

Recommandations pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19 – Volet Cancers gynécologiques

Recommandations en date du 15 avril 2020

Mise en contexte pour tous les sièges de cancer

Même en sachant que certains cancers ont une évolution plus lente, certains autres sont à traiter rapidement, de façon interdisciplinaire, avec des traitements systémiques intraveineux ou per os (voie orale), une chirurgie et de la radiothérapie.

Le but de ces travaux est de mieux orienter les équipes de soins sur ce qui devra être maintenu, délesté ou adapté dans un contexte où le système ne permettrait qu'un accès limité. Étant conscients que l'accès tant aux traitements systémiques, à la chirurgie qu'à la radiothérapie sera affecté, la concertation et le travail en équipe sont plus que jamais impératifs.

Certains milieux seront plus affectés que d'autres, selon la propagation des cas de COVID-19. L'objectif est de s'assurer que chaque personne puisse bénéficier du traitement le plus adéquat possible malgré la crise. De plus, ces consensus visent à assurer que lorsque la pandémie sera terminée et que les activités reprendront un rythme normal, les priorisations des patients qui attendaient un traitement soient aussi respectées dans un souci d'équité.

Les patients atteints de cancer et âgés de plus de 60 ans et/ou porteurs de multiples comorbidités (ou ECOG > 2) doivent faire l'objet d'une attention particulière pendant cette pandémie et éviter au maximum tout risque de contamination compte tenu de leur risque majoré de complication respiratoire et de décès. **Le bénéfice et le risque des traitements doivent être réévalués dans ce contexte de pandémie.**

Ces recommandations sont des exemples d'alternatives pouvant être considérées dans un contexte de pandémie et elles pourraient ne pas répondre à toutes les situations. Le jugement clinique s'impose.

De plus, si l'indication clinique ne figurait pas dans ce document, les cliniciens continuent la pratique selon les recommandations en vigueur dans leur établissement. Des mises à jour de ces recommandations sont à prévoir selon l'évolution de la situation. La présentation à un comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) est fortement encouragée afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique en tenant compte des risques et des bénéfices.

Ces recommandations sont modulées en fonction de la priorité clinique et leur application doit tenir compte du niveau d'activités en oncologie lorsqu'applicable. Une description des niveaux d'activités figure d'ailleurs dans le document : « Plan de délestage et niveaux d'activités en oncologie en situation de pandémie COVID-19 ».

Elles sont complémentaires aux diverses directives cliniques émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et disponibles aux liens suivants :
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Considérations générales applicables à tous les sièges de cancer

- Il est de la responsabilité du programme de cancérologie de chaque établissement de prévoir du soutien psychosocial pour toutes les personnes qui voient leur traitement et investigation retardés afin de diminuer autant que possible l'anxiété associée.
- Chaque programme de cancérologie doit mettre en place une vigie pour les patients traités pendant cette période afin de s'assurer :
 - D'un suivi approprié au cours et à la fin de la pandémie ;
 - Que les délais ne seront pas excessifs ;
 - Qu'il n'y a pas de progression ou d'apparition de nouveaux symptômes durant cette période d'attente ;
 - Que le patient puisse rejoindre facilement un membre de l'équipe s'il y avait changement de son état ;
 - Répertorier les patients pour lesquels une alternative de traitement non conventionnel a été offerte.
- Une discussion du niveau de soins et des alternatives thérapeutiques prenant en considération les risques liés aux traitements et à la pandémie COVID-19 devrait avoir lieu avec chaque patient et documentée au dossier médical selon les procédures applicables dans les établissements.
- En cas de report d'un traitement chirurgical, de traitements systémiques ou de radiothérapie, les patients doivent être réévalués périodiquement afin de s'assurer de l'absence de progression.

