

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2020

N° : 114

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat
Mention Gynécologie Obstétrique

PAR
Madeleine Pellerin
Née le 24/12/1990 à Strasbourg

La cœlioscopie est-elle réalisable comme chirurgie de réduction tumorale pour le cancer de l'ovaire après chimiothérapie néo-adjuvante ?

Président de thèse : Professeur Chérif Akladios

Directeur de thèse : Docteur Lise Lecointre

1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

Edition DECEMBRE 2019
Année universitaire 2019-2020



- **Président de l'Université** : M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** : M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** : M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires : (1976-1983)** : M. DORNER Marc
- **(1983-1989)** : M. MANTZ Jean-Marie
- **(1989-1994)** : M. VINCENDON Guy
- **(1994-2001)** : M. GERLINGER Pierre
- **(3.10.01-7.02.11)** : M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** : M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** : M. BITSCH Samuel

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**
Directeur général :
M. GAUTIER Christophe



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO214

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	- Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologie)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de la main / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme MATHELIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépatogastro-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHANA Mickael P0211	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR / HP	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépatogastro-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérald P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUDER Philippe P0142	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	RP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 <u>Pédopsychiatrie</u> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

P6 : Pôle

RP6 (Responsable de Pôle) ou NRP6 (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépato-digestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRPô CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	55.02 Ophtalmologie
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur	

MO128 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI-Xavier M0442 (En disponibilité)		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BONNEMAIS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01	Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02	Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01	Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0499 (En disponibilité)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04	Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02	Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline M0120		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUZ Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01	Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Haute pierre	54.02	Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute pierre	45.01	Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute pierre	50.01	Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Haute pierre	54.02	Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute pierre	47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute pierre	54.01	Pédiatrie
ZOLL Jeffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02	Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03	Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	-------	------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRP6 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP6 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP6 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP6 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP6 NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)**
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
MULLER André (Thérapeutique)
- o **pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)**
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o **pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)**
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o **pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)**
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	

Légende des adresses :

FA : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Table des matières

Résumé	16
Liste des abréviations	17
Introduction.....	18
Méthodes.....	20
Résultats.....	23
Discussion.....	27
Conclusion	34
Annexes	35
Bibliographie.....	42

Résumé

Introduction : La chirurgie de réduction tumorale est le traitement standard du cancer de l'ovaire. Elle est réalisée historiquement par laparotomie, et la survie des patients est directement liée au résidu tumoral en fin de chirurgie. Quand une chirurgie optimale n'est pas possible de prime abord, il est possible de réaliser une chimiothérapie néo-adjuvante (CNA) suivie d'une chirurgie d'intervalles. La coelioscopie comme chirurgie de réduction tumorale pour le cancer de l'ovaire est controversée. **Objectif :** Nous avons cherché à évaluer la faisabilité d'une chirurgie de réduction tumorale par coelioscopie comparée à la laparotomie en analysant la survie globale (SG) et la survie sans progression (SSP), ainsi que la morbidité per et postopératoire. **Méthode :** Nous avons réalisé une étude de cohorte rétrospective et nous avons inclus les patientes ayant eu une chirurgie de réduction tumorale après CNA pour un cancer de l'ovaire. Les patientes incluses présentaient un cancer ovarien de type séreux stade III ou IV selon la classification FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) et avaient un résidu tumoral nul en fin de chirurgie. Nous avons appliqué un score de propension pour appairer les patientes selon les facteurs confondants. **Résultats :** Nous avons inclus 37 patientes dans le groupe coelioscopie et 40 dans le groupe laparotomie, du 1er janvier 2009 au 1er juin 2019. La survie totale médiane était respectivement de 23,1 mois (IC 95% 15,7-29,7) et 26,3 mois (IC 95% 21,8-31,9) pour les patientes ayant eu une coelioscopie et une laparotomie ($p=0,17$). La survie sans progression médiane était de 14,8 mois (IC 95% 10,6-21,5) pour le groupe coelioscopie et de 12 mois (IC 95% 11-15,1) dans le groupe laparotomie ($p=0,057$). Après application du score de propension, nous avons comparé la survie de 25 patientes dans chaque groupe, appariées sur des caractéristiques initiales comparables. La SG était modifiée avec un hazard ratio de 0,45 (IC 95% 0,19-0,95) $p = 0,04$ en faveur de la coelioscopie. Les patientes opérées par laparotomie avaient plus de complications postopératoires précoces (16

versus 7 dans le groupe coelioscopie, $P=0,004$) et une durée d'hospitalisation plus longue (7,5 jours versus 12,1 jours, $p<0,001$). **Conclusion** : Le devenir oncologique des patientes était comparable entre les deux groupes. La coelioscopie est une alternative sûre à la laparotomie chez des patientes sélectionnées, et elle est associée à une réduction de la morbidité postopératoire.

Liste des abréviations

ASA : score: American society of Anesthesiologists score

CNA : chimiothérapie néo-adjuvante

DS : dérivation standard

FIGO : International Federation of Gynecology and Obstetrics

HR : hazard ratio

IC 95% : intervalle de confiance à 95%

IMC : index de masse corporelle

PCI : peritoneal carcinomatosis index

R0 : résidu tumoral nul

SG : survie globale

SSP : survie sans progression

Introduction

En France, 4985 nouveaux cas de cancer de l’ovaire ont été déclarés en 2018, et le nombre de morts liées à cette pathologie était estimé à 3927 (1). Près de 75% des cancers de l’ovaire sont diagnostiqués au stade avancé FIGO III et IV (International Federation of Gynecology and Obstetrics stage IIIC and IV) (2), et la survie à 5 ans est de 43% (3).

La chirurgie de réduction tumorale complète associée à une chimiothérapie par Platinum taxane constitue le traitement standard des stades avancés des cancers de l’ovaire. Avec l’évolution des techniques chirurgicales, des études ont montré que les meilleurs résultats en termes de survie étaient obtenus lorsqu’il y avait un résidu tumoral nul (R0) en fin d’intervention. Une résection chirurgicale complète était associée de manière indépendante à une augmentation de la survie globale (SG) et de la survie sans progression (SSP) (4). Cependant, les résultats disparates de la chirurgie de réduction tumorale initiale ont conduit au développement de stratégies thérapeutiques alternatives. La chirurgie de réduction tumorale après chimiothérapie néo-adjuvante (CNA), encore appelée chirurgie d’intervalles, est une possibilité de traitement pour les cancers ovariens stade FIGO III ou IV, quand la chirurgie première n’est pas une option (5–7). De nombreuses études ont démontré les bénéfices de cette prise en charge (6,8,9).

Les chimiothérapies à base de Platinum Taxane réduisent l’atteinte péritonéale et augmente le taux de chirurgie complète sans affecter le pronostic des patientes (6,8). Les recommandations françaises et internationales préconisent de réaliser une CNA chez les patientes présentant des comorbidités significatives et celles chez qui il est peu probable d’obtenir un résidu tumoral nul du fait du stade avancé (5,10).

Ainsi le concept de chirurgie d’intervalles a permis d’établir un nouveau paradigme dans le traitement du cancer de l’ovaire. Cette approche thérapeutique vise à réduire l’agressivité du

traitement, permettant une meilleure qualité de vie sans pour autant compromettre la survie (6,8,9). La cœlioscopie, en tant que chirurgie peu invasive, pourrait trouver sa place dans ce nouveau modèle. Cette voie d'abord chirurgicale présente de nombreux bénéfices largement reconnus à ce jour. La morbidité postopératoire est réduite, avec un retour à domicile plus précoce et un retour aux activités habituelles plus rapide (11–13). En chirurgie gynécologique mais aussi en chirurgie abdominale, la cœlioscopie est désormais la voie d'abord standard pour la plupart des interventions, pour les pathologies bénignes ou malignes (11–17). Les patientes présentes moins d'infections postopératoires, et la morbidité postopératoire globale est réduite (11,14,18–20).

Pour les stades avancés du cancer de l'ovaire, la cœlioscopie est utilisée à visée diagnostique, afin de prédire la possibilité d'une résection chirurgicale complète ou non (21,22). Plus récemment, la cœlioscopie est envisagée pour la chirurgie de réduction tumorale (23,24). Des études récentes suggèrent que ce type de chirurgie est réalisable sans compromettre la survie, chez des patientes présentant de lésions tumorales peu étendues (25–29). Cependant, cette abord chirurgical reste controversé dans le milieu de la chirurgie oncologique par peur de réaliser une chirurgie sous optimale (30–32), mais aussi concernant les risques de disséminations tumorales liés à la création d'un pneumopéritoine au dioxyde de carbone (33).

Au vu de ces controverses et de l'absence de consensus concernant la cœlioscopie, nous avons réalisé une étude rétrospective avec appariement selon un score de propension, afin de comparer la cœlioscopie à la laparotomie chez des patientes ayant un cancer de l'ovaire de stade avancée, opérées d'une chirurgie de réduction tumorale après CNA. Nous avons comparé ces deux groupes en termes de survie globale et de survie sans progression, ainsi que les caractéristiques chirurgicales et la morbidité postopératoire.

Méthodes

Nous avons réalisé une étude de cohorte rétrospective dans notre service de chirurgie gynécologique sur les 10 dernières années. La période d'inclusion allait du 1er janvier 2009 au 1er août 2019. Les patientes incluses devaient présenter un cancer de l'ovaire de type séreux, stade FIGO III ou IV (5), et avoir eu une chimiothérapie néo-adjuvante suivie d'une chirurgie de réduction tumorale avec un résidu tumoral nul en fin d'intervention. La population était divisée en 2 groupes, selon que les patientes avaient eu une coelioscopie (groupe 1) ou une laparotomie (groupe 2), comme détaillé dans le diagramme de flux (figure 1).

