGO)</u></td> <td><u>Grade tumoral</u></td> </tr> <tr> <td>III : N = 200 (A), 200 (B)</td> <td>1 : N = 19 (A), 21 (B)</td> </tr> <tr> <td>IV : N = 16 (A), 8 (B)</td> <td>2 : N = 85 (A), 82 (B)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 ou cellules claires : N = 112 (A), 105 (B)</td> </tr> <tr> <td><u>Type histologique</u></td> <td><u>Résidu tumoral</u></td> </tr> <tr> <td>Séreux : N = 165 (A), 159 (B)</td> <td>1,0-2,0 cm : N = 27 (A), 26 (B)</td> </tr> <tr> <td>Endométrioïdes : N = 17 (A), 11 (B)</td> <td>2,1-5,0 cm : N = 92 (A), 91 (B)</td> </tr> <tr> <td>Mucineux : N = 1 (A), 2 (B)</td> <td>5,1-10,0 cm : N = 72 (A), 78 (B)</td> </tr> <tr> <td>Cellules claires : N = 4 (A), 3 (B)</td> <td>> 10,0 cm : N = 25 (A), 13 (B)</td> </tr> <tr> <td>Mixtes : N = 20 (A), 17 (B)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Adénocarcinomes, non spécifiés : N = 4 (A), 8 (B)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Indifférencié ou autres : N = 5 (A), 8 (B)</td> <td></td> </tr> </table>	<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Grade tumoral</u>	III : N = 200 (A), 200 (B)	1 : N = 19 (A), 21 (B)	IV : N = 16 (A), 8 (B)	2 : N = 85 (A), 82 (B)		3 ou cellules claires : N = 112 (A), 105 (B)	<u>Type histologique</u>	<u>Résidu tumoral</u>	Séreux : N = 165 (A), 159 (B)	1,0-2,0 cm : N = 27 (A), 26 (B)	Endométrioïdes : N = 17 (A), 11 (B)	2,1-5,0 cm : N = 92 (A), 91 (B)	Mucineux : N = 1 (A), 2 (B)	5,1-10,0 cm : N = 72 (A), 78 (B)	Cellules claires : N = 4 (A), 3 (B)	> 10,0 cm : N = 25 (A), 13 (B)	Mixtes : N = 20 (A), 17 (B)		Adénocarcinomes, non spécifiés : N = 4 (A), 8 (B)		Indifférencié ou autres : N = 5 (A), 8 (B)	
<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Grade tumoral</u>																								
III : N = 200 (A), 200 (B)	1 : N = 19 (A), 21 (B)																								
IV : N = 16 (A), 8 (B)	2 : N = 85 (A), 82 (B)																								
	3 ou cellules claires : N = 112 (A), 105 (B)																								
<u>Type histologique</u>	<u>Résidu tumoral</u>																								
Séreux : N = 165 (A), 159 (B)	1,0-2,0 cm : N = 27 (A), 26 (B)																								
Endométrioïdes : N = 17 (A), 11 (B)	2,1-5,0 cm : N = 92 (A), 91 (B)																								
Mucineux : N = 1 (A), 2 (B)	5,1-10,0 cm : N = 72 (A), 78 (B)																								
Cellules claires : N = 4 (A), 3 (B)	> 10,0 cm : N = 25 (A), 13 (B)																								
Mixtes : N = 20 (A), 17 (B)																									
Adénocarcinomes, non spécifiés : N = 4 (A), 8 (B)																									
Indifférencié ou autres : N = 5 (A), 8 (B)																									
INTERVENTIONS	<p>Bras A : chirurgie (2nde cytoréduction) + chimiothérapie (P + C) (N = 216)</p> <p>Bras B : chimiothérapie (P + C) (N = 208)</p>																								
CRITÈRES DE JUGEMENT	Survie globale, survie sans récurrence, survie sans métastase, survie sans progression, taux de récurrences locales, morbidité postopératoire, qualité de vie																								
RÉSULTATS	<p><u>Durée médiane de progression ou de décès :</u> 10,5 mois (A) vs 10,7 mois (B)</p> <p><u>Risque de progression ou de décès :</u> HR = 1,07 [IC95 : 0,869-1,31], p = 0,54.</p> <p><u>Durée médiane de survie :</u> 33,9 mois (A) vs 33,7 mois (B).</p> <p><u>Risque relatif de décès :</u> RR = 0,989 [IC95 : 0,786-1,24], p = 0,92.</p> <p><u>Valeur pronostique de la taille tumorale sur le taux de décès :</u> > 1 cm vs ≤ 1 cm : HR = 1,71 [IC95 : 1,21-2,42], p = 0,003.</p> <p><u>Valeur pronostique de la taille tumorale résiduelle (après la 2nde chirurgie) sur le taux de décès :</u> > 1 cm vs ≤ 1 cm : HR = 1,25 [IC95 : 0,785-2,000], p = 0,34.</p>																								

C : cisplatine ; HR : Hazard Ratio ; IC95 : intervalle de confiance à 95 % ; P : paclitaxel ; RR : risque relatif ; vs : versus.

RÉFÉRENCE	GIANNOPOULOS2006
TYPE D'ÉTUDE	Étude prospective comparative
PÉRIODE D'INCLUSION	08/2002 - 03/2005
POPULATION	64 cancers de l'ovaire <i>Stade (FIGO)</i> IIIC : N = 51 IV : N = 13
INTERVENTIONS	Bras A : chimiothérapie néoadjuvante* + cytoréduction + chimiothérapie adjuvante** (N = 35) Bras B : cytoréduction d'emblée + chimiothérapie adjuvante*** (N = 29)
RÉSULTATS	<i>Cytoréduction optimale :</i> 82,9 % (A) vs 62,1 % (B), p = 0,061. <i>Perte sanguine médiane (gamme) :</i> 500 [100-3 000] (A) vs 1 000 [150-100 000] (B), p = 0,043. <i>Recours à une admission en unité de soins intensifs :</i> 2,5 % (A) vs 48,3 % (B), p < 0,001. <i>Durée du séjour à l'hôpital (jours) :</i> 7 [4-25] (A) vs 8 [6-17] (B), p = 0,005.

Chimiothérapie adjuvante** : sels de platine + paclitaxel ; chimiothérapie adjuvante*** : sels de platine + paclitaxel ; chimiothérapie néoadjuvante* : sels de platine + paclitaxel ; cisplatine + paclitaxel ; vs : *versus*.

RÉFÉRENCE	LEE2006
TYPE D'ÉTUDE	Étude prospective comparative
PÉRIODE D'INCLUSION	1998 - 2003
POPULATION	50 cancers de l'ovaire <u>Stade (FIGO)</u> III C : N = 16 (A), 20 (B) IV : N = 2 (A), 2 (B) <u>Grade tumoral</u> 1 : N = 0 (A), 2 (B) 2 : N = 3 (A), 6 (B) 3 : N = 15 (A), 14 (B) <u>Type histologique</u> Séreux : N = 13 (A), 16 (B) Mucineux : N = 2 (A), 2 (B) Endométrioïdes : N = 3 (A), 3 (B) Cellules claires : N = 0 (A), 1 (B)
INTERVENTIONS	Bras A : chimiothérapie néoadjuvante* + cytoréduction + chimiothérapie adjuvante** (N = 18) Bras B : cytoréduction d'emblée + chimiothérapie adjuvante*** (N = 22)
RÉSULTATS	<u>Résidu tumoral</u> : • ≤ 2 cm : 77,8 % (A) vs 45,5 % (B), p = 0,04; • > 2 cm : 22,2 % (A) vs 54,5 % (B). <u>Perte sanguine moyenne</u> : 620 ml [300-1 500] (A) vs 1 061 ml [300-3 500] (B), p = 0,04. <u>Durée moyenne du séjour postopératoire à l'hôpital (jours)</u> : 9,7 [7-16] (A) vs 10,4 [5-17] (B) <u>Survie sans récurrence (mois)</u> : 14 (A) vs 17 (B), p = 0,48. <u>Survie globale (mois)</u> : 53 (A) vs 55 (B), p = 0,61.

Chimiothérapie adjuvante** : paclitaxel + cisplatine (en cas de réponse complète) ou topotécan + carboplatine (en cas de stabilité ou de progression) ; chimiothérapie adjuvante*** : paclitaxel + cisplatine ; chimiothérapie néoadjuvante* : cisplatine + paclitaxel ; vs : *versus*.