Méthodologie pour l'élaboration des recommandations spécifiques aux cancers gynécologiques

Dans un premier temps, une recension sommaire des principales lignes directrices et prises de position par des associations et sociétés savantes en lien avec la priorisation des soins en contexte d'urgence sanitaire a été effectuée par les professionnels de l'INESSS (l'avis sera disponible sur le site de l'INESSS : <https://www.inesss.qc.ca/covid-19.html>). Un comité d'experts québécois spécialisés en cancers gynécologiques a par la suite été formé pour discuter des informations extraites de la littérature et formuler, par consensus, des

recommandations en lien avec la priorisation des soins. Le présent document a également été approuvé par les membres du sous-comité clinique COVID-19 en oncologie et adopté par le Programme québécois de oncologie.

Considérations générales pour les cancers gynécologiques

Afin de faire face au contexte actuel de crise de santé publique, une réorganisation significative des soins destinés aux patients atteints de cancer est en cours afin de protéger les patients des risques de contracter la COVID-19, et aussi de permettre une réallocation de certaines ressources à la prise en charge de la COVID-19.

Une baisse significative d'accès au bloc opératoire a déjà été observée. Une réduction de l'accès aux traitements de systémiques (chimiothérapie, immunothérapie ou thérapies ciblées) et de radiothérapie est à craindre si une proportion importante du personnel devient infectée par la COVID-19. Conséquemment, des délais dans la prise en charge des femmes avec un cancer gynécologique seront inévitablement rencontrés. Certains de ces délais pourraient être préjudiciables pour les patients avec un impact négatif sur la survie si aucune mesure n'était prise pour mitiger les risques.

Dans ces circonstances, il est nécessaire d'établir des critères de priorisation et des alternatives afin de faciliter et de standardiser la prise en charge des cancers gynécologiques au Québec. Ces critères doivent être établis en fonction de l'agressivité des pathologies rencontrées de même que des chances de guérison, des comorbidités et du statut de performance (ECOG) des femmes. Une discussion du plan de traitement et du niveau de soins prenant en considération les risques liés aux traitements et à la pandémie de COVID-19 devrait avoir lieu avec chaque patiente.

Bien que les experts aient parfois proposé des alternatives thérapeutiques qui ne sont pas inscrites aux listes de médicaments (indiqué dans le document), celles-ci devraient être réservées à des cas particuliers et uniquement considérées sur recommandation du CDTC, après que les traitements reconnus aient d'abord été envisagés et exclus en tenant compte de la disponibilité des ressources de même que des risques et des bénéfices.

Lignes directrices

- En cas de report d'un traitement chirurgical, de traitements systémiques ou de radiothérapie, les femmes doivent être réévaluées périodiquement afin de s'assurer de l'absence de progression.
- L'avis concerté d'un Comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) pour les cas complexes est recommandé et il permet de documenter la conduite au dossier de la patiente. Les patientes prises en charge dans un centre périphérique peuvent faire l'objet d'un avis par télé-médecine.

- Dans la situation où un transfert ou une demande de consultation en centre oncologique est requis, une évaluation par le biais de la télémédecine devrait être favorisée dans un premier temps. Un appel vers le médecin receveur devrait être fait pour discuter du cas de la patiente avant la référence.
- En période de pandémie, à des fins d'utilisation appropriée des ressources opératoires, anesthésiques et de soins intensifs, la chimiothérapie intrapéritonéale hyperthermique (CHIP) devrait être omise de même que les chirurgies de stadification ganglionnaire para-aortiques pour cancer du col utérin.
- Les services d'imagerie diagnostique et les services de biopsie radioguidés devraient être maintenus afin d'éviter d'utiliser une ressource chirurgicale.

Les présentes lignes directrices sont applicables uniquement à la période de pandémie coronavirus. La situation est sujette à une modification régulière et ces lignes directrices seront jugées caduques au moment du retour à un accès normal aux soins oncologiques usuels et à la suite du rattrapage du retard opératoire engendré par la pandémie.

Chirurgie

- Chez la patiente porteuse de la COVID-19, toute chirurgie devrait être reportée minimalement après la fin des symptômes, à moins d'une urgence de catégorie A (cf ci-bas). La chirurgie non urgente devrait être reprogrammée en suivant les consignes établies par le service de prévention et contrôle des infections (PCI). Les risques de complications respiratoires postopératoires sont nettement augmentés chez cette clientèle de la COVID-19 et d'autant plus dans un contexte oncologique (Liang et al., 2020).
- En ce temps de pandémie, les procédures complexes utilisant des ressources importantes en termes de temps opératoire, transfusions, soins intensifs et matériel de protection individuelle (EPI) devraient être évitées lorsque possible afin de permettre une meilleure allocation des ressources. Dans les cas où cela est possible, privilégier une anesthésie locale ou locorégionale pour réduire les risques d'exposition.

