



Comprendre le cancer de l'ovaire

Guide d'information et de dialogue
à l'usage des patientes et de leurs proches



pour la vie



Ce guide s'inscrit dans le cadre d'un programme
réalisé en partenariat avec



l'INSTITUT NATIONAL DU CANCER
52, avenue André Morizet
92513 Boulogne Billancourt CEDEX
Tél. : 33 (0)1 41 10 50 00

Courriel : contact@institutcancer.fr

Internet : www.e-cancer.fr

Copyright © FNCLCC 2007 - Réédition du guide 2002 - Tous droits réservés

Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC)

101, rue de Tolbiac 75013 Paris

Tél : 01 76 64 78 00 - Fax : 01 45 82 07 59

e-mail : fnclcc@fnclcc.fr - Internet : www.fnclcc.fr

La Ligue Contre Le Cancer

Tél. : 01 53 55 24 00 – Fax : 01 43 36 91 10

Internet : www.ligue-cancer.asso.fr

Cancer Info Service: 0 810 810 821

(Numéro Azur, prix d'un appel local)

Ce guide d'information et de dialogue a pour but d'aider les femmes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire et leurs proches à mieux comprendre la maladie et ses traitements.

Une information compréhensible et adaptée permet de mieux vivre la maladie. C'est la raison pour laquelle ce guide a été élaboré. Nous tentons d'expliquer, avec des mots que nous avons souhaités simples et clairs, ce que les médecins savent actuellement des cancers de l'ovaire, de leurs traitements et de leurs conséquences.

Comment utiliser ce guide ?

Ce document est constitué de chapitres qui se lisent de façon indépendante. Chaque chapitre peut être consulté en fonction des besoins d'information de chacun.

Les informations clés, situées à la fin de chaque chapitre, correspondent aux éléments essentiels identifiés et formulés par des patientes et d'anciennes patientes qui ont participé à l'élaboration de ce guide.

Des fiches complémentaires expliquent le déroulement pratique des différents examens et traitements ou proposent des informations plus détaillées sur certains aspects de la maladie. La liste de ces fiches se trouve dans le sommaire.

Un glossaire, situé à la fin du document, explique le vocabulaire médical employé dans ce guide, ainsi que les mots les plus souvent utilisés par les médecins et les équipes soignantes. Les mots du glossaire sont identifiés en mauve et par un astérisque dans le texte.

Sommaire

| | |
|---|----|
| Introduction | 4 |
| 1 Le cancer de l'ovaire | 10 |
| 2 Le diagnostic | 21 |
| 3 Les traitements possibles du cancer de l'ovaire | 28 |
| 4 La surveillance après les traitements | 49 |
| 5 Mieux vivre la maladie | 54 |

| | | |
|------------|---|------------|
| Fiche 1 : | <u>Les facteurs de risque du cancer de l'ovaire.....</u> | <u>70</u> |
| Fiche 2 : | <u>L'échographie.....</u> | <u>73</u> |
| Fiche 3 : | <u>Le scanner.....</u> | <u>75</u> |
| Fiche 4 : | <u>Les prélèvements.....</u> | <u>77</u> |
| Fiche 5 : | <u>Les différents professionnels de santé qui prennent en charge le cancer de l'ovaire.....</u> | <u>80</u> |
| Fiche 6 : | <u>La coéloscopie.....</u> | <u>82</u> |
| Fiche 7 : | <u>La chirurgie du cancer de l'ovaire au stade précoce.....</u> | <u>84</u> |
| Fiche 8 : | <u>La chirurgie du cancer de l'ovaire au stade avancé.....</u> | <u>89</u> |
| Fiche 9 : | <u>La chirurgie de réévaluation.....</u> | <u>93</u> |
| Fiche 10 : | <u>Les effets secondaires de la chimiothérapie.....</u> | <u>95</u> |
| Fiche 11 : | <u>Le casque réfrigérant.....</u> | <u>101</u> |
| Fiche 12 : | <u>Les cathéters.....</u> | <u>104</u> |
| Fiche 13 : | <u>Les différentes étapes du traitement par radiothérapie.....</u> | <u>109</u> |
| Fiche 14 : | <u>Les effets secondaires et les séquelles de la radiothérapie du cancer de l'ovaire. Comment les prévenir ?.....</u> | <u>112</u> |

Introduction



Une femme sur soixante-dix développe un cancer de l'ovaire au cours de sa vie. La vie - vie de famille, de couple et professionnelle -, s'en trouve profondément modifiée.