La voie d'abord chirurgicale était décidée selon les constatations peropératoires. Lorsqu'on observait la présence de lésions carcinomateuses au niveau de l'intestin grêle, du hile hépatique, lorsque les deux coupes diaphragmatiques étaient atteintes, ou qu'une coupe présentait des lésions confluentes, la chirurgie s'effectuait par laparotomie.

Collection de données

Les données concernant l'âge, l'indice de masse corporelle (IMC), le score ASA (the American Society of Anesthesiologists score) (34), les antécédents de chirurgie abdominale, le taux de Ca 125 préopératoire ont été collectées. Les caractéristiques tumorales étaient détaillées (stade FIGO et grade histologique). Nous avons recueilli le nombre de cures de CNA ainsi que le type de chimiothérapie. Les informations sur la durée de séjour totale, une surveillance postopératoire en service de soins intensifs et l'analgésie postopératoire étaient également collectées.

Procédure chirurgicale

Nous avons recueilli les données concernant l'intervention en elle-même (coelioscopie, laparotomie, laparoconversion), les gestes chirurgicaux effectués, ainsi que la réalisation ou non de curages ganglionnaires pelviens ou lombo-aortiques. La voie d'accès des curages était

détaillée avec le nombre de ganglions totaux et pathologiques collectés. La stadification chirurgicale était faite selon la classification FIGO. Au début de l'intervention, le Peritoneal Carcinomatosis Index (PCI) selon Sugarbaker était utilisé pour évaluer le degré de carcinose résiduelle (35). La chirurgie était décrite par le chirurgien comme complète (R0), lorsqu'il ne restait aucune lésion résiduelle à la fin de l'intervention. La durée opératoire et le nombre de culots globulaires transfusés était renseigné, ainsi que la survenue de complications per et postopératoires selon la classification Dindo Clavien (36). Les complications étaient considérées comme précoces lorsqu'elles survenaient le premier mois après la chirurgie, et comme tardives si elles survenaient par la suite. Après l'intervention, la patiente avait une consultation postopératoire à un mois, puis était suivie tous les 3 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois pendant 3 ans, par le gynécologue et l'oncologue en alternance, selon les recommandations françaises (37,38).

Définition des variables

La survie globale était définie de la date de chirurgie à la date de décès (toutes causes confondues). Les patientes dont la date de décès n'était pas connue étaient censurées à la date de dernier contact. Nous avons choisi la date de chirurgie comme date de début de suivi afin que le devenir des patientes soit comparable, ces dernières étant toutes R0 à la fin de chirurgie.

La survie sans progression était définie de la date de la chirurgie à la date de récurrence de la pathologie cancéreuse, qu'elle nécessite une prise en charge médicale ou chirurgicale. Le diagnostic de récurrence était posé lors d'une ré-ascension du CA 125 et/ou par la présence de lésions carcinomateuses au scanner.

Analyse statistique

Afin d'évaluer la survie, nous avons appliqué un score de propension selon les recommandations en vigueur (39), de manière à s'affranchir des biais liés à la collection

rétrospective des données. Nous avons estimé la propension d'avoir une cœlioscopie à l'aide d'une régression logistique sur des variables sélectionnées selon leur potentielle influence sur la probabilité d'un sujet à avoir une cœlioscopie. Ces variables incluaient l'âge, l'IMC, les antécédents chirurgicaux, le taux de CA 125 initial, le nombre de cures de CNA et le PCI. Les patientes étaient appariées selon un ratio 1 :1, avec utilisation de calliper du score de propension d'une largeur ≤ 0.2 des dérivations standard (40). Nous avons exclu les patientes avec des données manquantes. Nous avons créé un « love plot », graphique montrant les différences absolues standardisées entre les moyennes et la variance avant et après appariement pour les variables utilisées, afin d'évaluer la comparabilité des caractéristiques initiales des deux groupes. La SG et la SSP sont décrites pour la population globale et pour la population appariée selon le score de propension. Les objectifs secondaires sont décrits sur la population globale.

Les variables continues étaient présentées comme des moyennes associées à des dérivations standards (DS). Les variables qualitatives étaient comparées à l'aide des tests de Fisher et du χ^2 . Les variables quantitatives étaient comparées par le test de Wilcoxon. Les courbes de survie globale et de survie sans progression ont été construites à l'aide de la méthode de Kaplan-Meier.

Un $p < 0,05$ était considéré comme significatif. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel R® version 3.6.1.

Résultats

Pendant la période d'inclusion, 194 patientes ont bénéficié d'une chirurgie de réduction tumorale dans notre service après CNA pour un cancer de l'ovaire stade III ou IV. Parmi ces patientes, 97 répondaient aux critères d'inclusion. Trente-sept (48%) étaient opérées par cœlioscopie (groupe 1) et 40 (52%) par laparotomie (groupe 2).

Le tableau 1 regroupe les caractéristiques des patientes. Les deux groupes étaient comparables sauf pour le nombre de cures de CNA, qui était significativement plus élevé dans le groupe cœlioscopie ($p=0,005$). Le nombre moyen de cure de chimiothérapie était de $5,1 \pm 1,2$ dans le groupe cœlioscopie, et de $4,4 \pm 1,1$ dans le groupe laparotomie, $p=0,009$. L'âge moyen des patientes était de 62,8 ans et de 61,7 ans dans les groupes cœlioscopie et laparotomie respectivement. L'IMC moyen était de $25,4 \pm 4,7\text{kg/m}^2$ dans le groupe 1 et de $25,8 \pm 6,4\text{kg/m}^2$ dans le groupe 2, $p=0,8$. Vingt-cinq patientes (67.5%) présentait un antécédent de chirurgie abdominale dans le groupe cœlioscopie et 23 (57.5%) dans le groupe laparotomie ($p=0.5$). Parmi ces patientes, 18 (72%) avaient eu une laparotomie dans le groupe 1, et 23 (100%) dans le groupe 2 ($p=0.28$). Le taux médian de Ca125 initial était de $686\text{UI/l} \pm 692$ dans le groupe cœlioscopie et de $832\text{UI/l} \pm 6023$ dans le groupe laparotomie, $p=0.22$. Le taux médian de CA 125 avant la chirurgie d'intervalle était de $15\text{UI/l} \pm 61$ dans le groupe cœlioscopie et de $35\text{UI/l} \pm 843$ dans le groupe laparotomie, $p=0.06$.

Après application du score de propension, nous avons inclus 25 patientes appariées dans chaque groupe (50 patientes au total). Les caractéristiques générales initiales étaient comparables dans les deux groupes. Le love plot en figure 2 montre les caractéristiques démographiques et oncologiques équilibrées.

Les caractéristiques chirurgicales sont résumées dans le tableau 2. Lorsqu'il était calculé, le PCI était significativement plus haut dans le groupe laparotomie, estimé à 4,9 contre 3,3 dans le groupe cœlioscopie ($p=0.005$). La chirurgie incluait au minimum une hystérectomie, une annexectomie bilatérale, une omentectomie infra-gastrique et la résection de toutes les lésions péritonéales visibles. Si une résection digestive était nécessaire, elle était réalisée par laparotomie. Les curages ganglionnaires étaient réalisés à la discrétion du chirurgien. Il n'y avait pas de différence concernant le nombre de curages ganglionnaires, ni concernant le nombre de ganglions récupérés. Dans le groupe cœlioscopie, 27 patientes (72,9%) ont eu un curage pelvien et lombo-aortique, avec une moyenne de $26,7 \pm 9,7$ ganglions récupérés. Dans le groupe laparotomie, 29 patientes (72,5%) ont eu un curage pelvien ($p=0,99$) et 25 (62,5%) ont eu un curage lombo-aortique ($p=1$), avec une moyenne de $34,1 \pm 14,8$ ganglions récupérés ($p=0,27$). Les lésions diaphragmatiques ont été réséquées par laparotomie, même si quelques patientes du groupe laparoscopie ont eu une résection de métastases diaphragmatiques si besoin (16 versus 6 ; $p=0.05$).

On observe plus de pertes sanguines ($612 \pm 434\text{mL}$ versus $376 \pm 411\text{mL}$; $p=0,03$) et plus de transfusion (28 versus 13 ; $p=0,005$) dans le groupe laparotomie que dans le groupe cœlioscopie. La durée opératoire n'était pas statistiquement différente entre les deux groupes ($5,2$ heures $\pm 1,6$ dans le groupe 1 contre $4,9$ heures $\pm 1,5$ dans le groupe 2, $p=0,47$). Dans le groupe cœlioscopie, une seule intervention a été laparoconvertie (2,7%) du fait d'une plaie de la veine cave inférieure pendant le curage lombo-aortique.

Six patientes du groupe cœlioscopie (16,2%) ont eu une complication peropératoire (3 plaies vésicales, une plaie de l'artère mésentérique inférieure nécessitant une résection anastomose colique, une plaie de la veine cave inférieure et une escarre occipitale due à la position de la patiente pendant l'intervention). Dans le groupe laparotomie, 5 patientes (12,5%) ont eu une

complication peropératoire ($p=0,89$), avec 2 plaies vésicales, 2 plaies de la veine cave inférieure et une plaie diaphragmatique nécessitant la mise en place d'un drainage thoracique.

