

Traitement des cancers de l’ovaire : les principaux moteurs du progrès

Communiqué de l’Académie nationale de médecine¹

28 Juin 2024

En France, le cancer de l’ovaire touche près de 5 900 femmes/an avec une mortalité importante, estimée à 3 500 décès chaque année. Toutefois, d’importants progrès ont été réalisés lors des trois dernières décennies, notamment en Europe [1]. L’avancée significative dans la prise en charge du cancer de l’ovaire est la résultante de trois facteurs de progrès :

- **Le démantèlement moléculaire** qui a permis d’identifier différents types de cancer de l’ovaire, orientant les stratégies thérapeutiques. Ainsi, la recherche d’anomalies de la réparation des cassures doubles brins de l’ADN (*Homologous Recombination Defect* (HRD)), associées ou non à des mutations délétères des gènes *BRCA1* ou *2* (germinales ou tumorales), constitue un test « théranostique », qui est devenu un prérequis essentiel pour la prescription de thérapies ciblées. Cette approche a notamment permis de guider la prescription des inhibiteurs de la Poly-ADP-Ribose-Polymérase (PARP), qui ont révolutionné le traitement de certains cancers agressifs [2] ;
- **La qualité de la prise en charge chirurgicale.** La coelioscopie exploratrice permet de faire un bilan de l’état de la cavité abdominale et des biopsies protégées en vue d’analyses histologiques et moléculaires. L’acte chirurgical vise ensuite une exérèse complète, soit d’emblée, soit après une chimiothérapie. L’enjeu est d’éviter de laisser en place des résidus tumoraux, qui vont conditionner la survie à distance ; il est aussi important de prévenir les complications post-opératoires. L’expérience de l’équipe chirurgicale est donc déterminante [3] ;
- **La reconnaissance de centres experts fondés sur des seuils minimaux d’activités et d’effectif de chirurgiens.** Elle souligne la dimension organisationnelle et de santé publique des soins destinés aux cancers avancés de l’ovaire. À la suite des premiers constats dans les pays scandinaves et en Allemagne, puis des recommandations de l’*European Society of Gynecologic Oncology* (ESGO), la certification de centres experts [3] impose un seuil d’activités minimal à 20 cas de cancer de l’ovaire traités par an et par chirurgien, et un effectif d’au moins deux chirurgiens par établissement ; la cible à atteindre au bout de 5 ans étant d’au moins 50 cas/an/praticien [5].

En France, l’analyse des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d’Information (PMSI) a révélé qu’environ 3 700 interventions chirurgicales pour cancer de l’ovaire avancé avaient été réalisées en 2016, et montré que seuls 11 établissements avaient pris en charge plus de 50 cas de cancer de l’ovaire, de très nombreux établissements ayant pris en charge moins de 10 cas [6]. Face à ce constat, les conditions règlementaires de l’autorisation des activités de soins en cancérologie ont évolué, notamment afin d’assurer une activité supérieure à 20 cas annuels de chirurgie pour cancer avancé de l’ovaire [7].

¹ Communiqué de la Plateforme de Communication Rapide de l’Académie.

Face à ces trois facteurs de progrès constatés dans le traitement des cancers de l’ovaire, l’Académie nationale de médecine souligne que :

- une part très importante dans ces progrès a été le développement du diagnostic moléculaire et anatomopathologique, qui permet d’optimiser l’approche thérapeutique nécessitant encore l’inclusion des patientes au sein d’essais cliniques de grande ampleur ;
- la composante chirurgicale du traitement réclame, pour être efficace et sûre, de pouvoir être réalisée par des équipes chirurgicales très actives dans ce domaine ;
- les compétences de plusieurs disciplines de grande expertise nécessitent d’être rassemblées ; elles sont, au mieux, réunies dans des établissements de santé de recours ;
- l’organisation des soins sur le territoire doit être ajustée, afin que les patientes ayant une suspicion, ou une confirmation diagnostique, de cancer de l’ovaire puissent accéder, dans les délais les plus brefs, à ces établissements de recours.

Références

[1] Wojtyla C., Bertuccio P., Giermaziak P., *et al.*, European trends in ovarian cancer mortality, 1990-2020 and predictions to 2025, *Eur. J Cancer*; 2023, 194, 113350

[2] Ray-Coquard I., Pautier P., Pignata S., *et al.*, Olaparib plus Bevacizumab as First-Line Maintenance in Ovarian Cancer, *N Engl J Med.* 2019, Dec 19;381(25):2416-2428.

[3] Harter P., Muallem Z.M., Buhmann C., *et al.*, Impact of a structured quality management program on surgical outcome in primary advanced ovarian cancer. *Gynecol Oncol.* 2011 Jun 1;121(3):615-9.

[4] Querleu D., Planchamp F., Chiva L., *et al.*, European Society of Gynaecologic Oncology Quality Indicators for Advanced Ovarian Cancer Surgery, *International Journal of Gynecologic Cancer*; 2016; 26:1354-1363.

[5] Fagö-Olsen C.L., Høgdall C., Kehlet H., *et al.*, Centralized treatment of advanced stages of ovarian cancer improves survival: a nationwide Danish survey. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011 Mar;90(3):273-9. doi: 10.1111/j.1600-0412.2010.01043.x. Epub 2010 Dec 14. PMID: 21306310.

[6] Meurette J, Darai E, Tajahmady A, *et al.*, Arguments for centralization of surgical treatment of ovarian cancer in France based on morbidity and mortality data. *Bull Cancer.* 2024 Mar;111(3):239-247. doi: 10.1016/j.bulcan.2022.12.016.

[7] Décret 2022-689 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d’implantation de l’activité de soins de traitement du cancer.

**CONTACT PRESSE : Virginie Gustin +33 (0)6 62 52 43 42 virginie.gustin@academie-medecine.fr
ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE, 16 rue Bonaparte - 75272 Paris cedex 06**

Site : www.academie-me-decine.fr / Twitter : @Acadmed