Grâce aux résultats de la recherche, on connaît mieux aujourd'hui le cancer de l'ovaire. Ces études ont permis d'améliorer son diagnostic et son traitement.

Toutes les femmes atteintes d'un cancer de l'ovaire n'ont pas le même cancer ; elles n'ont donc pas le même traitement. Le médecin propose à chaque patiente un traitement adapté à sa situation. C'est ce qui permet d'obtenir les meilleures chances de guérison.

■ Quel est l'objectif du guide ?

Ce guide a pour objectif de **faciliter le dialogue** entre la patiente et le médecin. Il a pour but d'aider les femmes et leurs proches à mieux **comprendre** la maladie et ses traitements.

Ce document peut permettre de retenir plus facilement les explications du médecin et de l'équipe soignante. Il est là pour aider à mieux poser ses questions. En effet, il est parfois difficile de formuler ce que l'on souhaite dire et de se souvenir de ce que l'on voulait demander.

Les guides **SOR SAVOIR PATIENT** ne se substituent pas aux informations proposées par les médecins et ne peuvent pas remplacer la relation individuelle et personnelle entre le médecin et la patiente.

Ces informations de ce guide peuvent être consultées à domicile, ce qui permet d'en discuter avec les membres de la famille ou de son entourage.

■ Comment ce guide a-t-il été élaboré ?

Ce guide « Comprendre le cancer de l’ovaire » est issu du projet **SOR SAVOIR PATIENT** (Standards, Options et Recommandations pour le Savoir des Patients), projet mené par la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC) et les 20 Centres de Lutte Contre le Cancer, en collaboration avec la Ligue Nationale Contre le Cancer, l’Institut National du Cancer (INCa), la Fédération Hospitalière de France (FHF) et la Société Française d’Oncologie Gynécologique (SFOG).

Le projet SOR SAVOIR PATIENT vise à améliorer la qualité des soins des patients atteints de cancer.

Les objectifs de ce projet sont :

- de mettre à la disposition des patients une information médicale validée et compréhensible ;
- de faire en sorte que les patients assimilent mieux les connaissances médicales essentielles concernant leur maladie et ses traitements ;
- de faciliter le dialogue entre les patients, leurs proches et le médecin ;
- de permettre aux patients de mieux participer aux choix de leurs traitements.

Les guides SOR SAVOIR PATIENT s’inscrivent dans une démarche d’éducation thérapeutique* du patient.

Les informations médicales du présent guide sont extraites d’un document scientifique élaboré par des experts spécialistes du cancer de l’ovaire, les « Standards, Options et Recommandations » (abrévés en SOR), et qui s’intitule « Tumeurs épithéliales malignes de l’ovaire ». Ce document médical, destiné aux médecins spécialistes, résume les résultats des recherches publiées dans les revues scientifiques dans le domaine du cancer. En effet, plus de 3 000 articles par mois sont publiés sur le cancer. Les résultats de la recherche permettent de définir les meilleurs traitements pour les différents types de cancer. On distingue les traitements Standards*, les Options* et les Recommandations*.

Introduction

Les SOR, qui existent pour différents types de cancer, ont pour objectif d'aider les médecins à choisir les meilleurs traitements pour leurs patients. Ces SOR, écrits pour des spécialistes, sont disponibles, soit sous forme d'un livret auprès de la FNCLCC, 101 rue de Tolbiac - 75013 PARIS - Tél : 01 76 64 78 00), soit sur le site Internet de la FNCLCC (www.fnclcc.fr).

Le guide « Comprendre le cancer de l'ovaire » est une version adaptée des SOR. Il s'agit d'une « traduction » en langage non scientifique de ce document. Ce travail a été réalisé par une équipe pluridisciplinaire qui associe des spécialistes du cancer, des professionnels paramédicaux, des chargés de missions en santé et des spécialistes du langage (voir *Membres du groupe de travail*).

Parallèlement, cette « traduction » a été ajustée aux besoins exprimés par des femmes atteintes de cancer de l'ovaire et leurs proches. Des patientes et d'anciennes patientes accompagnées de proches ont été associées à ce travail. Certaines d'entre elles ont participé à la rédaction de ce guide. Elles ont notamment élaboré les informations clés situées à la fin de chaque chapitre. Cette participation a permis d'enrichir considérablement ce guide à partir de leur expérience.