Le tableau 3 rapporte les données postopératoires. Dans le groupe cœlioscopie, la durée de séjour était significativement plus courte que dans le groupe laparotomie (7,6 comparé à 12,1 jours, $p<0,001$). Il y avait moins de complications postopératoires précoces, avec 7 (18,9%) patientes dans le groupe cœlioscopie et 21 (52,5%) dans le groupe laparotomie ($p=0,004$). Dans le groupe laparotomie, 17 complications postopératoires précoces (42,5%) ont été classées DINDO 1 ou 2, contre 6 (16,2%) dans le groupe cœlioscopie ($p=0,01$). Le taux de complication postopératoire tardive ne différait pas dans les deux groupes, avec 1 cas (2,7%) dans le groupe cœlioscopie et 4 dans le groupe laparotomie (10%), $p=0,36$. Les complications DINDO 3 et 4 étaient deux hématomes de la cicatrice vaginale d'hystérectomie nécessitant une reprise chirurgicale, toute deux survenues dans le groupe laparotomie. Dans le groupe cœlioscopie, la complication classée DINDO 3-4 était une perforation du sigmoïde avec une fistule recto-vésico-vaginale qui a nécessité la réalisation d'une colostomie de décharge.

La durée moyenne entre la chirurgie d'intervalle et la chimiothérapie adjuvante était de 31,6 jours ($\pm 17,4$) dans le groupe cœlioscopie et de 30,4 jours ($\pm 24,4$) dans le groupe laparotomie ($p=0,71$).

La durée médiane de suivi était de 24,9 mois. Quatre patientes ont été perdues de vue. La médiane de SG était de 23,1 mois (IC 95%15,7-29,7) et de 26,3 mois (IC 95%21,7-31,7) pour les patientes ayant une cœlioscopie et une laparotomie, respectivement, ($p=0,17$). La SSP médiane était de 14,8 mois (IC 95%10,6-21,5) dans le groupe cœlioscopie et de 12 mois (IC 95%11-15,1) dans le groupe laparotomie ($p=0,057$). Les figures 2 et 3 montrent les courbes de Kaplan-Meier. Après appariement, la SG était modifiée avec un hazard ratio de 0,45 en faveur

de la cœlioscopie (IC 95% 0,19-0,95) $p = 0,04$. La SSP n'était pas modifiée, avec un hazard ratio de 0,71 (IC 95% 0,27-1,88) $p=0,49$.

Discussion

Dans cette étude de cohorte, nous avons cherché à évaluer la survie des patientes ayant une chirurgie d'intervalle par cœlioscopie ou par laparotomie pour un cancer de l'ovaire de stade avancé après CNA. Nous avons inclus 77 patientes, 37 dans le groupe cœlioscopie et 40 dans le groupe laparotomie, avec un suivi médian de 24,9 mois. La survie globale était de 23,1 mois (IC 95% 15,7-29,7) dans le groupe cœlioscopie et de 26,3 mois (IC 95% 21,7-31,7) dans le groupe laparotomie. Nous avons appliqué un score de propension pour s'affranchir du biais d'indication chirurgicale inhérent à ce type d'étude. Nous avons apparié les patientes selon leurs caractéristiques initiales en ajustant sur les potentiels facteurs confondants, et nous avons inclus 25 patientes dans chaque groupe. Après appariement, nous avons observé une différence de SG en faveur de la cœlioscopie, avec un HR de 0,45 (IC 95% 0,19-0,95 ; $p=0,04$), mais la SSP n'était pas significativement différente. Il y a eu seulement un cas de laparoconversion, et le temps opératoire était similaire dans les deux groupes. La cœlioscopie était associée à une réduction de la morbidité, avec un séjour hospitalier plus court et moins de complications postopératoires. Cette réduction de la morbidité postopératoire est intéressante chez des patientes âgées en situation de chimiothérapie présentant une santé plus fragile.

Le suivi médian était de 24,9 mois avec seulement 4 patientes perdues de vue, ce qui fait partie des points forts de notre étude, tout comme les stricts critères d'inclusion. Comme toutes les patientes incluses ont eu une chirurgie de réduction tumorale optimale sans résidu tumoral, elles avaient toutes la même probabilité de survie l'issue de la chirurgie. Nous avons utilisé un score de propension pour estimer les effets de la voie d'abord chirurgicale alors que les caractéristiques initiales déséquilibrées pouvaient influencer ce même choix. L'algorithme du score de propension permet de créer des groupes comparables et réduit ainsi les biais liés au caractère rétrospectif de l'étude. La voie d'abord étant déterminée par l'évaluation

peropératoire des lésions, il en résulte obligatoirement des différences entre les deux groupes avec des lésions tumorales résiduelles plus importantes dans le groupe laparotomie. Ces différences peuvent entraîner un résultat biaisé sur l'effet de la voie d'abord. En appariant les patientes une par une selon les facteurs confondants, le score de propension mime une comparaison randomisée. Néanmoins le score de propension ne prend en compte que les variables observées, et nous ne pouvons être sûrs que tous les facteurs ont été pris en compte. De plus, bien que les études utilisant un score de propension aient une plus forte puissance que les études de cohorte rétrospective, elles en réduisent l'effectif.

Au vu de nos résultats, la cœlioscopie semble meilleure que la laparotomie chez des patientes ayant des caractéristiques préopératoires similaires, avec une meilleure survie globale et moins de complications postopératoires. Ainsi la cœlioscopie est une alternative valable chez des patientes sélectionnées avec une bonne réponse à la CNA et une maladie résiduelle faible. Dans la cohorte initiale, les patientes du groupe laparotomie avaient plus de résections chirurgicales étendues à cause de lésions résiduelles plus importantes, estimées avec le PCI et nos critères de laparotomie (atteinte des deux coupes diaphragmatiques ou d'une seule avec lésions confluentes, atteinte du hile hépatique ou de l'intestin grêle).

La différence en termes de nombre de cures de CNA peut représenter un biais potentiel pour interpréter nos résultats. En utilisant un score de propension, nous nous sommes affranchis de ce biais, car de nombreuses cures de CNA peuvent entraîner un retard à la chirurgie de réduction tumorale, et est associé à un moins bon pronostic (41). Sur la cohorte initiale avant appariement, les antécédents de chirurgie abdominale et le taux laparotomie antérieure était similaire dans les deux groupes. La crainte d'adhérences postopératoires liées à une laparotomie antérieure n'ont pas influencé la voie d'abord chirurgicale.

Plusieurs études descriptives ont démontré la faisabilité et les résultats positifs de la cœlioscopie comme voie d'abord pour la chirurgie de réduction tumorale. (25–29,42). Une méta-analyse récente incluant 19 études rétrospectives ne montrait pas de différence de SG après cœlioscopie par rapport à la laparotomie à 5 ans (RR=0,89 IC95% 0,53-1,49, p=0,62) (29). Ces résultats oncologiques satisfaisants suggèrent que la chirurgie mini-invasive en tant que chirurgie de réduction tumorale première ou d'intervalle est réalisable. Deux études de cohorte rétrospectives ont comparé la cœlioscopie à la laparotomie en tant que chirurgie de réduction tumorale pour les cancers de l'ovaire et n'ont pas retrouvé de désavantages sur la survie. Nezhat et al. ont mené une étude rétrospective en 2010 où ils comparaient la cœlioscopie à la laparotomie comme chirurgie initiale pour les stades \geq IIC selon la classification FIGO. Ils ont inclus 17 patientes dans le groupe cœlioscopie et 11 dans le groupe laparotomie, et ont observé une SSP plus longue dans le groupe cœlioscopie (31,7 mois versus 21,5 mois, p=0,3) (30). Melamed et al. n'ont pas trouvé de différence de survie dans une étude de cohorte rétrospective. Ils ont inclus des patientes présentant un cancer de l'ovaire stade III ou IV FIGO ayant eu une CNA. Ils ont pu comparer 450 patientes avec une chirurgie d'intervalle par cœlioscopie à 2621 patientes par laparotomie, avec un suivi médian de 32 mois. Les deux groupes avaient une survie globale non ajustée (HR 1,16; IC 95%0,98–1,37; P=0,08) et ajustée (HR 1,12; IC 95%0,94–1,32;P=0,20) (26). Seule l'étude de Favero et al. retrouvait une différence de survie de 7 mois en faveur de la laparotomie, sans toutefois atteindre le seuil de significativité (43). Ces résultats sont à interpréter avec prudence car le groupe cœlioscopie n'incluait que 10 patientes. Les auteurs reconnaissent que cette différence peut être liée au faible nombre de patientes incluses, mais ces résultats les ont découragés de poursuivre avec une cohorte plus large. Ils émettent l'hypothèse que la cœlioscopie pourrait créer un environnement favorable à l'implantation de cellules tumorales du fait de l'utilisation du dioxyde de carbone, de l'augmentation de la pression et de la diminution de la température intraabdominale.

Nous avons retrouvé une seule laparoconversion, due à une plaie de la veine cave inférieure. Il nous est difficile d'émettre une conclusion sur ce faible taux de laparoconversion (2,7%), au vu de l'effectif de 37 patientes dans le groupe cœlioscopie. L'étude « international Mission » de Fagotti et al. est une étude rétrospective observationnelle de 98 patientes ayant eu une chirurgie d'intervalle par cœlioscopie, avec un taux de conversion de 3,9% (25). L'étude de Melamed et al. retrouve un taux de conversion allant de 5 à 20% (26). Lorsque les lésions péritonéales sont peu importantes, la cœlioscopie comme chirurgie d'intervalle est une alternative envisageable, avec un risque faible de conversion pour obtenir une cytoréduction optimale.

