



Les critères issus des indicateurs de qualité et de sécurité des soins publiés par l'Institut National du Cancer (INCa) et la Haute Autorité de Santé (HAS) en décembre 2021 pour les cancers de l'ovaire.

En complément de la carte réalisée par les équipes de France Télévisions dans le cadre de l'émission Cash Investigation du 13/1/2022 dans laquelle IMAGYN a témoigné.

Vous y trouverez le **nombre de chirurgies en cancérologie gynécologique par établissement** (vous pouvez cliquer sur la zone géographique qui vous intéresse). En complément de **cette information à corrélér au premier indicateur que vous trouverez ci-dessous**, vous trouverez ensuite **certaines critères pour vous permettre de choisir en toute connaissance de cause l'établissement de santé qui va vous prendre en charge.**

- L'établissement de santé doit réaliser **chaque année un minimum de 20 chirurgies de cytoréduction** (omentectomie) dans le cadre d'un cancer de l'ovaire.
- La **réalisation d'une imagerie** (scanner thoraco-abdominopelvien ou IRM abdomino-pelvienne + scanner thoracique) est indispensable **avant la chirurgie par coelioscopie** (biopsies) afin de déterminer une éventuelle extension de la maladie au péritoine (carcinose) et aux organes voisins.
- La **chirurgie par coelioscopie avec biopsies** permet l'évaluation pré-thérapeutique et peut être réalisée dans un délai de 6 semaines avant le 1^{er} traitement (chirurgie ou chimiothérapie) donc c'est le **1^{er} acte chirurgical**. La coelioscopie permet une évaluation de la charge tumorale et a une valeur diagnostique.
- Avec les résultats de ces différents examens, une **réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)** comprenant chirurgiens, oncologues, radiothérapeutes et compte-rendu anatomopathologique (suite aux biopsies) est nécessaire **pour déterminer la prise en charge de la maladie** : chirurgie complète ou chimiothérapie néoadjuvante (avant la chirurgie) en vue d'une chirurgie complète.
- Selon les résultats de l'imagerie réalisée (scanner thoraco-abdominopelvien ou IRM abdomino-pelvienne + scanner thoracique), même s'il semble que **le cancer de l'ovaire est peu étendu (sans carcinose), la chirurgie complète doit être réalisée** mais peut se faire en deux temps pour permettre de confirmer le stade de la maladie et adapter la stratégie thérapeutique ultérieure (maintenance par thérapies ciblées par exemple) définie par la RCP.
- Les patientes atteintes d'un **cancer de l'ovaire** (avec carcinose) qui ont **commencé leur traitement par une chimiothérapie néoadjuvante** selon la décision de la RCP, peuvent **bénéficier d'une chirurgie dans les 3 à 6 semaines après le dernier cycle de chimiothérapie** néoadjuvante (l'inclusion dans des essais thérapeutiques peut impacter les délais sans perte de chance).
- **Les patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire** qui ont commencé selon la décision de la RCP leur traitement par **une chirurgie de cytoréduction** par laparotomie ou par coelioscopie associée à un acte de résection locorégionale, **en présence des chirurgiens concernés** (gynécologue et/ou chirurgien digestif) peuvent bénéficier d'une chimiothérapie adjuvante (après la chirurgie) dans les 6 semaines (anticipation de **l'organisation des soins inter établissements** afin de réduire les délais entre la chirurgie et la chimiothérapie adjuvante pour éviter la perte de chances).
- La **présence d'un service de réanimation chirurgicale dans la structure concernée** permet de mesurer la **qualité de l'acte chirurgical et la prise en charge post-opératoire immédiate**. Elle aide donc à la **prise en charge des complications** pouvant survenir dans les 30 jours suivant l'acte chirurgical et ce dès le premier jour de l'intervention.