L'ensemble des informations médicales de ce guide a été validé par des spécialistes du cancer (voir *Membres du groupe de travail et Relecteurs*).

Les guides SOR SAVOIR PATIENT sont régulièrement mis à jour en fonction des nouveaux résultats de la recherche.

Le présent guide concerne les tumeurs épithéliales malignes de l'ovaire. Il n'aborde pas :

- d'autres formes de cancer de l'ovaire ;
 - les cancers métastatiques et le traitement des récidives ;
 - la prise en charge de la douleur et de la fatigue ;
 - les aspects sociaux liés au cancer comme les congés maladie, la prise en charge à 100 % par les caisses d'assurance maladie, le droit à une aide-ménagère, l'aide dont les proches peuvent bénéficier, etc.
- Ces thèmes seront abordés de façon détaillée dans d'autres guides d'information et de dialogue (voir *Guides SOR SAVOIR PATIENT*).

Membres du groupe de travail

Méthodologiste SOR SAVOIR PATIENT : L. Leichtnam, FNCLCC, Paris, (chargée de mission en santé).

J. Carretier, FNCLCC, Paris (méthodologiste SOR SAVOIR PATIENT, chargé de mission en santé) ; **A. Chevalier**, Centre Oscar Lambret, Lille (gynéco-oncologue) ; **J. Dauplat**, Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand (chirurgien) ; **V. Delavigne**, UMR CNRS 6065 Dyalang, Mont Saint Aignan / FNCLCC, Paris (linguiste) ; **B. Fervers**, FNCLCC, Paris (oncologue médicale, coordonnatrice des SOR) ; **H. Hoarau**, Institut Bergonié, Bordeaux (anthropologue) ; **P. Kerbrat**, Rennes (oncologue médical) ; **A. Lesoin**, Centre Oscar Lambret, Lille, (oncologue médicale) ; **C. Lhommé**, Institut Gustave Roussy, Villejuif (oncologue médicale) ; **E. Luporsi**, Centre Alexis Vautrin, Nancy (oncologue médicale statisticienne) ; **T. Philip**, Centre Léon Bérard, Lyon (pédiatre, directeur des SOR) ; **D. Querleu**, Centre Oscar Lambret, Lille (chirurgien) ; **P. Saltel**, Centre Léon Bérard, Lyon (psychiatre) ; **L. Thomas**, Institut Bergonié, Bordeaux (radiothérapeute) ; **P. Vennin**, Centre Oscar Lambret, Lille (oncologue médical) ; **M. Véron**, Paris (cadre infirmier) ; **J.J. Voigt**, Institut Claudius Regaud, Toulouse (pathologiste).

Patientes, anciennes patientes et proches qui ont contribué à l'élaboration du guide d'information et d'aide active du patient à sa prise en charge « Comprendre le cancer de l'ovaire » :

Mme ALIX-FRANÇOIS Roselyne, Montpellier (34), **Mme MARESELLE Louise**, Montigny en Gohelle (62), **M. et Mme MOREAU Michelle**, Valenciennes (59), **Mme DECOMBLE Josiane**, Paillancourt (59), **M. et Mme RIELLAND Anne-Marie**, Villeneuve D'ascq (59), **Mme TOUARD Janine**, Saint-André (59), **Mme LASSERE Georgette**, Saint Geours de Marenne (40), **M. et Mme FRIGOUT Françoise**, Misson (40) et les autres.