Il y avait moins de complications postopératoires dans le groupe cœlioscopie, avec un taux de 21% des complications postopératoires totales, à court et à long terme. Corrado et al. retrouvait un taux de 6,6% de complications postopératoires parmi 30 patientes ayant eu une chirurgie d'intervalle cœlioscopique (42). Dans l'international mission study, Fagotti et al. rapportait un taux de 3,9% de complications postopératoires précoces (25). Nos taux semblent plus élevés, bien qu'inférieurs au groupe laparotomie. Nous expliquons cette différence par une déclaration stricte de complications postopératoires. Nous avons suivi rigoureusement les critères de classification des complications décrits par DINDO Clavien (36), et déclaré toute nutrition parentérale, infection urinaire, fièvre postopératoire, diarrhée, etc...nécessitant un traitement et donc classé DINDO 1 ou 2.

Dans notre étude, le PCI était plus bas dans le groupe laparotomie, ce qui suggère que les patientes sélectionnées pour un chirurgie de réduction tumorale laparoscopique auraient moins de lésions péritonéales que celles ayant une laparotomie. Tout comme dans l'étude de Melamed et al. (26), il y avait plus de résections extra pelviennes dans le groupe laparotomie, sans avoir d'impact sur la survie. Dans le groupe laparotomie, des gestes chirurgicaux plus complexes étaient réalisés, avec plus de résections diaphragmatiques et de péritonectomies. Toutes les

résections digestives étaient réalisées par laparotomie. La cœlioscopie semble être limitée quand le PCI est élevé ou que des lésions sus-mésocoliques persistent après CNA. La réduction chirurgicale tumorale peut être non optimale, et la conversion en laparotomie est alors nécessaire pour obtenir un résidu tumoral nul. Ainsi la cœlioscopie permet de décroître l'agressivité de la procédure chirurgicale chez des patientes sélectionnées pouvant permettre une cytoréduction optimale sans nécessité de laparotomie.

Nous n'avons pas trouvé de différence concernant le taux de CA 125 au moment du diagnostic. Cependant, au moment de la chirurgie d'intervalle, ce taux semblait être plus faible dans le groupe cœlioscopie, sans atteindre le seuil de significativité (taux médian de CA125 15UI/l \pm 61 dans le groupe cœlioscopie et 35UI/l \pm 843 dans le groupe laparotomie, $p=0,06$). Plusieurs études ont cherché à évaluer la possibilité de prévoir une cytoréduction optimale à l'aide du CA 125 chez les patientes ayant un cancer de l'ovaire. Pelissier et al. concluaient que un taux de CA 125 supérieur à 75 UI/l après 3 cures de CNA était un facteur prédictif indépendant de chirurgie de réduction tumorale non optimale (44). Dans une étude rétrospective de cohorte, Rodriguez et al. ont montré plus de résections chirurgicales complètes après CNA chez les patientes avec un CA 125 inférieur 100UI/l (45). Chi et al. rapportaient qu'un taux de CA 125 supérieur à 500UI/l pouvait permettre de prédire une cytoréduction optimale lors d'une chirurgie de réduction tumorale première (46). Le CA 125 reflète l'atteinte péritonéale de la pathologie et ce taux pourrait être intégré parmi les critères de sélections des patientes éligibles à chirurgie d'intervalle cœlioscopique.

Sur l'ensemble des patientes incluses, 56 ont eu un curage ganglionnaire (72,7%). Dans l'essai LION, la réalisation systématique de curages pelviens et lombo-aortiques n'était pas associée à une meilleure survie, et le taux de complications postopératoires était plus élevé (47). Bien que les bénéfices attendus des curages ganglionnaires soient débattus, leur réalisation par voie

coelioscopique a été largement démontrée (48). Dans notre étude, la réalisation des curages ganglionnaires n'était pas affectée par la voie d'abord. Nous n'avons pas observé de différence concernant le taux de curages ni le nombre de ganglions collectés. Dans le groupe coelioscopie, les curages lombo-aortiques étaient majoritairement réalisés par voie rétro-péritonéale. Ces résultats sont concordants avec les données de la littérature (16).

En se basant sur nos résultats, débiter la chirurgie par une coelioscopie diagnostique permettrait d'évaluer la réponse à la CNA. Si celle-ci est n'est pas adéquate, il est alors possible de poursuivre la CNA afin de diminuer la charge tumorale (49). Chez les patientes présentant une bonne réponse à la chimiothérapie, la coelioscopie est une alternative sûre à la conventionnelle chirurgie ouverte pour en réduire l'agressivité, et donc de diminuer la durée d'hospitalisation et les complications postopératoires chez des patientes présentant de nombreuses comorbidités. Ces résultats sont similaires avec d'autres études. Nous n'avons pas observé de diminution de la durée entre la chirurgie et la chimiothérapie adjuvante, mais cela a été discuté dans l'étude de Gueli et al. Dans cette étude prospective, les auteurs décrivent un groupe de patientes opérées d'une chirurgie d'intervalles pour un cancer de l'ovaire par coelioscopie. La durée moyenne entre le début de la chimiothérapie adjuvante et la chirurgie était de 20 jours (allant de 10 à 30 jours), soit plus court que dans les deux groupes de notre étude (31,6 dans le groupe coelioscopie). Bien qu'il n'y ait pas de groupe contrôle, Gueli et al. émettent l'hypothèse que l'approche mini-invasive pourrait diminuer le temps entre l'intervention et la reprise de la chimiothérapie (28). En sus de la diminution de la morbidité per et postopératoire, la coelioscopie est associée à une moindre détresse psychologique que la laparotomie (28), chez des patientes vivant déjà une situation de vie difficile. Au vu de ces résultats, la coelioscopie constitue donc une alternative sûre à la classique laparotomie, trouvant sa place dans une dynamique de réduction de l'agressivité thérapeutique.

L'expérience du chirurgien ainsi que le résidu tumoral après CNA oriente la décision de la voie d'abord. Certains auteurs ont réalisé des scores permettant d'évaluer l'étendue des lésions résiduelles et donc la possibilité d'effectuer une cytoréduction (35,50–53). Calculer le PCI peut non seulement orienter la décision de réaliser une chirurgie de réduction tumorale, mais également influencer la voie d'abord. Un PCI haut est associé à une carcinose péritonéale élevée qui pourrait nécessiter une laparotomie pour réaliser une chirurgie optimale. Le taux de CA 125 pourrait aussi guider la voie d'accès chirurgicale. Dans notre équipe, la laparotomie était envisagée lorsqu'on observait des lésions carcinomateuses sus-mésocoliques (atteinte des deux coupes diaphragmatiques ou une coupe avec lésion confluyente, lésion du hile hépatique) ou lorsque de l'intestin grêle était atteint. Les caractéristiques de la patiente et la charge tumorale évaluée au début de la chirurgie pourraient être intégrées dans un score qui pourrait guider la voie d'abord chirurgicale. Il conviendrait de réaliser d'autres études afin d'évaluer la performance d'un score estimant la faisabilité de la coelioscopie.

Les points forts de cette étude sont l'appariement selon un score de propension pour s'affranchir du biais d'indication de la voie chirurgicale, ainsi que le suivi de 24,9 mois avec seulement 4 patientes perdues de vue. Mais cette étude a également des points faibles. Son design rétrospectif entraîne des données manquantes ainsi que des biais de collecte de données. A l'état de base, nous avons un nombre de cures de CNA disparate entre les deux groupes comparés mais cette différence a été contre balancée par l'appariement selon un score de propension.

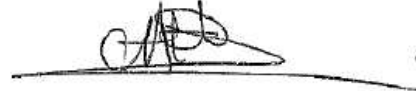
Conclusion

Au vu des résultats de cette étude de cohorte, la cœlioscopie en tant que chirurgie d'intervalle semble constituer une alternative à la classique laparotomie, chez des patientes sélectionnées présentant une bonne régression des lésions péritonéales après CNA. Chez des patientes avec des caractéristiques oncologiques similaires, le devenir oncologique des patientes était meilleur dans le groupe cœlioscopie, et cette voie d'abord était associée à une réduction de la morbidité postopératoire. Ces résultats sont concordants avec la littérature actuelle mais des études randomisées sont nécessaires afin de les confirmer. Afin de choisir la voie d'abord pour la chirurgie d'intervalle, il serait intéressant d'utiliser un score permettant d'évaluer si la cœlioscopie est réalisable.

Strasbourg, le 27/01/2020 ^{VU}

Le président du Jury de Thèse

Professeur Chérif AKLADIOS



VU et approuvé

Strasbourg, le.....