RÉFÉRENCE	RECCHIA2001																		
TYPE D'ÉTUDE	Étude prospective non comparative de phase II																		
PÉRIODE D'INCLUSION	01/1993 - 04/2000																		
POPULATION	34 cancers de l'ovaire non résécables <table> <tr> <td><u>Stade (FIGO)</u></td> <td><u>Grade tumoral</u></td> </tr> <tr> <td>IV : N = 34</td> <td>1 : N = 3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2 : N = 7</td> </tr> <tr> <td><u>Localisation des métastases</u></td> <td>3 : N = 24</td> </tr> <tr> <td>Plèvre (seule) : N = 11</td> <td><u>Type histologique</u></td> </tr> <tr> <td>Foie (seul) : N = 9</td> <td>Séreux : N = 24</td> </tr> <tr> <td>Poumons (seuls) : N = 8</td> <td>Mucineux : N = 5</td> </tr> <tr> <td>Os : N = 3</td> <td>Mixtes : N = 2</td> </tr> <tr> <td>Sites multiples : N = 3</td> <td>Endométrioïdes : N = 3</td> </tr> </table>	<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Grade tumoral</u>	IV : N = 34	1 : N = 3		2 : N = 7	<u>Localisation des métastases</u>	3 : N = 24	Plèvre (seule) : N = 11	<u>Type histologique</u>	Foie (seul) : N = 9	Séreux : N = 24	Poumons (seuls) : N = 8	Mucineux : N = 5	Os : N = 3	Mixtes : N = 2	Sites multiples : N = 3	Endométrioïdes : N = 3
<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Grade tumoral</u>																		
IV : N = 34	1 : N = 3																		
	2 : N = 7																		
<u>Localisation des métastases</u>	3 : N = 24																		
Plèvre (seule) : N = 11	<u>Type histologique</u>																		
Foie (seul) : N = 9	Séreux : N = 24																		
Poumons (seuls) : N = 8	Mucineux : N = 5																		
Os : N = 3	Mixtes : N = 2																		
Sites multiples : N = 3	Endométrioïdes : N = 3																		
INTERVENTION	Chimiothérapie néoadjuvante* + cytoréduction																		
RÉSULTATS	<p><u>Taux de réponse globale</u> : 82 % [IC95 : 65,4-93,2]</p> <p><u>Réponse pathologique complète</u> : 26 %.</p> <p><u>Réponse partielle</u> : 56 %.</p> <p><u>Stabilisation de la maladie</u> : 9 %.</p> <p><u>Progression de la maladie</u> : 9 %.</p> <p><u>Survie actuarielle médiane</u> : 28 mois.</p> <p><u>Taux de survie</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 an : 94 % ; • 2 ans : 62 %. 																		

Chimiothérapie néoadjuvante* : carboplatine + cyclophosphamide + épirubicine (01/1993 - 10/1996) puis paclitaxel + carboplatine (10/1996 - 04/2000) ; IC95 : intervalle de confiance à 95 %.

RÉFÉRENCE	TATE2005
TYPE D'ÉTUDE	Étude rétrospective comparative
PÉRIODE D'INCLUSION	1993 - 1999
POPULATION	50 adénocarcinomes ovariens <u>Stade (FIGO)</u> III C : N = 50 <u>Type histologique</u> Séreux : N = 50 <u>Grade tumoral</u> 1/2 : N = 5 (A), 2 (B) 3 : N = 8 (A), 4 (B) Inconnu : N = 20 (A), 11 (B) <u>Chirurgie pré chimiothérapie néoadjuvante</u> Pas de chirurgie : N = 16 (A), 8 (B) Laparotomie exploratrice : N = 11 (A), 5 (B) Salpingo-oophorectomie : N = 6 (A), 4 (B) <u>Résidu tumoral après chimiothérapie néoadjuvante + chirurgie</u> Pas de résidu macroscopique : N = 23 (A), 9 (B) Résidu < 1 cm : N = 9 (A), 5 (B) Résidu > 1 cm : N = 1 (A), 3 (B)
INTERVENTIONS	Bras A : chimiothérapie néoadjuvante* + cytoréduction (réponse : CR ≥ - 0,039) (N = 32) Bras B : chimiothérapie néoadjuvante** + cytoréduction (pas de réponse : CR < - 0,039) (N = 17)
RÉSULTATS	<u>Taux de survie à 3 ans :</u> <ul style="list-style-type: none"> • 59,3 % (A + B) ; • 70,5 % (A) ; • 43,3 % (B). <u>Résidu tumoral après chimiothérapie néoadjuvante :</u> N = 23 (69,7 %) (A) vs 9 (52,9 %) (B), p = ns. <u>Réponse pathologique complète après chimiothérapie néoadjuvante :</u> N = 3 (9,1 %) (A) vs 1 (5,9 %) (B), p = ns.

CR : coefficient de régression ; chimiothérapie néoadjuvante* : ifosfamide + épirubicine (doxorubicine) + cisplatine (N = 17), cyclophosphamide + doxorubicine + cisplatine (fluorouracil) (N = 9), cyclophosphamide + cisplatine (N = 5), irinotécan + mitomycin C (N = 1), paclitaxel + cisplatine (N = 1) ; chimiothérapie néoadjuvante** : ifosfamide + épirubicine (doxorubicine) + cisplatine (N = 6), cyclophosphamide + doxorubicine + cisplatine (fluorouracil) (N = 9), cyclophosphamide + cisplatine (N = 2) ; ns : non significatif ; vs : versus.

RÉFÉRENCE	KAYIKCIOGLU2001																
TYPE D'ÉTUDE	Étude rétrospective comparative																
PÉRIODE D'INCLUSION	1991 - 2001																
POPULATION	203 adénocarcinomes ovariens <table> <tr> <td><u>Stade (FIGO)</u></td> <td><u>Type histologique</u></td> </tr> <tr> <td>IIIc : N = 21 (A), 102 (B)</td> <td>Séreux : N = 33 (A), 104 (B)</td> </tr> <tr> <td>IV : N = 24 (A), 56 (B)</td> <td>Mucineux : N = 2 (A), 10 (B)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Endométrioïdes : N = 2 (A), 10 (B)</td> </tr> <tr> <td><u>Grade tumoral</u></td> <td>Indifférenciés : N = 7 (A), 15 (B)</td> </tr> <tr> <td>1 : N = 0 (A), 19 (B)</td> <td>Cellules claires : N = 1 (A), 9 (B)</td> </tr> <tr> <td>2 : N = 18 (A), 58 (B)</td> <td>Autres : N = 0 (A), 10 (B)</td> </tr> <tr> <td>3 : N = 27 (A), 81 (B)</td> <td></td> </tr> </table>	<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Type histologique</u>	IIIc : N = 21 (A), 102 (B)	Séreux : N = 33 (A), 104 (B)	IV : N = 24 (A), 56 (B)	Mucineux : N = 2 (A), 10 (B)		Endométrioïdes : N = 2 (A), 10 (B)	<u>Grade tumoral</u>	Indifférenciés : N = 7 (A), 15 (B)	1 : N = 0 (A), 19 (B)	Cellules claires : N = 1 (A), 9 (B)	2 : N = 18 (A), 58 (B)	Autres : N = 0 (A), 10 (B)	3 : N = 27 (A), 81 (B)	
<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Type histologique</u>																
IIIc : N = 21 (A), 102 (B)	Séreux : N = 33 (A), 104 (B)																
IV : N = 24 (A), 56 (B)	Mucineux : N = 2 (A), 10 (B)																
	Endométrioïdes : N = 2 (A), 10 (B)																
<u>Grade tumoral</u>	Indifférenciés : N = 7 (A), 15 (B)																
1 : N = 0 (A), 19 (B)	Cellules claires : N = 1 (A), 9 (B)																
2 : N = 18 (A), 58 (B)	Autres : N = 0 (A), 10 (B)																
3 : N = 27 (A), 81 (B)																	
INTERVENTIONS	Bras A : chimiothérapie néoadjuvante* + cytoréduction (N = 45) Bras B : cytoréduction d'emblée + chimiothérapie adjuvante** (N = 158)																
RÉSULTATS	<p><u>Résidu tumoral</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas de résidu : N = 22 (A), N = 22 (B) ; • ≤ 0,5 cm : N = 9 (A), 44 (B) ; • 0,6-2 cm : N = 3 (A), 35 (B) ; • > 2 cm : N = 11 (A), 57 (B). <p><u>Taux de survie médiane pour les stades IV</u> : 27 (A) vs 28 (B), p = 0,1.</p> <p><u>Procédures chirurgicales</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colectomie : N = 1 (A) vs N = 24 (B), p = 0,01 ; • Splénectomie : N = 0 (A) vs N = 17 (B), p = 0,02. <p><u>Survie dans le bras B</u> :</p> <p>Splénectomie : 35 mois vs pas de splénectomie : 16 mois, p = 0,02.</p> <p><u>Atteinte appendiculaire</u> : 21,6 % (A) vs 80,3 % (B), p < 0,001.</p> <p><u>Survie</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Survie globale (mois) : 19,9 ± 13,2 (A) vs 27,6 ± 18,9 (B) ; • Survie sans récurrence (mois) : 13,9 ± 10,1 (A) vs 16,03 ± 16,7 (B) ; • Survie à 5 ans : 30 % (A) vs 24 % (B), p = 0,9 ; • Survie médiane (mois) : 34,1 (A) vs 37,9 (B), p = 0,9. 																