Introduction

Relecteurs

T. Bachelot, Centre Léon Bérard, Lyon ; **C. Bailly**, Centre Léon Bérard, Lyon ; **I. Barillot**, Centre G.F. Leclerc, Dijon ; **J.P. Basuyau**, Centre Henri Becquerel, Rouen ; **Y.J. Bignon**, Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand ; **A. Bremond**, Centre Léon Bérard, Lyon ; **D. Castaigne**, Institut Gustave Roussy, Villejuif ; **B. Chauvet**, Clinique Sainte-Catherine, Avignon ; **P. Chinet-Charrot**, Centre Henri Becquerel, Rouen ; **C. Cohen Solal**, Centre René Huguenin, Saint-Cloud ; **J. d'Anjou**, Centre Henri Becquerel, Rouen ; **D. Dargent**, Hôpital Edouard Herriot, Lyon ; **A. Daver**, Centre Paul Papin, Angers ; **A. de Gramont**, Hôpital Saint-Antoine, Paris ; **R. Delva**, Centre Paul Papin, Angers ; **J.P. Désir**, Centre G.F. Leclerc, Dijon ; **F. Eisinger**, Institut Paoli Calmettes, Marseille ; **M. Fabbro**, Centre Val d'Aurelle, Montpellier ; **A. Floquet**, Institut Bergonié, Bordeaux ; **E. Fondrinier**, Centre Paul Papin, Angers ; **L. Gladiéff**, Centre Claudius Regaud, Toulouse ; **F. Gomez**, Centre Léon Bérard, Lyon ; **J.P. Guastalla**, Centre Léon Bérard, Lyon ; **J.F. Heron**, Centre François Baclesse, Caen ; **D. Khayat**, Hôpital de la Pitié Salpêtrière, Paris ; **I. Krakowski**, Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-les-Nancy ; **J. Lansac**, CHU Bretonneau, Tours ; **S. Lasry**, Centre René Huguenin, Saint-Cloud ; **H. Lauche**, Clinique Clémentville, Montpellier ; **J.P. Le Bourgeois**, Hôpital Henri Mondor, Créteil ; **D. Lebrun-Jezekova**, Institut Jean Godinot, Reims ; **C. Lhommé**, Institut Gustave Roussy, Villejuif ; **G. Magnin**, CHU-Hôpital J. Bernard de la Milettrie, Poitiers ; **P. Martel**, Institut Claudius Regaud, Toulouse ; **E. Netter**, Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-les-Nancy ; **T.D. N'Guyen**, Institut Jean Godinot, Reims ; **P. Pautier**, Institut Gustave Roussy, Villejuif ; **T. Petit**, Centre Paul Strauss, Strasbourg ; **M.F. Pichon**, Centre René Huguenin, Saint-Cloud ; **M.A. Pratali**, Centre René Huguenin, Saint-Cloud ; **I. Ray-Coquard**, Centre Léon Bérard, Lyon ; **X. Sastre**, Institut Curie, Paris ; **L. Thomas**, Institut Bergonié, Bordeaux ; **P. Trouffleau**, Centre Alexis Vautrin, Nancy ; **P. Vandenbussche**, Lille ; **J.L. Verhaeghe**, Centre Alexis Vautrin, Nancy ; **R. Villet**, Hôpital Diaconesses, Neuilly-sur-Seine ; **B. Weber**, Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-les-Nancy.

Membres du comité d'organisation des SOR

T. Philip, directeur des SOR, pédiatre, FNCLCC, Paris; **B. Fervers**, directeur adjoint des SOR, coordinatrice des projets internationaux, oncologue médical, FNCLCC, Paris; **A. Bataillard**, coordinatrice des SOR spécialistes, médecin généraliste, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes); **L. Bosquet**, responsable des méthodologistes, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes); **S. Rousmans**, méthodologiste, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes); **C. El Guerche-Seblain**, méthodologiste, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes); **D. Kassab-Chahmi**, méthodologiste, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes); **F. Planchamp**, méthodologiste, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes); **S. Guillo**, méthodologiste, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes); **H. Cazeneuve**, chargé de projet, sociologue, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes); **E. Luporsi**, méthodologiste associée, oncologue médical, Centre Alexis Vautrin, Nancy (SOR spécialistes); **S. Theobald**, méthodologiste associé, médecin de santé publique, Centre Paul Strauss, Strasbourg (SOR spécialistes); **F. Farsi**, référent réseau, médecin de santé publique, Réseau Oncora, Lyon (SOR spécialistes); **J. Carretier**, coordinateur des SOR SAVOIR PATIENT, méthodologiste, chargé de mission en santé, FNCLCC, Paris (SOR SAVOIR PATIENT); **L. Leichtnam-Dugarin**, méthodologiste, chargée de mission en santé, FNCLCC, Paris (SOR SAVOIR PATIENT); **S. Brusco**, méthodologiste, chargée de mission en santé, FNCLCC, Paris (SOR SAVOIR PATIENT); **M. Déchelette**, méthodologiste, FNCLCC, Paris (SOR SAVOIR PATIENT); **V. Delavigne**, linguiste, FNCLCC, Paris (SOR SAVOIR PATIENT); **M. Rémy-Stockinger**, chargée de projet international, FNCLCC, Paris (Projets internationaux); **V. Millot**, assistante de gestion, FNCLCC, Paris (Projets internationaux); **L. Pretet**, assistante de gestion, FNCLCC, Paris (Service administratif); **A. Adon**, employée administrative, FNCLCC, Paris (Service administratif); **C. Prot**, technicienne documentaliste, FNCLCC, Paris (Documentation); **H. Borges-Paninho**, responsable de l'édition, FNCLCC, Paris (Service éditorial); **D. Gouvrit**, assistante de gestion, FNCLCC, Paris (Service éditorial); **E. Sabatier**, assistante de gestion, FNCLCC, Paris (Service éditorial)