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA



Annexes

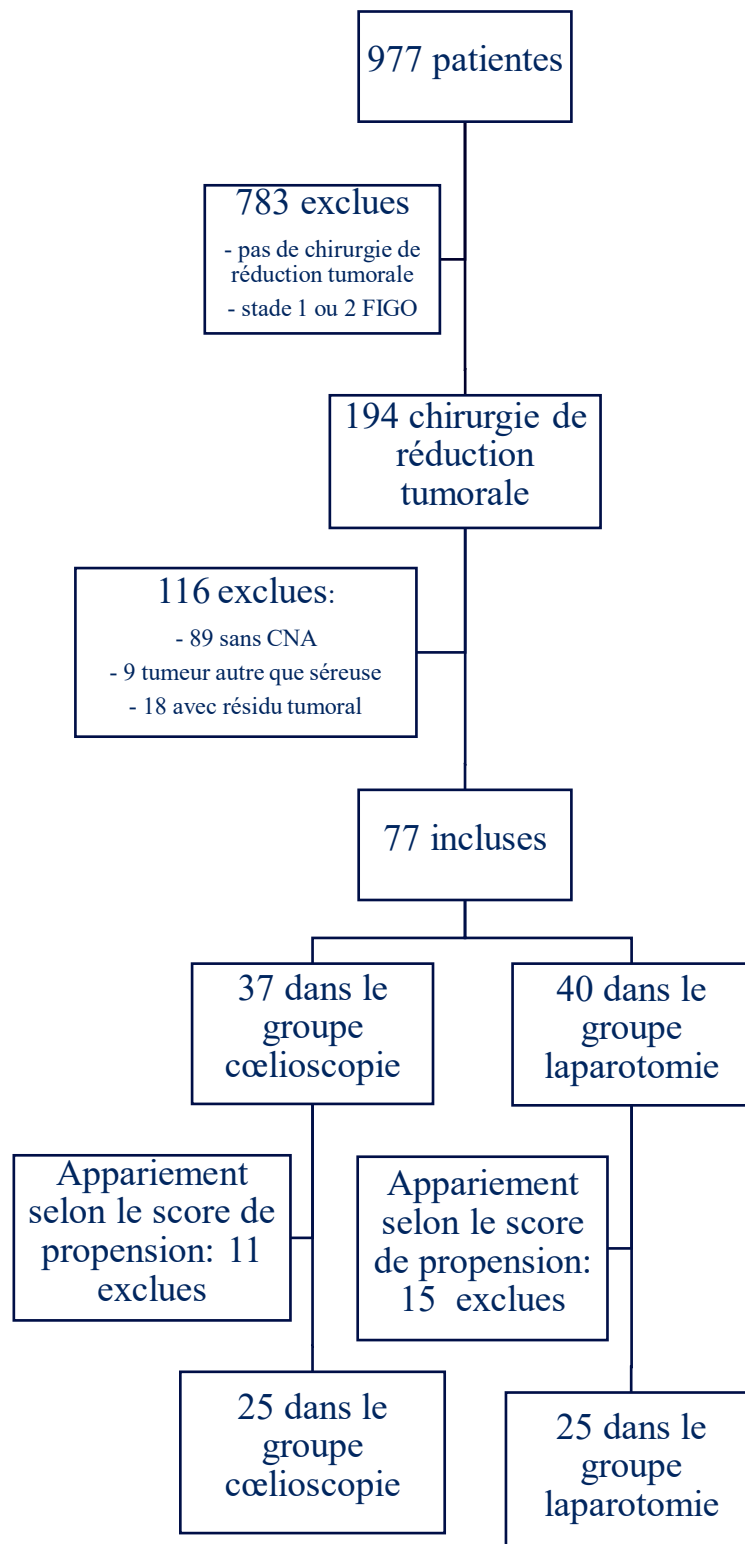


Figure 1: Diagramme de flux

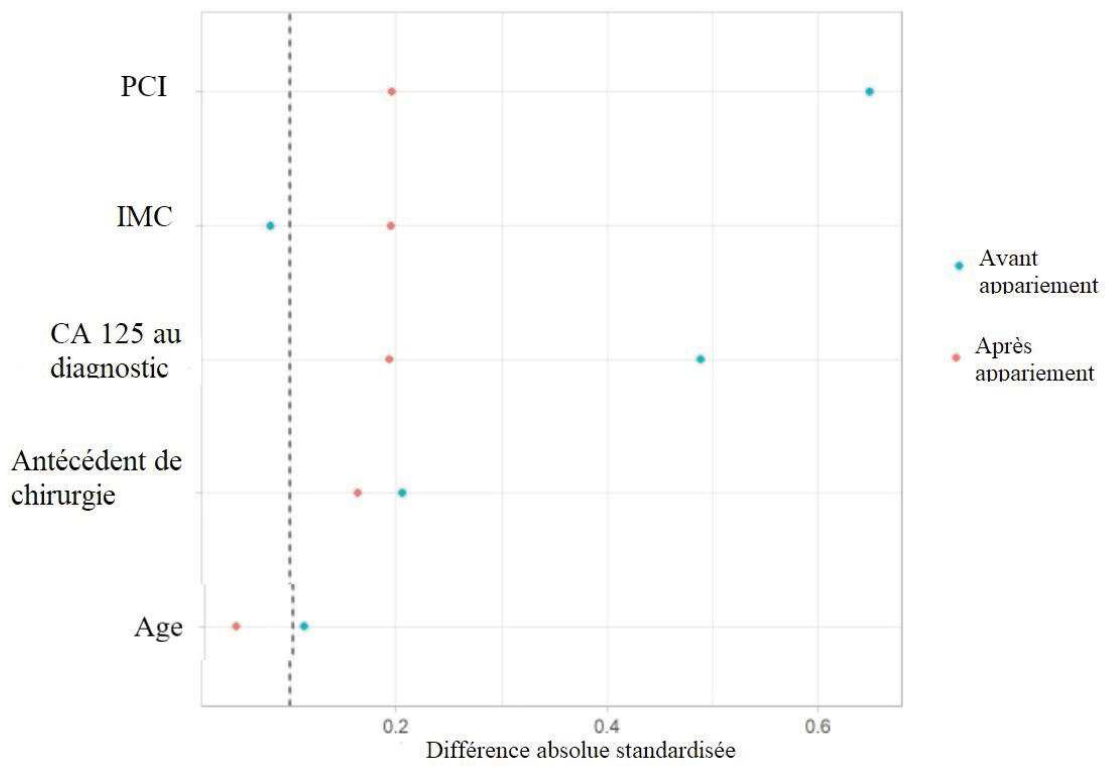


Figure 2 : Love plot

Tableau 1: caractéristiques générales

	Avant appariement			Après appariement		
	Cœlioscopie n= 37	Laparotomie n=40	p-value	Cœlioscopie n= 25	Laparotomie n=25	p-value
Age (moyenne ± SD)	62.8 ± 11.2	61.7 ± 9.5	0.74	61.8 ± 10.6	62.4 ± 10.4	0.76
IMC (moyenne ± SD) kg/m ²	25.4 ± 4.7	25.8 ± 6.4	0.8	26.5 ± 4.6	25.5 ± 6.3	0.18
ASA score						
1	0	1 (2,5%)	1	0	0	1
2	13 (35,1%)	12 (30%)	1	8 (32%)	7 (29%)	
3	23 (62,1%)	23 (57,5%)	1	17 (68%)	17 (71%)	
Parité						
Nullipare	4 (10,8%)	5 (12,5%)	1	3 (12%)	3 (12%)	1
Multipare	33 (89,2%)	35 (87,5%)		22 (88%)	22 (88%)	
Grade histologique						
2	2 (5,4%)	5 (12,5%)	0,43	1 (4%)	3 (12%)	0.61
3	35 (94,6%)	35 (87,5%)		24 (96%)	22 (88%)	
Antécédent de chirurgie abdominale						
Yes	25 (67,5%)	23 (57,5%)	0,5	17 (68%)	15 (60%)	0,77
No	12 (32,4%)	17 (42,5%)		8 (32%)	10 (40%)	
Cœlioscopie	6 (12,2%)	3 (7,5%)	0,28	3 (17,6%)	15 (88,3%)	1
Laparotomie	18 (72%)	23 (100%)		14 (82,3%)	15 (88,2%)	
Taux de Ca 125 à diagnostic						
≥ 500 UI/l	18 (48,6%)	28 (70%)	0,7	9 (37,5%)	6 (33,3%)	1
< 500 UI/l	10 (27%)	11 (27,5%)		15 (62,5%)	12 (66,7%)	
Nombre de cure de CNA						
> 4 cures	24 (64,9%)	12 (30%)	0,005	1 (4,5%)	2 (9,5%)	0,61
≤ 4 cures	13 (35,1%)	28 (70%)		21 (95,4%)	19 (90,4%)	
Moyenne ± SD	5,1± 1,2	4,4 ± 1	0,009	5,1± 1,2	4,4 ± 1	0,08
Taux de Ca 125 à la chirurgie d'intervalle						
≥ 500 UI/l	0	2 (5%)	0,50	0	0	0,76
< 500 UI/l	19 (51,3%)	25 (62,5%)		14 (56%)	17 (68%)	

ASA score: American society of Anesthesiologists score

CNA : chimiothérapie néoadjuvante

IMC: indice de masse corporelle

Les chiffres sont exprimés en n (%).