Priorisation de catégorie A – Prise en charge immédiate

Critères basés sur les symptômes importants sans égard au site de malignité primaire avec risque de décès à court terme :

- Les patientes avec un cancer gynécologique qui devraient être priorisées pour l'accès à la chirurgie sont les femmes avec :

- Saignement hémorragique réfractaire avec chute d'hémoglobine dont la cause est traitable par une chirurgie ;
- Symptôme réfractaire qui requiert une attention chirurgicale (exemple : douleur) ;
- Signes d'occlusion intestinale à risque de perforation digestive (anse fermée, occlusion colique) ;
- Môle hydatiforme :
 - Curetage ou hystérectomie sans différer.

Priorisation de catégorie B – Accès en moins de 4 semaines

Critères basés sur l'agressivité de la maladie ET la possibilité d'un traitement à visée curative, et ce, sans égard à l'âge de la patiente. Par le délai de chirurgie, ces conditions sont à risque de détérioration avec impact délétère sur la survie de la patiente. Les femmes avec une maladie métastatique devraient être orientées vers une approche médicale. Bien que le délai recommandé soit de moins de 28 jours pour ces femmes, certaines situations pourraient nécessiter une chirurgie plus urgente si le médecin juge que le risque de détérioration est trop important.

Cancer de l'ovaire

- Masses suspectes avec élévation des marqueurs tumoraux (calcul du score de risque de malignité).
- Cancer ovarien pour lequel une chimiothérapie néoadjuvante est possible (le nombre de cycles à recevoir en néoadjuvant pourra être augmenté de 3 à 6).
- Diagnostic de cancer de l'ovaire non chimiosensible (tout stade) ;
 - Exemple : carcinome séreux de bas grade ou mucineux.

Cancer de l'endomètre et de l'utérus

- Cancer de haut grade (FIGO G3/ séreux/ carcinosarcome/indifférencié, G2 p53+).
- Sarcome utérin suspecté ou prouvé.

Cancer du col de l'utérus

- Taille de la lésion IB2 ou IB1 macroscopique (FIGO 2019). En cas de délai plus important pour réaliser la chirurgie, considérer un traitement par radiochimiothérapie concomitante ou une chimiothérapie néoadjuvante (Ramirez et al. IJGC 2020;0:1-3).
- Lésion qui progresse sous surveillance.

Cancer de la vulve

- Tumeur de gros volume sans contact avec les sphincters.

Priorisation de catégorie C – accès en 28 à 56 jours

Bien qu'une chirurgie soit préférable dans les 28 jours comme le stipulent les normes d'accès à la chirurgie oncologique du ministère de la Santé et des Services sociaux, les risques d'évolution défavorable sont cependant estimés moindres.

Un délai de 28 à 56 jours est acceptable chez les patientes avec :

Tumeur ovarienne

- Masse ovarienne complexe avec marqueurs tumoraux normaux (index de risque de malignité faible).

Cancer de l'ovaire

- Cancer ovarien avancé avec possibilité d'amorcer une chimiothérapie néoadjuvante.
- Chirurgie intercalée pour laquelle il y a une possibilité d'administrer un/des cycles supplémentaires de chimiothérapie (maximum de 6 cycles).

Cancer de l'endomètre

- Dans la majorité des cas, le report de 4 à 8 semaines est jugé moins délétère pour les patientes avec une histologie de bas grade et en l'absence d'évidence de maladie localement avancée ou métastatique au niveau ganglionnaire. Dans ces deux situations, en l'absence de contre-indication, un traitement hormonal progestatif (per os (voie orale) ou dispositif intra-utérin si le délai devait être plus long) pourrait être offert dans l'attente de la chirurgie :
 - EIN ;
 - Cancer de l'endomètre de bas grade.