Nous remercions toutes les personnes qui nous ont aidés à réaliser ce guide.

Le cancer de l'ovaire

| | |
|--|-----------|
| 1.1 Qu'est-ce que l'ovaire ? | 10 |
| 1.2 Qu'est-ce qu'un cancer ? | 12 |
| 1.3 Qu'est-ce qu'un cancer de l'ovaire ? | 13 |
| ■ Est-ce un cancer fréquent ? | 13 |
| ■ Existe-t-il différents types de cancer de l'ovaire ? | 14 |
| ■ Comment un cancer de l'ovaire peut-il évoluer ? | 15 |
| ■ Y a-t-il différents stades de cancer de l'ovaire ? | 16 |
| ■ Quels sont les symptômes du cancer de l'ovaire ? | 17 |
| ■ Peut-on dépister un cancer de l'ovaire ? | 18 |
| 1.4 Connaît-on les causes du cancer de l'ovaire ? | 19 |

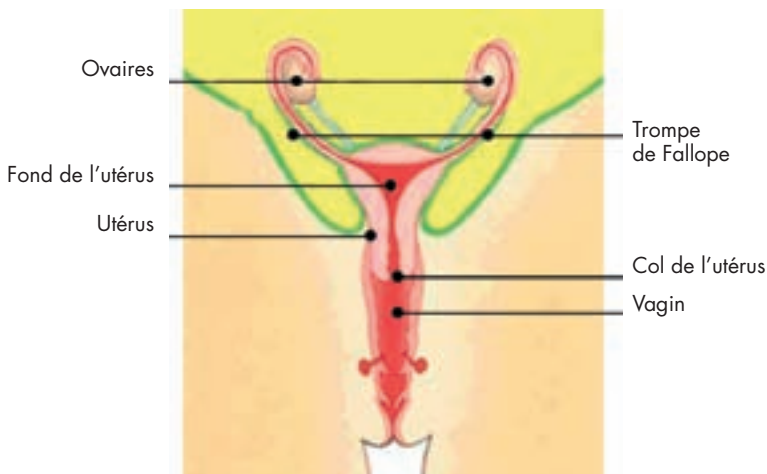
1.1 Qu'est-ce que l'ovaire ?

Les **ovaires*** font partie de l'appareil génital de la femme. Ils jouent un rôle important lors de la puberté. Chaque mois, ils produisent un **ovule*** et rendent ainsi possible une éventuelle grossesse.

Les ovaires sont des **glandes*** sexuelles féminines. Ils sont l'équivalent des testicules chez l'homme. Les ovaires sont situés dans la **cavité abdominale*** de part et d'autre de l'utérus. Ils mesurent environ 4 cm de longueur. Une série de ligaments les maintient en place entre la paroi de la **cavité pelvienne*** et l'utérus.

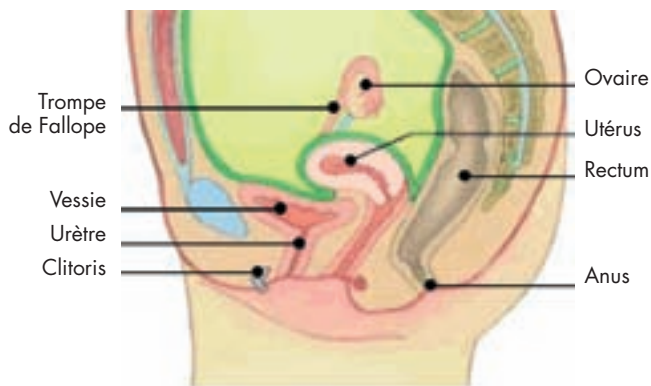
Entre la puberté et la **ménopause***, période pendant laquelle la femme a des règles, la fonction des ovaires est double :

- ils produisent les **hormones*** féminines (principalement les **œstrogènes*** et la **progestérone***) ;
- chaque mois, ils produisent un ovule.