Tableau 2: Données chirurgicales

	Cœlioscopie n= 37	Laparotomie n = 40	p-value
Durée entre la fin de la CNA et la chirurgie (jours)	37,5 ± 17,8	33,8 ± 16,8	0,42
Laparoconversion			
Yes	1 (2,7%)		0,47
No	36 (97,3%)		
Durée de l'intervention (heures, moyenne ± SD)	5,2 ± 1,6	4,9 ± 1,5	0,47
PCI (moyenne ± SD)	3,3 ± 2,3	4,9 ± 2,6	0,005
Chirurgie effectuée			
Hystérectomie	34 (91,9%)	37 (92,5%)	1
Annexectomie	26 (70,2%)	31 (77,5%)	0,64
Appendicectomie	27 (72,9%)	21 (52,5%)	0,17
Omentectomie	35 (94,6%)	39 (97,5%)	0,6
Péritonectomie	8 (21,6%)	16 (40%)	0,16
Résection diaphragmatique	6 (16,2%)	16 (40%)	0,05
Résection digestive	0	7 (17,5%)	0,01
Curages ganglionnaires			
Lombo-aortique	27 (72,9%)	29 (72,5%)	0,99
Pelvien	27 (72,9%)	25 (62,5%)	1
Voie chirurgicale pour les curages			
Rétropéritonéale	19 (51,3%)	0	<0,001
Transpéritonéale	7 (18,9%)	0	<0,001
Laparotomie	0	29 (72,5%)	0,003
Nombre total de ganglion (moyenne ±SD)	29,6 ± 9,7	34,1 ± 14,8	0,27
Nombre de ganglions pathologiques (moyenne ± SD)	1,85 ± 3,3	4,2 ± 7	0,16
Complication per opératoire	6 (16,2%)	5 (12,5%)	0,89
Transfusion sanguine	13 (35,1%)	28 (70%)	0,005
Perte de sang estimée (mL, moyenne ± SD)	376,9 ± 411,7	613 ± 434,7	0,03

CNA : chimiothérapie néoadjuvante

PCI : peritoneal carcinomatosis index

Les chiffres sont exprimés en n (%).

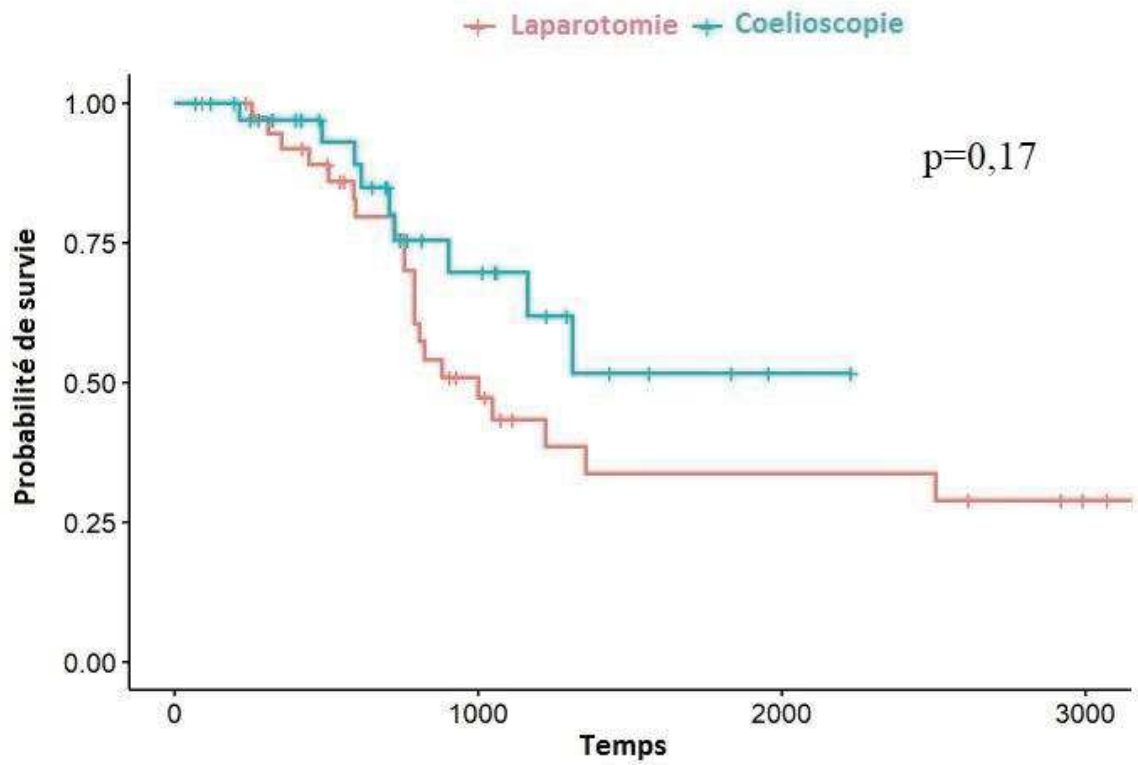
Tableau 3: Données post-opératoires

	Cœlioscopie n = 37	Laparotomie n = 40	p-value
Séjour en soins intensifs	1 (2,7%)	7 (17,5%)	0,06
Occlusion digestive	0	3 (7,5%)	0,24
Analgie contrôlée par le patient	6 (16,2%)	28 (70%)	< 0,001
Jour de reprise du transit (moyenne ± SD)	1,8 ± 1,6	3,1 ± 1,6	< 0,001
Complication post-opératoire précoce	7 (18,9%)	21 (52,5%)	0,004
DINDO1-2	6 (16,2%)	17 (42,5%)	0,01
DINDO 3-4	1 (2,7%)	3 (7,5%)	0,62
Complication post-opératoire tardive	1 (2,7%)	4 (10%)	0,36
DINDO1-2	0	2 (5%)	0,4
DINDO 3-4	1 (2,7%)	2 (5%)	1
Total des complications post-opératoire	8 (21%)	25 (62,5%)	0,9
DINDO1-2	6 (16,2%)	19 (47,5%)	0,9
DINDO 3-4	2 (5,4%)	5 (12,5%)	
Ré-hospitalisation	1 (2,7%)	5 (12,5%)	0,2
Durée médiane de reprise de chimiothérapie adjuvante (jours ± SD)	31,6 ± 17,4	30,7 ± 24,4	0,71
Durée d'hospitalisation (jours) moyenne ± SD	7,6 ± 5,7	12,1 ± 6,2	< 0,001

Les chiffres sont exprimés en n (%)