Chimiothérapie adjuvante** : cyclophosphamide + farmorubicine + platine (N = 80) ou paclitaxel + platine (N = 78) ; chimiothérapie néoadjuvante* : cyclophosphamide + farmorubicine + platine (N = 14) ou paclitaxel + platine (N = 31) ; vs : versus.

RÉFÉRENCE	HOU2007																
TYPE D'ÉTUDE	Étude rétrospective comparative																
PÉRIODE D'INCLUSION	1998 - 2005																
POPULATION	172 cancers de l'ovaire <table> <tr> <td><u>Stade (FIGO)</u></td> <td><u>Type histologique</u></td> </tr> <tr> <td>III C : N = 29 (A), 87 (B)</td> <td>Séreux : N = 51 (A), 66 (B)</td> </tr> <tr> <td>IV : N = 34 (A), 22 (B)</td> <td>Endométrioïdes : N = 5 (A), 6 (B)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Mucineux : N = 1 (A), 1 (B)</td> </tr> <tr> <td><u>Grade tumoral</u></td> <td>Cellules claires : N = 1 (A), 11 (B)</td> </tr> <tr> <td>1 : N = 0 (A), 3 (B)</td> <td>Mixtes : N = 4 (A), 18 (B)</td> </tr> <tr> <td>2 : N = 12 (A), 29 (B)</td> <td>Autres : N = 1 (A), 7 (B)</td> </tr> <tr> <td>3 : N = 51 (A), 77 (B)</td> <td></td> </tr> </table>	<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Type histologique</u>	III C : N = 29 (A), 87 (B)	Séreux : N = 51 (A), 66 (B)	IV : N = 34 (A), 22 (B)	Endométrioïdes : N = 5 (A), 6 (B)		Mucineux : N = 1 (A), 1 (B)	<u>Grade tumoral</u>	Cellules claires : N = 1 (A), 11 (B)	1 : N = 0 (A), 3 (B)	Mixtes : N = 4 (A), 18 (B)	2 : N = 12 (A), 29 (B)	Autres : N = 1 (A), 7 (B)	3 : N = 51 (A), 77 (B)	
<u>Stade (FIGO)</u>	<u>Type histologique</u>																
III C : N = 29 (A), 87 (B)	Séreux : N = 51 (A), 66 (B)																
IV : N = 34 (A), 22 (B)	Endométrioïdes : N = 5 (A), 6 (B)																
	Mucineux : N = 1 (A), 1 (B)																
<u>Grade tumoral</u>	Cellules claires : N = 1 (A), 11 (B)																
1 : N = 0 (A), 3 (B)	Mixtes : N = 4 (A), 18 (B)																
2 : N = 12 (A), 29 (B)	Autres : N = 1 (A), 7 (B)																
3 : N = 51 (A), 77 (B)																	
INTERVENTIONS	Bras A : chimiothérapie néoadjuvante* + cytoréduction (N = 63) Bras B : cytoréduction d'emblée + chimiothérapie adjuvante** (N = 109)																
RÉSULTATS	<p><u>Durée opératoire (min)</u> : 210,8 (A) vs 275,9 (B), p < 0,001.</p> <p><u>Perte sanguine estimée (cm³)</u> : 545,69 (A) vs 1 033 (B), p < 0,0001.</p> <p><u>Recours à des unités transfusionnelles</u> : 1,21 (A) vs 2,43 (B), p = 0,03.</p> <p><u>Durée du séjour à l'hôpital (jours)</u> : 5,69 (A) vs 8,47 (B), p < 0,0001.</p> <p><u>Cytoréduction complète</u> : 95,3 % (A) vs 70,6 % (B), p < 0,001.</p> <p><u>Survie sans progression au sein du bras A en fonction du traitement administré (mois)</u> : 12 (CC†) vs 18 (CP††), p = 0,08.</p> <p><u>Survie globale au sein du bras A en fonction du traitement administré (mois)</u> : 83 (CP††) vs 26 (CC†), p = 0,008.</p>																

CC† : carboplatine/cyclophosphamide ; CP†† : carboplatine/paclitaxel ; chimiothérapie néoadjuvante* : carboplatine/paclitaxel (N = 37), carboplatine/cyclophosphamide (N = 26) ; chimiothérapie adjuvante** : platine/taxane (N = 103), paclitaxel/ifosfamide (N = 2), carboplatine/cyclophosphamide (N = 1), carboplatine/topotécan (N = 2), étoposide (N = 1) ; vs : versus.

STADES IIA À IV : ÉVALUATION DE LA RÉSECABILITÉ PAR COELIOSCOPIE *vs* LAPAROTOMIE

RÉFÉRENCE	ANGIOLI2006
TYPE D'ÉTUDE	Étude prospective comparative
PÉRIODE D'INCLUSION	01/2000 - 03/2004
POPULATION	87 cancers de l'ovaire <i>Stade (FIGO)</i> IIIC-IV : N = 87
INTERVENTIONS	Bras A : évaluation (coelioscopie) + cytoréduction d'emblée (N = 53) Bras B : évaluation (coelioscopie) + chimiothérapie néoadjuvante + cytoréduction (N = 34)
RÉSULTATS	<i>Complications périopératoires majeures lors de l'évaluation par coelioscopie</i> : N = 0. <i>Nombre de laparotomies exploratrices évitées</i> : N = 34 (39 %). <i>Cytoréduction optimale</i> : <ul style="list-style-type: none">• Bras A : 6 % ;• Bras B : 80 %. <i>Survie</i> : Au terme d'un sui moyen de 22 mois [2-49] : 87 % (A) <i>vs</i> 60 % (B), p = 0,02.

vs : *versus*.

RÉFÉRENCE	FAGOTTI2005
TYPE D'ÉTUDE	Étude prospective non comparative
PÉRIODE D'INCLUSION	03/2003 - 11/2003
POPULATION	64 cancers de l'ovaire <i>Stade (FIGO)</i> I-II : N = 9 III-IV : N = 42 <i>Type histologique</i> Bénins : N = 6 Séreux : N = 42 Endométrioïdes : N = 3 Mucineux : N = 1 Cellules claires : N = 2 Indifférenciés : N = 2 Sarcome : N = 1 Autres (métastases ovariennes) : N = 7
INTERVENTION	Cœlioscopie + laparotomie
RÉSULTATS	<i>Évaluation par cœlioscopie vs laparotomie :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Masses ovariennes : Exact. : N = 45/46 (98 %), VPP : N = 31/31 (100 %), VPN : N = 14/15 (93 %) ; • Gâteau épiploïque : Exact. N = 52/58 (90 %), VPP : N = 19/19 (100 %), VPN : N = 33/39 (85 %) ; • Carcinose péritonéale : Exact. : N = 61/61 (100 %), VPP : N = 24/24 (100 %), VPN : N = 37/37 (100 %) ; • Carcinose diaphragmatique : Exact. N = 51/54 (94 %), VPP : N = 14/17 (82 %), VPN : N = 37/37 (100 %) ; • Rétraction mésentérique : Exact. : N = 60/60 (100 %), VPP : N = 13/13 (100 %), VPN : N = 47/47 (100 %) ; • Infiltration intestinale : Exact. : N = 47/56 (84 %), VPP : N = 17/18 (94 %), VPN : N = 30/38 (79 %) ; • Infiltration stomacale : Exact. N = 45/45 (100 %), VPP : N = 1/1 (100 %), VPN : N = 44/44 (100 %) ; • Métastases hépatiques : Exact. : N = 51/54 (94 %), VPP : N = 7/8 (88 %), VPN : N = 44/46 (96 %) ; • Ganglions lymphatiques volumineux : Exact. : N = 4/5 (80 %), VPP : N = 0 (0 %), VPN : N = 4/5 (80 %). <i>Évaluation du résultat chirurgical (cytoréduction optimale) :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Cœlioscopie : Exact. = 90 %, VPP = 87 %, VPN = 100 % ; • Évaluation clinico-radiologique : Exact. = 84 %, VPP = 87 %, VPN = 73 % ; • Évaluation clinico-radiologique + cœlioscopie : Exact. = 88 %, VPP = 89 %, VPN = 88 %.