Cancer de la vulve

- Les tumeurs de gros volume qui touchent les sphincters devraient être adressées par radiochimiothérapie concomitante.
- Les tumeurs de petit volume pourraient être adressées par exérèse chirurgicale élargie sous anesthésie locale dans des cas sélectionnés.

Cancer du vagin

- Les cancers du vagin devraient être adressés en radiothérapie ou radiochimiothérapie concomitante selon le stade.

Cancer du col

- Les cancers du col micro-infiltrants (FIGO IA1 et IA2).

Traitements systémiques

- Toute femme avec un diagnostic d'infection active au coronavirus ne devrait pas recevoir de traitement de chimiothérapie, d'immunothérapie ou de thérapie ciblée, qu'elle soit orale ou intraveineuse. La durée du report devrait être en fonction de l'évolution clinique et les consignes établies par la PCI. Le risque de complications sévères de la COVID-19 pour cette population déjà immunodéprimée est grandement augmenté.
- En période de pandémie :
 - Les agents minimisant les risques d'immunosuppression de même que les régimes qui requièrent moins de visites médicales (incluant les thérapies orales) devraient être favorisés lorsque possible ;
 - Les femmes porteuses d'une néoplasie tubo-ovarienne qui sont sous thérapie de maintenance avec un inhibiteur de PARP devraient poursuivre leur traitement ;
 - L'initiation d'une thérapie de maintenance avec un inhibiteur de PARP sera évaluée au cas par cas par le médecin traitant selon la récupération hématologique post-chimiothérapie ;
 - Une chimiothérapie pour traitement adjuvant pour des cancers où les indications de chimiothérapie sont débattues devrait être omise :
 - Cancer de l'ovaire IA-IB G2;
 - Cancer de l'endomètre :
 - Stade II endométrioïde ;
 - Stade I à risque intermédiaire élevé ;
 - Stade IA à cellules claires.
- Dans un contexte de pandémie de COVID-19, certaines options non conventionnelles (non inscrites aux listes des médicaments), mais supportées par la littérature, devraient être discutées afin d'offrir des alternatives permettant de limiter l'exposition des patientes et une meilleure utilisation des ressources hospitalières. À titre d'exemple :

- Régime non hebdomadaire avec le bevacizumab ou la cyclophosphamide orale pour le cancer de l'ovaire ;
- Pemetrexed pour le cancer du col ;
- Combinaison lenvatinib et pembrolizumab ou doxorubicine liposomale combiné ou non à un sel de platine pour le cancer de l'endomètre métastatique.

Priorisation de catégorie A – Immédiat-urgent

Les patientes suivantes avec un nouveau diagnostic de malignité ou un fardeau tumoral élevé sont celles qui bénéficient d'une prise en charge urgente afin de maximiser la survie globale et la survie sans récurrence :

- Néoplasie gestationnelle trophoblastique ;
- Tumeurs germinales ;
- Patientes qui requièrent une chimiothérapie primaire à visée curative ;
- Chimiothérapie néoadjuvante pour cancer ovarien ou endométrial avancé ;
- Chimiothérapie de sensibilisation per-radiothérapie pour cancer du col, du vagin ou de la vulve avancé ;
- Crise viscérale ;
- Récurrence symptomatique de cancer ovarien sensible aux sels de platine.

Priorisation de catégorie B – Semi-urgent

Les femmes avec les conditions suivantes devraient bénéficier d'une administration de chimiothérapie dans un délai de 1 à 3 mois afin de maximiser leur survie et/ou la gestion de leurs symptômes :

- Nouveau diagnostic de malignité qui requiert un traitement adjuvant à visée curative ;
- Diagnostic d'une récurrence de malignité après traitement initial :
 - Récurrence sensible aux sels de platine de cancer ovarien non symptomatique ;
 - Cancer de l'utérus métastatique :
 - Favoriser une hormonothérapie dans les cas susceptibles d'y répondre ;
 - Considérer reporter les traitements si maladie minimalement symptomatique.