Figure 3 : Survie globale

A. Avant appariement



B. Après appariement

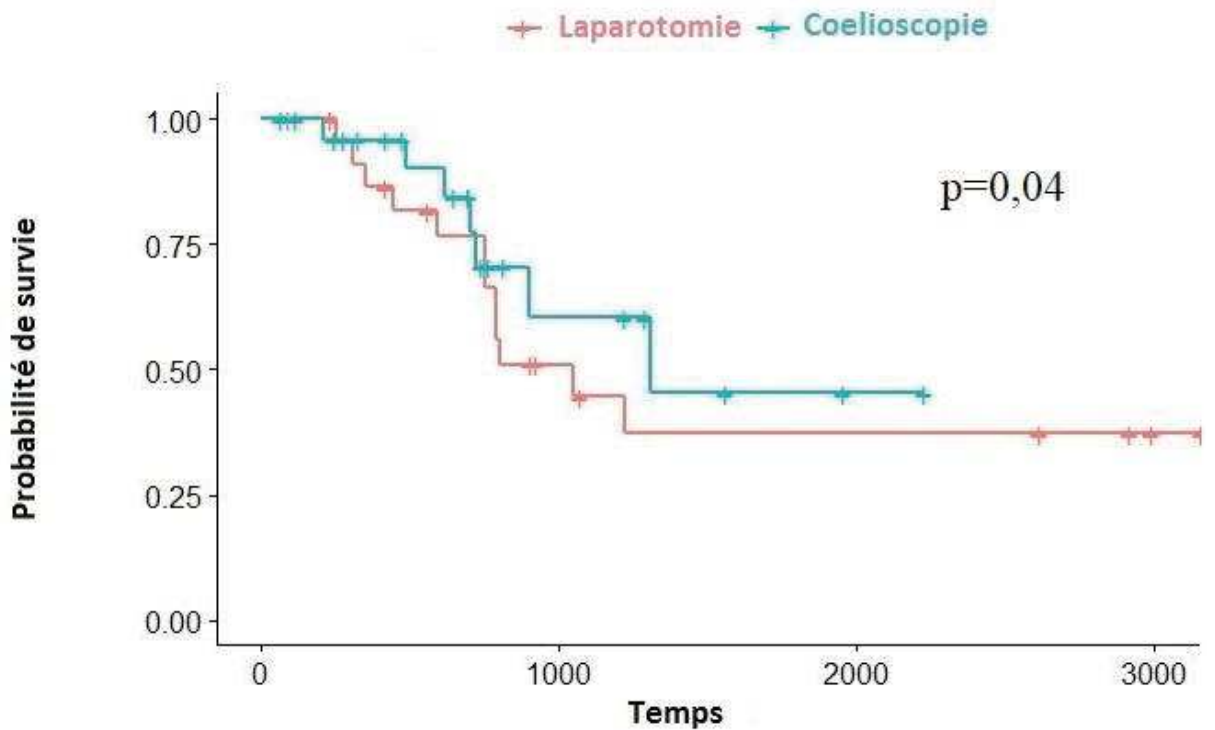
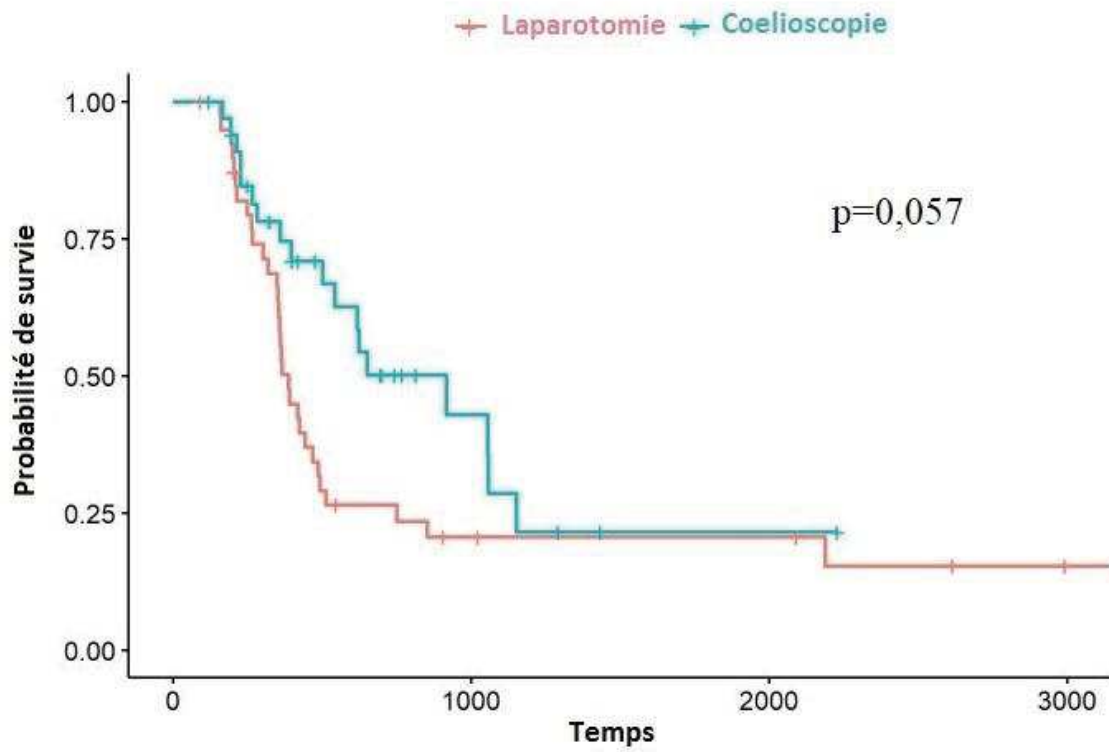
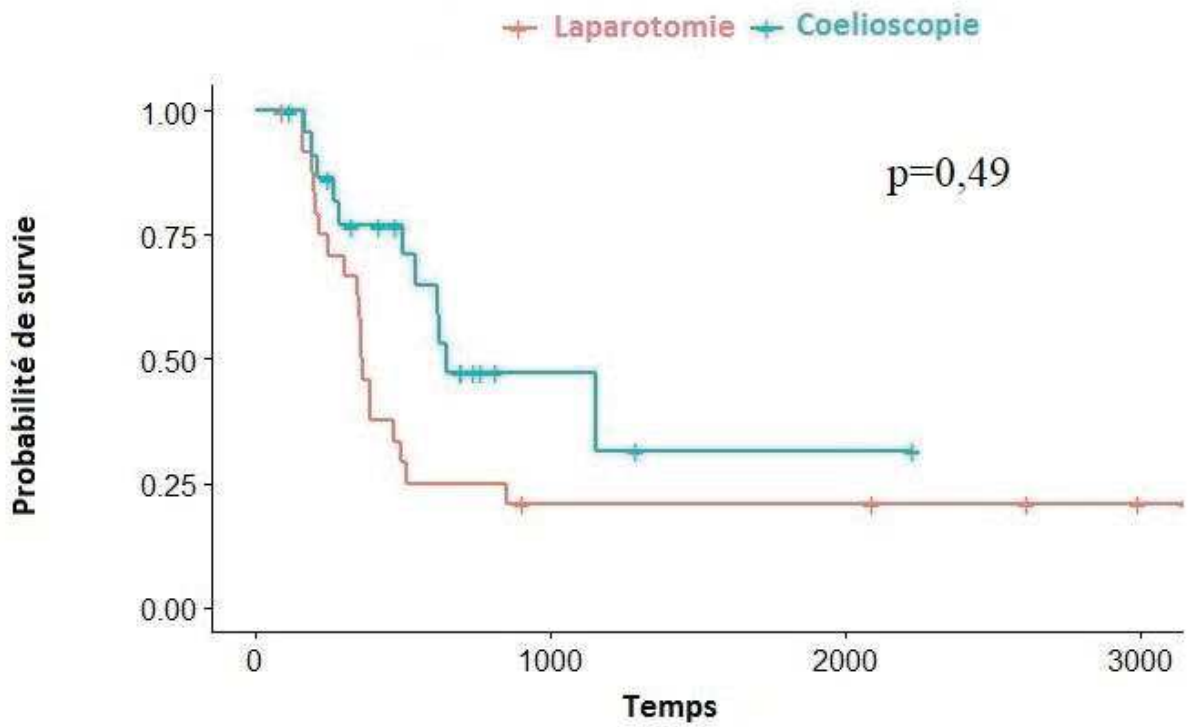


Figure 4 : Survie sans progression

A. Avant appariement



B. Après appariement



Bibliographie

1. Incidence du cancer de l'ovaire chez la femme par région en 2007-2016 [Internet]. [cité 23 avr 2020]. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/Types-de-cancer/Cancer-de-l-ovaire/Epidemiologie-Ovaire/incidence-du-cancer-de-l-ovaire-chez-la-femme-par-region-en-2007-201#graphique>
2. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer Statistics, 2010. *CA Cancer J Clin.* 2010;60(5):277-300.
3. Données globales d'épidémiologie des cancers - Epidémiologie des cancers [Internet]. [cité 16 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Donnees-globales>
4. Stoeckle E, Bourdarias L, Guyon F, Croce S, Brouste V, Thomas L, et al. Progress in Survival Outcomes in Patients with Advanced Ovarian Cancer Treated by Neo-Adjuvant Platinum/Taxane-Based Chemotherapy and Late Interval Debulking Surgery. *Ann Surg Oncol.* 1 févr 2014;21(2):629-36.
5. Berek JS, Kehoe ST, Kumar L, Friedlander M. Cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. *Int J Gynecol Obstet.* 2018;143(S2):59-78.
6. Vergote I, Tropé CG, Amant F, Kristensen GB, Ehlen T, Johnson N, et al. Neoadjuvant chemotherapy or primary surgery in stage IIIC or IV ovarian cancer. *N Engl J Med.* 2 sept 2010;363(10):943-53.
7. Ansquer Y, Leblanc E, Clough K, Morice P, Dauplat J, Mathevet P, et al. Neoadjuvant chemotherapy for unresectable ovarian carcinoma: a French multicenter study. *Cancer.* 15 juin 2001;91(12):2329-34.

8. Kehoe S, Hook J, Nankivell M, Jayson GC, Kitchener H, Lopes T, et al. Primary chemotherapy versus primary surgery for newly diagnosed advanced ovarian cancer (CHORUS): an open-label, randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet Lond Engl*. 18 juill 2015;386(9990):249-57.
9. Fagotti A, Ferrandina G, Vizzielli G, Fanfani F, Gallotta V, Chiantera V, et al. Phase III randomised clinical trial comparing primary surgery versus neoadjuvant chemotherapy in advanced epithelial ovarian cancer with high tumour load (SCORPION trial): Final analysis of peri-operative outcome. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. 2016;59:22-33.
10. Lavoue V, Huchon C, Akladios C, Alfonsi P, Bakrin N, Ballester M, et al. Texte court rédigé à partir de la recommandation nationale de bonnes pratiques cliniques « Conduites à tenir initiales devant des patientes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire » élaborée par FRANCOGYN, CNGOF, SFOG, GINECO-ARCAGY et labélisée par l'INCa ». *Bull Cancer (Paris)*. 1 avr 2019;106(4):354-70.
11. Manolitsas TP, McCartney AJ. Total laparoscopic hysterectomy in the management of endometrial carcinoma. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. févr 2002;9(1):54-62.
12. Holub Z, Bartös P, Jabor A, Eim J, Fischlová D, Kliment L. Laparoscopic surgery in obese women with endometrial cancer. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. févr 2000;7(1):83-8.
13. Langebrekke A, Istre O, Hallqvist AC, Hartgill TW, Onsrud M. Comparison of laparoscopy and laparotomy in patients with endometrial cancer. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. mai 2002;9(2):152-7.

14. Eltabbakh GH, Shamonki MI, Moody JM, Garafano LL. Hysterectomy for obese women with endometrial cancer: laparoscopy or laparotomy? *Gynecol Oncol.* sept 2000;78(3 Pt 1):329-35.
15. Spirtos NM, Eisenkop SM, Schlaerth JB, Ballon SC. Laparoscopic radical hysterectomy (type III) with aortic and pelvic lymphadenectomy in patients with stage I cervical cancer: surgical morbidity and intermediate follow-up. *Am J Obstet Gynecol.* août 2002;187(2):340-8.
16. Theodoridis TD, Bontis JN. Laparoscopy and Oncology: Where Do We Stand Today? *Ann N Y Acad Sci.* 2003;997(1):282-91.
17. Mahdavi A, Peiretti M, Dennis S, Nezhat F. Comparison of laparoscopic hysterectomy morbidity for gynecologic, oncologic, and benign gynecologic conditions. *JSLS.* déc 2006;10(4):439-42.
18. Buia A, Stockhausen F, Hanisch E. Laparoscopic surgery: A qualified systematic review. *World J Methodol.* 26 déc 2015;5(4):238-54.
19. Gemignani ML, Curtin JP, Zelmanovich J, Patel DA, Venkatraman E, Barakat RR. Laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy for endometrial cancer: clinical outcomes and hospital charges. *Gynecol Oncol.* avr 1999;73(1):5-11.
20. Campos LS, Limberger LF, Stein AT, Kalil AN. Postoperative pain and perioperative outcomes after laparoscopic radical hysterectomy and abdominal radical hysterectomy in patients with early cervical cancer: a randomised controlled trial. *Trials.* 12 sept 2013;14:293.