Exact. : exactitude ; VPN : valeur prédictive négative ; VPP : valeur prédictive positive.

ANNEXE 2. RECHERCHE ET SÉLECTION BIBLIOGRAPHIQUE

Critères d'inclusion des études

Types de population

Les études portant sur des patientes atteintes de cancer de l'ovaire, quel que soit le stade, ont été sélectionnées.

Types d'interventions

Les interventions évaluées ont été les traitements chirurgicaux de première intention à visée thérapeutique suivants :

- stades précoces :
 - stadification complète *versus* stadification incomplète ;
 - curage pelvien et para-aortique *versus* exploration pelvienne et para-aortique ;
 - stadification par coelioscopie *versus* stadification par laparotomie ;
 - chirurgie conservatrice *versus* chirurgie non conservatrice.

- stades avancés :
 - exérèse complète *vs* exérèse incomplète ;
 - curage pelvien et para-aortique *versus* exploration pelvienne et para-aortique ou abstention d'une chirurgie ;
 - chimiothérapie première + chirurgie d'intervalle *versus* cytoréduction d'emblée ;
 - évaluation de la résécabilité par coelioscopie *versus* évaluation de la résécabilité par laparotomie.

Types d'études recherchés

Pour l'ensemble des thèmes traités, une recherche systématique a été effectuée sur les types d'études suivants :

- méta-analyses/synthèses méthodiques ;
- essais randomisés de phase II et III ;
- études prospectives et rétrospectives comparatives ou non comparatives.

Critères de jugement

Pour l'ensemble des questions traitées, les critères d'évaluation pris en compte ont été les suivants :

- survie globale ;
- survie sans récurrence ;
- survie sans progression ;
- taux de récurrences locales ;
- morbidité postopératoire ;
- durée opératoire ;
- durée de séjour ;
- complications opératoires ;
- qualité de vie.

Par ailleurs, le taux de conversion de la coelioscopie vers la laparotomie a été considéré uniquement pour les deux thèmes suivants :

- la stadification par coelioscopie (cf. chapitre stades IA, IB et IC : la stadification par coelioscopie est-elle acceptable ?) ;
- l'évaluation de la résécabilité par coelioscopie (cf. chapitre stades IIA à IV : évaluation de la résécabilité par coelioscopie *versus* laparotomie)

Stratégie de la recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été basée sur :

- l'interrogation de la base de données *Medline*® via l'interface OVID sur la période 1997-2006. Les équations de recherche utilisées sont présentées dans l'annexe 3) ;
- le suivi prospectif de la base de données *Medline*® via le système d'alerte hebdomadaire OVID jusqu'au 30/08/2007 ;
- le recueil des RPC et des revues systématiques via la consultation de plusieurs sites *d'evidence based medicine* (EBM). La liste des sites internet interrogés est présentée dans l'annexe 4) ;
- la consultation de la bibliographie des RPC, des méta-analyses/synthèses méthodiques et des revues de la littérature sélectionnées a complété la recherche bibliographique.

La stratégie de la recherche bibliographique a été limitée aux publications en français et en anglais. Les éditoriaux, les lettres, les cas rapportés, les études *in vitro* ainsi que les études conduites chez l'animal spécifiquement ont été éliminées de la stratégie de recherche.

TYPE DE RECHERCHE	FRÉQUENCE DE LA RECHERCHE	PÉRIODE COUVERTE
Interrogation de la base de données <i>Medline</i> ® via l'interface OVID	Ponctuel : 11/04/2006	01/01/1997 - 11/04/2006
Système des alertes OVID	Hebdomadaire	11/04/2006 - 30/08/2007
Consultation des sites internet d'EBM	Ponctuel : 26/09/2006	01/01/1997 - 26/09/2006
Consultation de la bibliographie des RPC, méta-analyses/synthèses méthodiques et revues de la littérature (sélectionnées)	Ponctuel : 30/08/2007	01/01/1997 - 30/08/2007

La stratégie de recherche mise en place a permis de retrouver, après gestion des doublons, 205 références indexées dans la base de données *Medline*® entre le 1^{er} janvier 1997 et le 30 juin 2007. La consultation des sites internet d'EBM a permis de retrouver 5 références. Les documents retrouvés ont été utilisés comme source documentaire supplémentaire mais n'ont pas fait l'objet d'une analyse critique et d'une extraction des données. Ils ont constitué une source documentaire supplémentaire pour la formulation des Recommandations (liste des documents retrouvés présentée dans l'annexe 4).

Sélection bibliographique

La sélection des références bibliographiques à inclure a été réalisée conjointement par les experts cliniciens et le méthodologiste sur la base des critères de sélection définis *a priori*.

Parmi les 205 références retrouvées dans la base de données *Medline*[®], 40 ont été sélectionnées (cf. tableau ci-dessous). Les 165 références restantes n'ont pas été sélectionnées car elles ne répondaient pas aux critères de sélection.

TYPE DE RECHERCHE	NOMBRE D'ÉTUDES	RÉFÉRENCES
Méta-analyse/synthèse méthodique	2	BRISTOW2002 ; BRISTOW2006
Essais randomisés de phase III	4	TRIMBOS2003 ; MAGGIONI2006 ; PANICI2005 ; ROSE2004
Études prospectives comparatives	4	SPIRTOS2005 ; GIANNOPOULOS2006 ; LEE2006 ; ANGIOLI2006
Études prospectives non comparatives	4	LEBLANC2004 ; TOZZI2004 ; EISENKOP2003 ; FAGOTTI2005
Étude prospective non comparative de phase II	1	RECCHIA2001
Études rétrospectives comparatives	11	CHAN2007A ; LE2002 ; CHI2005 ; LECURU2004 ; LECURU2006 ; GHEZZI2007 ; ZANETTA1997 ; EISENHAUER2006 ; TATE2005 ; KAYIKCIOGLU2001 ; HOU2007
Études rétrospectives non comparatives	14	ZANETTA1998 ; RAMIREZ2006 ; MORICE2003B ; MORICE2001A ; MORICE2005 ; RASPAGLIESI1997 ; SCHILDER2002 ; ALETTI2006 ; ALETTI2006A ; CHI2006 ; STOECKLE2004 ; WIMBERGER2007 ; SKIRNISDOTTIR2007 ; CHAN2007
Total	40	-

ANNEXE 3. ÉQUATIONS DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Équation de recherche générale sur la prise en charge chirurgicale du cancer de l'ovaire