Priorisation de catégorie C – Pertinence à discuter au cas par cas

Pour les femmes dont les chances de réponse à la chimiothérapie sont moindres, une discussion sur l'objectif des soins, leur pertinence et la qualité de vie devrait être prioritaire.

- Cancer ovarien résistant aux sels :
 - Bien peser les risques et les bénéfices au cas par cas ;
 - Favoriser les traitements à intervalle plus long ;
 - Considérer le traitement oral (etoposide oral) chez les patientes susceptibles de bien le tolérer ;
 - Considérer reporter les traitements si la maladie est minimalement symptomatique ou de petit volume ;
 - Le bevacizumab devrait être considéré pour les femmes qui sont candidates.
- Léiomyosarcome utérin métastatique :
 - Favoriser les alternatives orales.

Radiothérapie

- Des directives d'ordre général s'appliquant à la radio-oncologie ont été élaborées et elles sont disponibles au lien suivant. La consultation de ce document est recommandée: www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/
- Pour la curiethérapie, si cette dernière nécessite une anesthésie, une anesthésie régionale devrait être favorisée.

Priorisation de catégorie A – Immédiat-urgent

Un délai de 1-2 jours est acceptable.

- Saignement réfractaire ou douleur réfractaire au traitement médical.

Priorisation de catégorie B – Semi-urgent

B1 : Un délai jusqu'à 3 à 4 semaines est acceptable.

- Cancer en place à visée curative (radiothérapie ± chimio ± curiethérapie) :
 - Col ;
 - Vulve ;
 - Vagin ;
 - Utérus pour lequel une chirurgie ne peut être considérée.

B2 : Un délai jusqu'à 8 à 12 semaines postopératoire est acceptable.

- Traitement adjuvant d'un cancer du col utérin (radiothérapie ± chimiothérapie).
- Traitement adjuvant du cancer de la vulve avec critères de risque élevés (radiothérapie ± chimiothérapie).

Priorisation de catégorie C – Non urgent

Un délai de 12 à 16 semaines postopératoire est acceptable.

- Traitement adjuvant d'un cancer de l'endomètre (radiothérapie externe seule ou curiethérapie seule ou radiothérapie externe et curiethérapie ou chimiothérapie et radiothérapie ou chimiothérapie et curiethérapie).

Points complémentaires pour la radiothérapie et la curiethérapie

Pour les guides de fractionnement et des informations plus précises sur les doses, les radio-oncologues peuvent se référer au site Web de l'Association des radio-oncologues du Québec (AROQ).

Document élaboré par :

Dre Alexandra Sebastianelli, gynéco-oncologue, CHU de Québec – Université Laval (CHU de Québec – UL)

Dre Vanessa Samouëlian, gynéco-oncologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Dre Shannon Salvador, gynéco-oncologue, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Dr Vincent Castonguay, hémato-oncologue, CHU de Québec – UL

Dr François Vincent, radio-oncologue, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Dre Annie Ebacher, radio-oncologue, CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Mme Sarah Fournier, conseillère, Programme québécois de cancérologie (PQC)

Mme Mélanie Morneau, directrice de l'offre de soins et de services en cancérologie, PQC

Avec la collaboration de :

Mme Mélanie Béland, professionnelle scientifique, INESSS

M. Jim Boulanger, coordonnateur scientifique de l'Unité d'évaluation en cancérologie, INESSS

Tableau 1 – Résumé de la priorisation chirurgicale en contexte de pandémie de COVID-19

Priorité	Définition	Délai de prise en charge et autres considérations
A	<p>Patiente avec une situation de cancer critique avec risque d'atteinte à la vie imminente :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saignements hémorragiques avec chute d'hémoglobine dont la cause est traitable par une chirurgie ; • Symptôme réfractaire qui requiert une attention chirurgicale (exemple : douleur) ; • Signes d'occlusion intestinale ; • Maladie gestationnelle trophoblastique. 	Chirurgie urgente à pratiquer sans délai
B	<p>Condition chirurgicale urgente à risque de détérioration majeure à court terme en lien avec l'histologie et comportement agressif :</p> <p>Cancer de l'ovaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masses suspectes/élévation des marqueurs/ascite ; • Cancer de l'ovaire dont le nombre maximal de cycles de chimiothérapie néoadjuvant jugé efficace a été reçu. <p>Cancer de l'endomètre et de l'utérus</p> <ul style="list-style-type: none"> • FIGO G3 (séreux de haut grade / carcinosarcome / indifférencié) ; • FIGO G2, p53+. <p>Cancer du col de l'utérus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saignements actifs ; • Taille de la lésion IB2 ou IB1 macroscopique ; • Lésion qui progresse sous surveillance. <p>Cancer de la vulve</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumeur de gros volume sans contact avec les sphincters. 	Délai accepté jusqu'à 28 jours. Chirurgie à pratiquer dans les 14 jours si risque de détérioration important.