21. Rutten MJ, Leeftang MM, Kenter GG, Mol BWJ, Buist M. Laparoscopy for diagnosing resectability of disease in patients with advanced ovarian cancer. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 21 févr 2014 [cité 19 mars 2020];2014(2). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6457797/>
22. Fagotti A, Vizzielli G, De Iaco P, Surico D, Buda A, Mandato VD, et al. A multicentric trial (Olympia–MITO 13) on the accuracy of laparoscopy to assess peritoneal spread in ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol*. 1 nov 2013;209(5):462.e1-462.e11.
23. Nezhat FR, Pejovic T, Finger TN, Khalil SS. Role of Minimally Invasive Surgery in Ovarian Cancer. *J Minim Invasive Gynecol*. 1 nov 2013;20(6):754-65.
24. Menderes G, Black JD, Azodi M. The role of minimally invasive interval debulking surgery in advanced epithelial ovarian cancer. *Expert Rev Anticancer Ther*. 1 sept 2016;16(9):899-901.
25. Fagotti A, Gueli Alletti S, Corrado G, Cola E, Vizza E, Vieira M, et al. The INTERNATIONAL MISSION study: minimally invasive surgery in ovarian neoplasms after neoadjuvant chemotherapy. *Int J Gynecol Cancer Off J Int Gynecol Cancer Soc*. 2019;29(1):5-9.
26. Melamed A, Nitecki R, Boruta DM, Del Carmen MG, Clark RM, Growdon WB, et al. Laparoscopy Compared With Laparotomy for Debulking Ovarian Cancer After Neoadjuvant Chemotherapy. *Obstet Gynecol*. 2017;129(5):861-9.
27. Fanning J, Yacoub E, Hojat R. Laparoscopic-assisted cytoreduction for primary advanced ovarian cancer: Success, morbidity and survival. *Gynecol Oncol*. 1 oct 2011;123(1):47-9.

28. Gueli Alletti S, Bottoni C, Fanfani F, Gallotta V, Chiantera V, Costantini B, et al. Minimally invasive interval debulking surgery in ovarian neoplasm (MISSION trial–NCT02324595): a feasibility study. *Am J Obstet Gynecol.* 1 avr 2016;214(4):503.e1-503.e6.
29. Jochum F, Vermel M, Faller E, Boisrame T, Lecointre L, Akladios C. Three and Five-Year Mortality in Ovarian Cancer after Minimally Invasive Compared to Open Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med.* 4 août 2020;9(8).
30. Nezhat FR, DeNoble SM, Liu CS, Cho JE, Brown DN, Chuang L, et al. The Safety and Efficacy of Laparoscopic Surgical Staging and Debulking of Apparent Advanced Stage Ovarian, Fallopian Tube, and Primary Peritoneal Cancers. *JSLs.* 2010;14(2):155-68.
31. Rutten MJ, Gaarenstroom KN, Van Gorp T, van Meurs HS, Arts HJ, Bossuyt PM, et al. Laparoscopy to predict the result of primary cytoreductive surgery in advanced ovarian cancer patients (LapOvCa-trial): a multicentre randomized controlled study. *BMC Cancer.* 20 janv 2012;12:31.
32. Sugarbaker PH. Port site recurrence, an unintended consequence of laparoscopic resection of ovarian cancer. A case report. *Int J Surg Case Rep.* 19 juill 2019;62:5-8.
33. Ramirez PT, Frumovitz M, Pareja R, Lopez A, Vieira M, Ribeiro R, et al. Minimally Invasive versus Abdominal Radical Hysterectomy for Cervical Cancer. *N Engl J Med.* 15 nov 2018;379(20):1895-904.
34. ASA Physical Status Classification System [Internet]. [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system>
35. Jacquet P, Sugarbaker PH. Clinical research methodologies in diagnosis and staging of patients with peritoneal carcinomatosis. *Cancer Treat Res.* 1996;82:359-74.

36. Dindo D, Demartines N, Clavien P-A. Classification of Surgical Complications. *Ann Surg.* août 2004;240(2):205-13.
37. HAS. Cancer de l'ovaire [Internet]. 2012 [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald_30_lap_k_ovaire_vd.pdf
38. Institut national du cancer (INCa), Francogyn, CNGOF. Synthèse des CAT des patientes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire. 2019.
39. Yao XI, Wang X, Speicher PJ, Hwang ES, Cheng P, Harpole DH, et al. Reporting and Guidelines in Propensity Score Analysis: A Systematic Review of Cancer and Cancer Surgical Studies. *J Natl Cancer Inst.* 01 2017;109(8).
40. Austin PC. Optimal caliper widths for propensity-score matching when estimating differences in means and differences in proportions in observational studies. *Pharm Stat.* avr 2011;10(2):150-61.
41. Lecointre L, Velten M, Lodi M, Saadeh R, Lavoué V, Ouldamer L, et al. Impact of neoadjuvant chemotherapy cycles on survival of patients with advanced ovarian cancer: A French national multicenter study (FRANCOGYN). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1 févr 2020;245:64-72.
42. Corrado G, Mancini E, Cutillo G, Baiocco E, Vici P, Sergi D, et al. Laparoscopic Debulking Surgery in the Management of Advanced Ovarian Cancer After Neoadjuvant Chemotherapy. *Int J Gynecol Cancer Off J Int Gynecol Cancer Soc.* sept 2015;25(7):1253-7.

43. Favero G, Maceroux N, Pfiffer T, Köhler C, Miranda V da C, Diz MDPE, et al. Oncologic Concerns regarding Laparoscopic Cytoreductive Surgery in Patients with Advanced Ovarian Cancer Submitted to Neoadjuvant Chemotherapy. *Oncology*. 2015;89(3):159-66.
44. Pelissier A, Bonneau C, Chéreau E, de La Motte Rouge T, Fourchette V, Daraï E, et al. CA125 kinetic parameters predict optimal cytoreduction in patients with advanced epithelial ovarian cancer treated with neoadjuvant chemotherapy. *Gynecol Oncol*. 1 déc 2014;135(3):542-6.
45. Rodriguez N, Rauh-Hain JA, Shoni M, Berkowitz RS, Muto MG, Feltmate C, et al. Changes in serum CA-125 can predict optimal cytoreduction to no gross residual disease in patients with advanced stage ovarian cancer treated with neoadjuvant chemotherapy. *Gynecol Oncol*. 1 mai 2012;125(2):362-6.
46. Chi DS, Venkatraman ES, Masson V, Hoskins WJ. The Ability of Preoperative Serum CA-125 to Predict Optimal Primary Tumor Cytoreduction in Stage III Epithelial Ovarian Carcinoma. *Gynecol Oncol*. 1 mai 2000;77(2):227-31.
47. Harter P, Sehouli J, Lorusso D, Reuss A, Vergote I, Marth C, et al. A Randomized Trial of Lymphadenectomy in Patients with Advanced Ovarian Neoplasms. *N Engl J Med*. 28 févr 2019;380(9):822-32.
48. Gallotta V, Ghezzi F, Vizza E, Fagotti A, Ceccaroni M, Fanfani F, et al. Laparoscopic Management of Ovarian Cancer Patients With Localized Carcinomatosis and Lymph Node Metastases: Results of a Retrospective Multi-institutional Series. *J Minim Invasive Gynecol*. 1 mai 2016;23(4):590-6.

49. Fagotti A, Fanfani F, Vizzielli G, Gallotta V, Ercoli A, Paglia A, et al. Should laparoscopy be included in the work-up of advanced ovarian cancer patients attempting interval debulking surgery? *Gynecol Oncol.* 1 janv 2010;116(1):72-7.
50. Chéreau E, Ballester M, Selle F, Cortez A, Daraï E, Rouzier R. Comparison of peritoneal carcinomatosis scoring methods in predicting resectability and prognosis in advanced ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol.* févr 2010;202(2):178.e1-178.e10.
51. Fagotti A, Ferrandina G, Fanfani F, Ercoli A, Lorusso D, Rossi M, et al. A laparoscopy-based score to predict surgical outcome in patients with advanced ovarian carcinoma: a pilot study. *Ann Surg Oncol.* août 2006;13(8):1156-61.
52. Eisenkop SM, Spirtos NM, Friedman RL, Lin W-CM, Pisani AL, Peticucci S. Relative influences of tumor volume before surgery and the cytoreductive outcome on survival for patients with advanced ovarian cancer: a prospective study. *Gynecol Oncol.* août 2003;90(2):390-6.
53. Aletti GD, Santillan A, Eisenhauer EL, Hu J, Aletti G, Podratz KC, et al. A new frontier for quality of care in gynecologic oncology surgery: multi-institutional assessment of short-term outcomes for ovarian cancer using a risk-adjusted model. *Gynecol Oncol.* oct 2007;107(1):99-106.



DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :
- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : PELEPIN Prénom : Madeleine

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université


J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

" J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires et pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète "

Signature originale :


A Strasbourg, le 22/05/20

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.