ÉQUATION DE RECHERCHE <i>MEDLINE</i> [®] (OVID)		DESCRIPTION DE LA RECHERCHE
1. ovarian neoplasms/su 2. (early or early-stage or stage la or stage lb or stage l).ti. 3. 1 and 2 4. (ovar\$ adj3 (cancer\$1 or carcinoma\$1 or neoplasm\$ or tumor\$ or tumour\$1)).ti. 5. ovarian neoplasms/ 6. 4 or 5	7. exp gynecologic surgical procedures/ 8. (surgery or surgical or ovariectomy).ti. 9. laparoscopy/ 10. laparotomy/ 11. or/7-10 12. 6 and 11 and 2 13. 3 or 12	Recherche sur la chirurgie des stades précoces du cancer de l'ovaire
1. *ovarian neoplasms/su 2. (advanced or advanced-stage or stage II\$ or stage III\$ or stage IV\$ or stage Ic\$ or stage Id\$ or bulky).ti. 3. 1 and 2 4. (ovar\$ adj3 (cancer\$1 or carcinoma\$1 or neoplasm\$ or tumor\$ or tumour\$1)).ti. 5. ovarian neoplasms/ 6. 4 or 5	7. exp *gynecologic surgical procedures/ 8. (surgery or surgical).ti. 9. (debulking or cytoreducti\$).ti. 10. lymph node excision/ or lymphadenectomy.ti. 11. or/7-10 12. 6 and 11 and 2 13. 3 or 12	Recherche sur la chirurgie des stades avancés du cancer de l'ovaire
14. editorial.pt. 15. letter.pt. 16. news.pt. 17. case-reports.pt. 18. in-vitro.de. 19. or/14-18	20. genes, BRCA1/ 21. genes, BRCA2/ 22. teratoma/ 23. or/20-22 24. 13 not 19 25. 24 not 23	Filtre d'exclusion
26. limit 25 to (human and (english or french) and yr=1997-2006) 27. randomized controlled trial.pt. 28. random allocation.de. 29. random\$.ti. 30. double-blind method.de. 31. or/27-30 32. meta-analysis.pt. 33. meta-analy\$.ti.	34. metaanaly\$.ti. 35. (systematic adj overview\$).tw. 36. (systematic adj review\$).tw. 37. (quantitative adj overview\$).tw. 38. (quantitative adj review\$).tw. 39. or/32-38 40. 26 and 31 41. 26 and 39	Limites de la recherche

Équation de recherche sur la stadification des stades précoces

ÉQUATION DE RECHERCHE <i>MEDLINE</i> [®] (OVID)		DESCRIPTION DE LA RECHERCHE
1. ovarian neoplasms/su 2. (early or early-stage or stage la or stage lb or stage l).ti. 3. 1 and 2 4. (ovar\$ adj3 (cancer\$1 or carcinoma\$1 or neoplasm\$ or tumor\$ or tumour\$1)).ti. 5. ovarian neoplasms/ 6. 4 or 5	7. exp gynecologic surgical procedures/ 8. (surgery or surgical or ovariectomy).ti. 9. laparoscopy/ 10. laparotomy/ 11. or/7-10 12. 6 and 11 and 2 13. 3 or 12	Recherche sur la chirurgie des stades précoces du cancer de l'ovaire
14. editorial.pt. 15. letter.pt. 16. news.pt. 17. case-reports.pt. 18. in-vitro.de. 19. or/14-18	20. genes, BRCA1/ 21. genes, BRCA2/ 22. teratoma/ 23. or/20-22 24. 13 not 19 25. 24 not 23	Filtre d'exclusion
27. staging.ti. 28. neoplasm invasiveness/di 29. neoplasm invasiveness/ or (extent\$ or infiltration or involvement or invasive\$).ti.	30. (assess\$ or evaluat\$).ti. 31. 29 and 30 32. 26 or 27 or 28 or 31 33. 25 and 32	Recherche sur la stadification des cancers
34. randomized controlled trial.pt. 35. random allocation.de. 36. random\$.ti. 37. double-blind method.de. 38. 34 or 35 or 36 or 37 39. meta-analysis.pt. 40. meta-analy\$.ti. 41. metaanaly\$.ti. 42. (systematic adj overview\$).tw.	43. (systematic adj review\$).tw. 44. (quantitative adj overview\$).tw. 45. (quantitative adj review\$).tw. 46. or/39-45 47. limit 33 to (human and (english or french)) 48. limit 47 to yr=1997-2006 49. 48 and 38 50. 48 and 46	Limites de la recherche

Équation de recherche sur la chirurgie d'intervalle

ÉQUATION DE RECHERCHE <i>MEDLINE</i> [®] (OVID)	DESCRIPTION DE LA RECHERCHE	
<p>1. (advanced or advanced-stage or stage II\$ or stage III\$ or stage IV\$ or stage Ic\$ or stage Id\$ or bulky or unresectable or inoperable).ti. 2. (ovar\$ adj3 (cancer\$1 or carcinoma\$1 or neoplasm\$ or tumor\$ or tumour\$1)).ti. 3. ovarian neoplasms/ 4. 2 or 3 5. 1 and 4 6. exp *gynecologic surgical procedures/ 7. ovarian neoplasms/su 8. (surgery or surgical or debulking or cytoreducti\$).ti.</p>	<p>9. lymph node excision/ or lymphadenectomy.ti. 10. ovariectomy/ 11. or/6-10 12. neoadjuvant therapy/ 13. (interval or neoadjuvant or ids or unresectable or inoperable or NACT or before surgery).tw. and ovarian neoplasms/dt 14. (interval or neoadjuvant or ids or unresectable or inoperable or NACT or before surgery).ti. 15. or/12-14 28. 5 and 11 and 15</p>	<p>Recherche sur la chirurgie d'intervalle du cancer de l'ovaire</p>
<p>16. editorial.pt. 17. letter.pt. 18. news.pt. 19. case-reports.pt. 20. review of reported cases.pt. 21. in-vitro.de. 22. animal/</p>	<p>23. or/16-22 24. genes,BRCA1/ 25. genes,BRCA2/ 26. teratoma/ 27. or/24-26 29. 28 not 23 30. 29 not 27</p>	<p>Filtre d'exclusion</p>
<p>31. limit 30 to (human and (english or french)) 32. limit 31 to yr=1997-2006 33. randomized controlled trial.pt. 34. random allocation.de. 35. random\$.ti. 36. double-blind method.de. 37. 33 or 34 or 35 or 36 38. meta-analysis.pt. 39. meta-analy\$.ti. 40. metaanaly\$.ti.</p>	<p>41. (systematic adj overview\$).tw. 42. (systematic adj review\$).tw. 43. (quantitative adj overview\$).tw. 44. (quantitative adj review\$).tw. 45. or/38-44 46. 32 and 37 47. 32 and 45</p>	<p>Limites de la recherche</p>

Équation de recherche sur la lymphadénectomie

ÉQUATION DE RECHERCHE <i>MEDLINE</i> [®] (OVID)		DESCRIPTION DE LA RECHERCHE
1. ovarian neoplasms/ 2. (ovar\$ adj3 (cancer\$1 or carcinoma\$1 or neoplasm\$ or tumor\$ or tumour\$)).ti. 3. 1 or 2 4. exp aorta/ 5. pelvis/ 6. Para-Aortic Bodies/ 7. (aortic or paraaortic or para-aortic or pelvic).ti.	8. (lymphadenectom\$ or ((lymphnode\$1 or node\$) adj3 (excision or dissect\$ or resect\$ or curretage))).ti. 9. lymph node excision/ 10. or/4-6 11. 10 or 7 12. 8 or 9 13. 3 and 11 and 12	Recherche sur la lymphadénectomie dans le cancer de l'ovaire
14. editorial.pt. 15. letter.pt. 16. news.pt. 17. case-reports.pt. 18. in-vitro.de. 19. or/14-18	20. genes, BRCA1/ 21. genes, BRCA2/ 22. teratoma/ 23. or/20-22 24. 13 not 19 25. 24 not 23	Filtre d'exclusion
26. limit 25 to (human and (english or french) and yr=1994-2006) 27. randomized controlled trial.pt. 28. random allocation.de. 29. random\$.ti. 30. double-blind method.de. 31. 27 or 28 or 29 or 30 32. meta-analysis.pt. 33. meta-analy\$.ti.	34. metaanaly\$.ti. 35. (systematic adj overview\$).tw. 36. (systematic adj review\$).tw. 37. (quantitative adj overview\$).tw. 38. (quantitative adj review\$).tw. 39. or/32-38 40. 26 and 31 41. 26 and 39	Limites de la recherché

ANNEXE 4. INTERROGATION DES SITES INTERNET EBM

NOM DE L'ORGANISME	ADRESSE URL
AFSSAPS	http://agmed.sante.gouv.fr/
ASCO guideline	http://www.asco.org/ac/1,1003,12-002138,00.asp
CCOHTA	http://www.ccohta.ca/
CCOPGI	http://www.cancercare.on.ca/
Clinical Evidence	http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/index.jsp
Cochrane CDSR	http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/mrwhome/106568753/home
HAS	http://www.has.fr
NGC	http://www.guideline.gov/
NHS - HTA	http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/
NICE	http://www.nice.org.uk/cat.asp?c=16422
NZGG	http://www.nzgg.org.nz/index.cfm?screenSize=1024&ScreenResSet=yes&CFTOKEN
START	http://www.startoncology.net/default.jsp
SBU	http://www.sbu.se/www/index.asp
SIGN	http://www.sign.ac.uk/index.html
Thériaque	http://www.theriaque.org/

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
 ASCO : American society of clinical oncology
 CCOHTA : Canadian coordinating office for health technology assessment)
 CCOPGI : Cancer care Ontario practice guidelines Initiative
 Cochrane CDSR : Cochrane database of systematic reviews

HAS : Haute autorité de santé
 NGC : National guidelines clearinghouse
 NHS - HTA : National health service - health technology assessment
 NICE : National institute for clinical evidence
 NZGG : New Zealand guidelines group
 START : State of the ART, oncology in Europe
 SBU : The Swedish council on technology assessment in health care
 SIGN : Scottish intercollegiate guidelines network.