Priorité	Définition	Délai de prise en charge et autres considérations
C	<p>Condition chirurgicale avec malignité ou risque de malignité sous-jacente pour laquelle un report de la chirurgie est à moindre risque d'être délétère :</p> <p>Tumeur ovarienne</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masse ovarienne avec marqueurs tumoraux normaux. <p>Cancer de l'ovaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie intercalée pour laquelle il y a une possibilité d'administrer un/des cycles supplémentaires de chimiothérapie. <p>Cancer de l'endomètre</p> <ul style="list-style-type: none"> • EIN/FIGO G1 ; • FIGO G2 p53 WT. <p>Cancer du col</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lésion IA1/IA2/IB1 microscopique. 	<p>Patientes pouvant être reportées après évaluation au cas par cas</p> <p>Délai 28-56 jours</p> <p>Traitement hormonal progestatif peut être offert</p> <p>Surveillance coloscopique requise</p>
D	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie pour lésion préinvasive avec risque de malignité sous-jacente jugée faible (CIN/VIN/VAIN) . • Chirurgie diagnostique pour laquelle une option radiologique est disponible. • Chirurgie de stadification para-aortique pour cancer du col utérin. • Chirurgie ultraradicale pour laquelle la consommation des soins anesthésiques, de l'USI ou des ressources opératoires est jugée importante. 	<p>Report de la chirurgie jusqu'à nouvel ordre</p> <p>Omettre la chimiothérapie intrapéritonéale hyperthermique</p>

Tableau 2 – Résumé de la priorisation des traitements systémiques en contexte de pandémie de COVID-19

Priorité	Définition	Délai de prise en charge et autres considérations
A	<p>Patiente avec une situation de cancer critique avec risque d'atteinte à la vie imminente :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chimiothérapie pour néoplasie gestationnelle trophoblastique ; • Tumeur germinale ; • Chimiothérapie de sensibilisation per radiothérapie pour cancers du col, du vagin ou de la vulve avancés ; • Crise viscérale. <p>Patiente avec une option de traitement à visée curative ou palliative comme une maladie métastatique, mais chimio-sensible :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chimiothérapie néoadjuvante pour cancer avancé ; tubaire/ovarien/péritonéal ou endométrial avec ascite ou épanchement pleural ; • Patiente sous chimiothérapie néoadjuvante pour cancer de l'ovaire déjà en cours ; • Récidive symptomatique de cancer ovarien sensible aux sels de platine. 	Le traitement doit débuter dès que possible

Priorité	Définition	Délai de prise en charge et autres considérations
B	<p>Maladie avec maladie guérissable par traitement multimodal :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traitement adjuvant d'un cancer de l'endomètre, du col, de l'ovaire ; • Patiente en chimiothérapie pour cancer de l'ovaire sensible aux sels de platine ; • Cancer gynécologique métastatique sous chimiothérapie avec preuve de réponse au traitement. 	<p>Le traitement doit commencer entre 1 et 3 mois après le diagnostic</p>
C	<p>Chimiothérapie pour néoplasie métastatique à pauvre pronostic :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Léiomyosarcome métastatique ; • Néoplasie ovarienne résistante aux sels de platines : <ul style="list-style-type: none"> ○ L'utilisation du bevacizumab devrait être considérée pour ces patientes. 	<p>La pertinence du traitement doit être individualisée</p> <p>Une discussion d'optimisation de la qualité de vie doit être prépondérante.</p>