Liste des documents retrouvés via la consultation des sites internet d'EBM

TYPE DE DOCUMENTS	ORGANISME PRODUCTEUR	RÉFÉRENCE	ANNÉE DE PUBLICATION
RPC	SIGN	Epithelial ovarian cancer. A national clinical guideline http://www.sign.ac.uk/pdf/sign75.pdf	2003
RPC	NHS	Guidance on commissioning cancer services. Improving outcomes in gynaecological cancers http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4005385?dcService=GET_FILE&dID=19970&Rendition=Web	1999
Protocole	The Cochrane collaboration	Interval debulking surgery for advanced epithelial ovarian cancer http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD006014/pdf_fs.html	2006
Protocole	The Cochrane collaboration	Laparoscopy <i>versus</i> laparotomy for FIGO stage I ovarian cancer http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD005344/pdf_fs.html	2005
Protocole	The Cochrane collaboration	Chemotherapy <i>versus</i> surgery for initial treatment in advanced ovarian epithelial cancer http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD005343/pdf_fs.html	2005

ANNEXE 5. GRILLES D'ANALYSE CRITIQUE

Des grilles d'analyse critique des études ont été utilisées en fonction du type d'étude.

Grille d'analyse critique pour les méta-analyses et les synthèses méthodiques

RÉFÉRENCE DE L'ARTICLE	.....
Les objectifs de la synthèse méthodique sont-ils clairement définis ?	.....
Les critères utilisés pour sélectionner les essais sont-ils corrects ?	.....
Est-il improbable que des études aient été oubliées ?	.....
Un biais de publication est-il possible ?	.....
L'éventualité de ce biais est-elle discutée par les auteurs ?	.....
La qualité méthodologique des essais inclus a-t-elle été évaluée ?	.....
Les résultats des essais inclus sont-ils homogènes ?	.....
L'analyse statistique a-t-elle été réalisée correctement ?	.....
La stabilité des résultats a-t-elle été éprouvée par des analyses de sensibilité ?	.....
Est-ce que tous les critères de jugement importants ont été étudiés ?	.....
Est-ce que les résultats sont décrits ?	.....

Grille d'analyse critique pour les essais randomisés d'après Jadad et al.¹

RÉFÉRENCE DE L'ARTICLE	.....
1. Étude randomisée ? *	.....
2. Méthode de randomisation décrite et appropriée ?**	.....
3. Double aveugle***	.....
4. Double aveugle décrit et approprié ?*	.....
5. description des non-évalués et des perdus de vue ?**	.....
Score de JADAD	.....
Qualité de l'étude	.....

* score : oui = 1, non = 0 ; ** score : oui = 1, non décrit = 0, non = -1 ; *** score : oui = 1, non = 0 ; • score : oui = 1, non décrit = 0, non = -1 ; •• score : oui = 1, non = 0.

¹ Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? Control Clin Trials 1996;17(1):1-12.

Grille d'analyse critique pour les essais randomisés d'après Cucherat et al.²

RÉFÉRENCE DE L'ARTICLE		.....
Validité	L'hypothèse a-t-elle été formulée <i>a priori</i> ?	.....
Méthodologique	L'objectif de l'essai est-il clairement précisé dans l'introduction ?	.....
Sortie d'essai - Attrition -	L'analyse a-t-elle été réalisée en intention de traiter ?	.....
	Le nombre de patientes analysées est-il identique au nombre de patients randomisés ?	.....
	Est-ce que les arrêts de traitements, les déviations aux protocoles et les traitements concomitants ont été recueillis et sont convenablement documentés ?	.....
	Le recours aux traitements concomitants a-t-il été aussi fréquent dans tous les groupes ?	.....
Insu	Les taux de déviation au protocole sont-ils similaires dans les deux groupes ?	.....
	Les taux d'arrêt du traitement de l'étude sont-ils similaires dans les deux groupes ?	.....
	L'évaluation du critère de jugement est-elle faite de la même façon quel que soit le traitement reçu ?	.....
Randomisation	Est-ce que la méthode de randomisation garantit l'imprévisibilité du traitement ?	.....
	Est-ce que les groupes sont initialement comparables ?	.....
Facteurs de confusion	Existe-il un groupe contrôle ?	.....
	L'effet du traitement est-il déterminé par rapport à ce groupe contrôle ?	.....
Réalité statistique du résultat	Peut-on considérer que le risque alpha a été parfaitement contrôlé pour le résultat avancé ?	.....
	N'y a-t-il pas eu de mesures multiples du critère de jugement (mesures répétées) ?	.....
	Le résultat avancé n'est-il pas issu d'une analyse en sous-groupes ?	.....

² Cucherat, M. Méthodologie et interprétation des essais cliniques. Flammarion, Médecine-Sciences; Collection Nouveaux Modules ed. 2004.

ANNEXE 6. PROCESSUS DE RELECTURE NATIONALE

Ce document a été adressé pour relecture nationale, le 10 septembre 2007 à 156 experts indépendants du groupe de travail et représentatifs de tous les modes d'exercice (cf. figures 1 et 2). Une grille de lecture basée sur la grille AGREE a été proposée pour aider les relecteurs à évaluer la validité, la clarté, la pertinence et l'acceptabilité des Recommandations pour la pratique clinique élaborées par le groupe de travail³. La date limite de réponse pour clore le processus de relecture a été fixée au 9 octobre 2007. Seules les personnes ayant répondu figurent de façon nominative dans le rapport intégral. En cas de commentaires ou de réserve, une justification écrite et détaillée était demandée, faisant référence aux données de la science et/ou à l'expérience argumentée des médecins.

FIGURE 1
Échantillon sollicité : répartition par spécialité

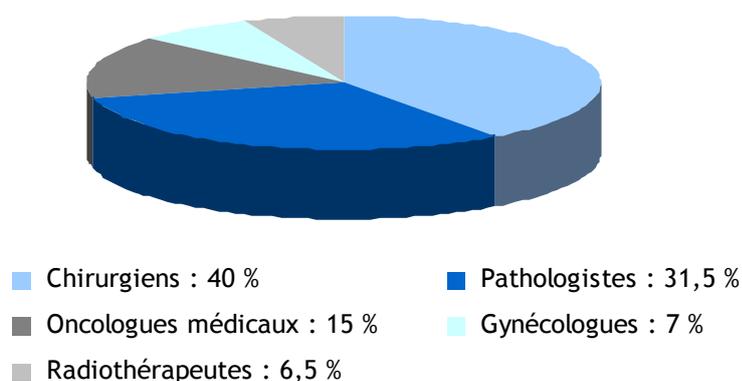
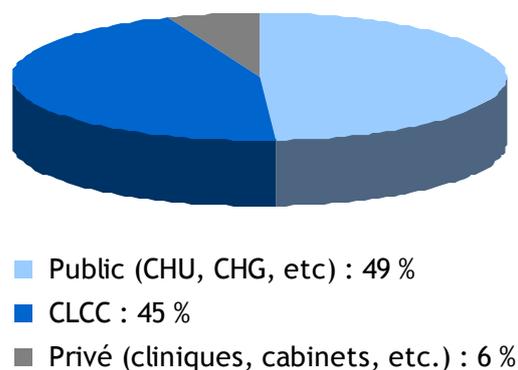


FIGURE 2
Échantillon sollicité : répartition par mode de pratique



³ AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care* 2003;12(1):18-23.

Parmi les 156 relecteurs sollicités, 49 ont répondu (31,4 %) dont 47 ont rempli la grille d'évaluation qui leur avait été proposée (95,9 %). Les contributeurs ayant répondu ont été principalement des chirurgiens et des oncologues médicaux (respectivement 47 % et 20,5 %) (cf. figure 3). Quarante-sept pour cent des contributeurs ayant répondu provenaient des centres de lutte contre le cancer, 43 % du secteur public et 10 % du secteur privé (cf. figure 4). En réponse à la grille de lecture, 100 % des relecteurs ont déclaré que toutes les recommandations ou une grande partie étaient applicables dans leur pratique, 98 % ont approuvé toutes les recommandations ou une grande partie des recommandations et 98 % étaient d'accord pour utiliser ces recommandations dans leur pratique (en totalité ou en grande partie) (cf. tableau 1). Les réponses des contributeurs aux items de la grille d'évaluation sont présentées dans le tableau 2. Les principaux commentaires et réserves des relecteurs ainsi que les réponses apportées par le groupe de travail sont présentés dans l'annexe 6.

FIGURE 3
Répartition par spécialité des relecteurs ayant répondu

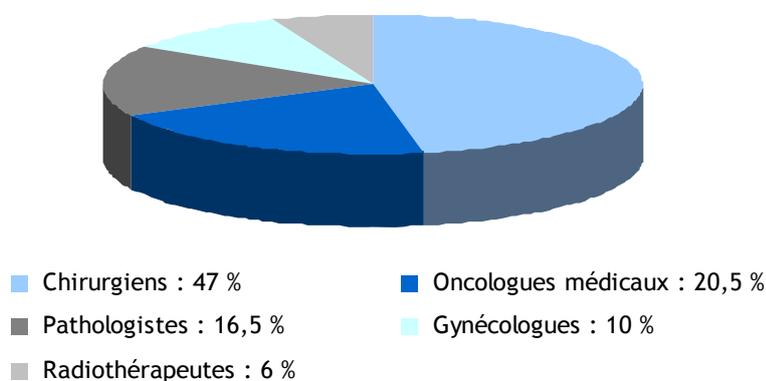


FIGURE 4
Répartition par spécialité des relecteurs ayant répondu

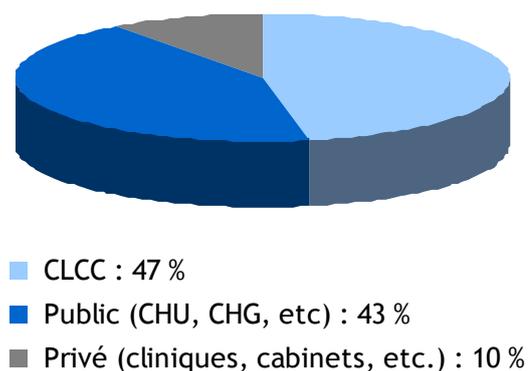


TABLEAU 1
Évaluation des Recommandations

	TOUTES	EN GRANDE PARTIE	CERTAINES	AUCUN
Applicabilité des recommandations	76 %	24 %	0 %	0 %
Approbation des recommandations	71 %	27 %	2 %	0 %
Utilisation des recommandations dans la pratique clinique	74 %	24 %	0 %	2 %

TABLEAU 2
Réponses des relecteurs aux items de la grille de relecture

	Tout à fait d'accord ou d'accord	Sans avis précis	Pas d'accord ou absolument pas d'accord
La méthodologie utilisée pour l'élaboration des Recommandations est clairement présentée.	100 %	0 %	0 %
Les membres du groupe de travail proviennent de toutes les disciplines pertinentes avec le sujet traité.	88 %	4 %	8 %
Les sources d'information utilisées sont pertinentes et valides.	98 %	0 %	2 %
Le sujet est traité de façon pertinente (plan, contenu).	100 %	0%	0 %
Les sujets controversés ont tous été rapportés.	74 %	11 %	15 %
Les patientes auxquelles s'intéressent les Recommandations sont précisément décrites.	96 %	2 %	2 %
La synthèse des données scientifiques paraît claire.	96 %	0 %	4 %
Le lien explicite entre les Recommandations et le niveau de preuve sur lesquelles elles reposent est précisé.	93 %	0 %	7 %
Les situations d'exception sont précisées.	79 %	10,5 %	10,5 %
Les différentes alternatives pour la prise en charge de la pathologie/les indications/les bonnes pratiques ont été clairement présentées.	96 %	2 %	2 %
La présentation des recommandations paraît clairement structurée et sans ambiguïté.	90 %	0 %	10 %
Les potentiels bénéfiques, risques et effets indésirables des interventions ont été pris en compte dans les recommandations.	87 %	4 %	9 %
Il peut être affirmé qu'il n'y a pas d'autres conclusions possibles en l'état actuel des connaissances.	72 %	17 %	11 %
Les situations cliniques auxquelles s'appliquent les recommandations ont été suffisamment précisées.	96 %	4 %	0 %
Toutes les données scientifiques pertinentes disponibles sur le sujet sont présentées.	87 %	6,5 %	6,5 %

ANNEXE 7. SYNTHÈSE DES COMMENTAIRES DE LA RELECTURE NATIONALE

COMMENTAIRES	PRISES EN COMPTE
STADES IA, IB et IC : Stadification complète vs stadification incomplète	
Le 2 nd Standard ne paraît pas suffisamment clair. Nous pourrions comprendre en lisant le texte que la restadification est facultative si nous administrons une chimiothérapie. Le Standard évoque des facteurs pronostiques péjoratifs, mais en clair, toutes les patientes ayant un stade IA grade 2 ou 3, ainsi que les patientes de stade IB et IC recevront en principe une chimiothérapie. Donc il n'est pas suffisamment précisé si la restadification doit être effectuée chez ces patientes.	Pris en compte.
Il serait utile de préciser ce qui, dans ce travail, définit une stadification complète en précisant clairement les gestes pour les non-spécialistes.	Pris en compte.
D'une manière générale, le terme « laparoscopie » est utilisé dans les essais alors que le terme « coelioscopie » apparaît dans les Standards. Il serait utile d'uniformiser et d'utiliser laparoscopie plutôt que d'utiliser alternativement les deux et d'éliminer ainsi toute ambiguïté pour les chirurgiens n'ayant pas l'expérience.	Le groupe de travail a opté pour l'utilisation systématique du terme « coelioscopie ».
Quelle preuve avons-nous, qu'après stadification incomplète, la chimiothérapie ne devrait pas se substituer à une restadification chirurgicale ? Évidemment, une stadification complète d'emblée est recommandée, évitant ainsi une chimiothérapie inutile. Mais choisir entre le risque d'une reprise chirurgicale et d'une chimiothérapie, cela mérite réflexion. Ce pourrait être des Options.	Le groupe de travail a opté pour maintenir la recommandation en Standard.
STADES IA, IB et IC : Curage pelvien et para-aortique vs exploration pelvienne et para-aortique	
Ne faudrait-il pas rajouter qu'il n'y a pas d'indication de reprise chirurgicale pour une lymphadénectomie bilatérale para-aortique en cas de tumeur mucineuse de stade I ou de tumeur de stade IA et de grade 1 ?	Le commentaire concernant les tumeurs mucineuses de stade I a été pris en compte.
La lymphadénectomie devrait être indiquée en Option en regard des éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Stades I grade 1 non à cellules claires : pas d'atteinte ganglionnaire ; • Stades I autres types histologiques et autres grades : la stadification ganglionnaire ne change pas l'indication d'une chimiothérapie. 	Le groupe de travail a opté pour maintenir la recommandation en Standard.
Pas d'impact sur la survie globale, complications per- et postopératoires. Proposition : tenir compte des conditions d'opérabilité (surcharge pondérale, âge, autres pathologies)	Pris en compte.
STADES IA, IB et IC : La stadification par coelioscopie est-elle acceptable ?	
Le nombre de ganglions prélevés tant par laparotomie que par coelioscopie est faible en lombo-aortique ce qui peut constituer un biais et limiter l'intérêt de la comparaison entre les deux voies de prélèvement.	Pris en compte.
STADES IA, IB et IC : Place de la chirurgie conservatrice	
Cette chirurgie ne peut se concevoir bien évidemment que pour les stades IA, mais il apparaît étonnant que l'Option d'un traitement conservateur soit possible également pour les tumeurs de stades IA et de grade 2.	Pris en compte.

Dans l'Option, le terme « recommandé » semble fort et critiquable face à l'absence de publications montrant un risque accru de récurrence. Ne pourrait-il pas être remplacé par le terme suivant : « proposée ou pourrait être envisagée » ?	Le groupe de travail a opté pour maintenir le terme de « recommandé ».
La recherche de mutations germinales prédisposant au cancer de l'ovaire sera faite si : <ul style="list-style-type: none"> • La patiente est demandeuse ; • Il y a des antécédents familiaux. La conservation sera alors rediscutée en fonction des antécédents et des résultats de la recherche des mutations en réunion multidisciplinaire.	Pris en compte.
Il serait utile de préciser les gestes exacts recommandés en Option en cas de traitement conservateur (omentectomie, biopsies, curages...)	Pris en compte.
Ne faudrait-il pas revoir l'exclusion des cellules claires ? Est-elle encore justifiée ?	Le groupe de travail a opté pour maintenir l'exclusion des cancers à cellules claires de l'Option.
Ne faudrait-il pas exclure les tumeurs de stades IA et de grade 2 de l'Option concernant le traitement conservateur ?	Pris en compte.
Proposition pour compléter la bibliographie : Colombo <i>et al.</i> Int J Gynecol Cancer. 2005 Nov-Dec ; 15 Suppl 3 : 206-11 ; Zanagnolo <i>et al.</i> Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2005 Dec 1 ; 123 (2) : 235-43.	La première référence ne correspond pas aux critères de sélection. La seconde référence ne traite pas spécifiquement des cancers épithéliaux de l'ovaire. En effet, moins d'une patiente sur 5 incluse dans l'étude est atteinte de cancer épithélial de l'ovaire (N = 14). Le groupe de travail a opté pour ne pas intégrer cette étude dans le document intégral.
STADES IA, IB et IC, commentaires généraux	
Il est écrit dans les Standards : « appendicectomie ». Il faudrait moduler en fonction du caractère mucineux ou non de la tumeur dans les formes précoces.	Pris en compte.
L'intérêt d'une omentectomie infracolique ou infragastrique dans les stades I n'a pas été abordé.	Pris en compte.
Il serait utile de faire apparaître l'exérèse des orifices de trocars en cas de premier bilan par coelioscopie dans la recommandation.	Pris en compte.
Faut-il se limiter aux seuls stades I pour définir les stades précoces ?	Le groupe de travail a opté pour maintenir la définition des stades précoces aux seuls stades I.
STADES IIA à IV : exérèse complète vs exérèse incomplète	
Proposition de reformulation de la recommandation : « Les meilleures chances de survie prolongée sont conférées aux patientes dont l'exérèse chirurgicale est initiale et complète. Serait-il possible de mentionner qu'une chirurgie incomplète (résidu > 2 cm) est inutile ? »	Pris en compte.
Serait-il possible de compléter la bibliographie par les études suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Stoeckle <i>et al.</i> Int J Gynecol Cancer 2004 : 779-787 ; • Wimberger <i>et al.</i> Gynecol Oncol 2007 ; • Crawford <i>et al.</i> J Clin Oncol 2005 ; 23 : 8802-8811 ; • Du Bois <i>et al.</i> Ann Oncol ; • Vergote <i>et al.</i> Acta Chir Belg 2004 ; 104 : 246-256. 	Les deux premières références ont été intégrées dans le document. Les trois dernières références ne correspondent pas aux critères de sélection.

STADES IIA à IV : Curage pelvien et para-aortique vs exploration pelvienne et para-aortique ou abstention d'une chirurgie	
Serait-il possible de compléter la bibliographie par l'étude suivante : • Chan <i>et al.</i> Br J Cancer 2007 ; 96 : 1817-22.	Pris en compte.
Pourquoi ne pas utiliser le mot « recommandé » à la place du mot « indiqué » dans le Standard ?	Pris en compte.
La lymphadénectomie devrait être indiquée en Option en regard des éléments suivants : • Pas de différence en termes de survie globale ; • La survie sans récurrence est-elle majeure dans cette pathologie ? • Les morbidités chirurgicales ne sont pas abordées.	Le groupe de travail a opté pour maintenir la recommandation en Standard.
STADES IIA à IV : Chimiothérapie première + chirurgie d'intervalle vs cytoréduction d'emblée en cas de carcinose importante	
Proposition pour les recommandations : • Standard : effort chirurgical initial permettant une résection complète ; • Option : si le Standard n'a pas été réalisé = chirurgie d'intervalle après 3 cures.	Pris en compte (Standard).
Serait-il possible d'ajouter cette recommandation : « une chimiothérapie première complète (6 cures) avant la chirurgie n'est pas recommandée. »	Pris en compte.
Concernant l'Option, serait-il possible d'évoquer une chirurgie à 6 cycles en cas de réponse partielle ?	Pris en compte.
Il n'est fait mention nulle part de l'attitude à adopter en cas de non-réponse à la chimiothérapie adjuvante avant la chirurgie d'intervalle.	Pris en compte.
Supprimer l'étude de Hegazy <i>et al.</i> 2005 car elle est déjà contenue dans la méta-analyse de Bristow <i>et al.</i> 2006.	Pris en compte.
Serait-il possible de compléter la bibliographie par l'étude suivante : • Hou <i>et al.</i> Gynecol Oncol 2007 ; 105 : 211-17 ; • Recchia <i>et al.</i> Gynecol Oncol 2001 ; 22 : 287-291 ; • Kayikcioglu <i>et al.</i> Int J Gynecol Cancer 2001 ; 11 : 466-470 ; • Tate <i>et al.</i> Gynecol Oncol 2005 ; 96 : 143-149 ; • Bristow <i>et al.</i> Gynecol Oncol 2007 ; 104 : 480-490 ; • Deval ASCO meeting 2003 : abstract 1817.	Les quatre premières références ont été intégrées dans le document. Les deux dernières références ne correspondent pas aux critères de sélection.
Serait-il possible de compléter la bibliographie par l'étude suivante : • Lee <i>et al.</i> J Obstet Gynaecol Res 2006 Feb ; 32 (1) : 99-106 ; • Morice <i>et al.</i> Ann Oncol 2003 Jan (1) : 74-7.	La première référence a été intégrée dans le document. La seconde référence n'a pas été intégrée car elle est déjà incluse dans la méta-analyse de Bristow <i>et al.</i> 2006.
STADES IIA à IV : Évaluation de la résécabilité par coelioscopie vs laparotomie	
Serait-il possible de préciser le terme de résécabilité afin d'éviter toute ambiguïté ?	Pris en compte.
Il serait utile de supprimer le terme « sauf en cas... », car dans ce contexte, ce n'est plus de l'exploration à visée de stadification ou d'évaluation de la résécabilité mais du traitement de symptôme.	Pris en compte.

STADES IIA à IV, commentaires généraux	
Serait-il possible de faire apparaître la chimiothérapie intrapéritonéale associée à la chirurgie ?	Le thème de la chimiothérapie sera abordé dans la mise à jour concernant le traitement médical de première ligne disponible courant 2008.
Il serait utile de traiter les cas de cancers avancés chez la patiente très âgée avec une comorbidité souvent associée dans un chapitre à part.	Cela n'a pu être réalisé en raison d'une absence de ces données spécifiques pour la quasi-totalité des études.
Il manquerait éventuellement un chapitre concernant la délivrance d'une chimiothérapie intrapéritonéale (pose et complications d'un tel traitement à envisager compte tenu des derniers résultats publiés).	Le thème de la chimiothérapie sera abordé dans la mise à jour concernant le traitement médical de première ligne disponible courant 2008.
La qualité de vie après chirurgie n'est pas tellement abordée. Cela reste un des critères de choix en particulier pour la réalisation d'une chirurgie de <i>debulking</i> complet.	Pris en compte.
Il semble important de définir les termes chirurgie complète, incomplète, extensive, agressive.	Pris en compte.
Il serait utile de rajouter un chapitre sur la qualification des équipes.	Il est fait mention au sein des recommandations sur la nécessité de compétences et de moyens techniques pour le traitement chirurgical.