L'appareil reproducteur féminin

Les deux principales hormones féminines produites par les ovaires sont responsables du développement des **caractères sexuels*** secondaires féminins : à l'adolescence, ce sont elles qui sont à l'origine du développement des seins, de la transformation de la silhouette, de la voix et de l'épaisseur des cheveux. De plus, ces hormones sexuelles contrôlent le cycle menstruel, permettent la grossesse et préparent les **glandes mammaires*** à l'allaitement.



L'appareil génital féminin

Le cancer de l'ovaire

Les ovaires permettent la reproduction chez la femme. Au cours de chaque cycle menstruel chez une femme non ménopausée, un ovule quitte l'un des ovaires et traverse les **trompes de Fallope*** pour s'acheminer jusque dans l'utérus. C'est l'ovulation. Au niveau des trompes de Fallope, l'ovule peut être fécondé par un spermatozoïde. S'il ne l'est pas, il se décompose et la muqueuse qui recouvre l'intérieur de l'utérus s'élimine avec du sang : ce sont les règles.

Dès qu'une femme approche de l'âge de la **ménopause***, l'ovulation cesse, les ovaires produisent moins d'hormones et les règles s'arrêtent progressivement. L'apparition de la ménopause est variable selon les femmes : elle peut apparaître vers 40 ans comme après 55 ans.

1.2 Qu'est-ce qu'un cancer ?

Le **cancer*** est une maladie de la **cellule***. C'est une maladie fréquente. D'une manière générale, une femme sur trois et un homme sur deux risquent de développer un cancer au cours de leur vie.

La cellule est l'unité de base de la vie. Il existe dans le corps plus de deux cents types de cellules différentes (cellules musculaires, cellules immunitaires, cellules nerveuses, etc.) qui ont chacun un rôle précis. C'est grâce à la multiplication des cellules que le corps humain peut grandir jusqu'à l'âge adulte, que les cellules mortes sont remplacées et que les blessures guérissent. Cette multiplication est tout à fait normale et indispensable à la vie.

Une cellule cancéreuse est une cellule qui a fait l'objet de plusieurs modifications. L'organisme répare normalement les modifications subies par les cellules, qu'elles soient accidentelles ou liées au vieillissement. Cependant, les capacités de l'organisme à réparer ces modifications et à éliminer les cellules anormales s'affaiblissent naturellement avec l'âge.

Il faut une accumulation de plusieurs modifications avant qu'une cellule devienne cancéreuse. Ce processus est lent et peut prendre plusieurs années. Une cellule devenue cancéreuse (on dit aussi **maligne***) a perdu ses capacités de réparation. Les modifications qu'elle a subies sont alors irréversibles. Cette cellule devenue anormale se met ensuite à se multiplier de façon incontrôlée dans un organe ou un **tissu*** du corps humain.

En se multipliant, les cellules cancéreuses finissent par former une masse que l'on appelle **tumeur maligne***. Il existe un grand nombre de cancers très différents tant au niveau de la localisation (cancer de l'ovaire, cancer du sein, cancer du poumon, cancer du côlon, etc.) que du type (il existe plusieurs sortes de cancer de l'ovaire par exemple). Tous les cancers ne se comportent pas de la même façon. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire d'envisager un traitement adapté à chacun. Tous les traitements ont pour but de supprimer les cellules cancéreuses.

Les cellules des **tumeurs*** malignes ont tendance à migrer dans d'autres parties du corps et y à développer de nouvelles tumeurs ; on parle alors de **métastases***. Le cancer de l'ovaire peut grossir longtemps localement et rester limité aux ovaires sans que les cellules cancéreuses n'atteignent les organes voisins.

En l'absence de traitement adapté, le cancer risque d'évoluer.

1.3 Qu'est-ce qu'un cancer de l'ovaire ?

Le cancer de l'ovaire est une maladie de l'appareil génital féminin. C'est souvent un cancer grave car il évolue sournoisement sans signe d'alerte. En effet, l'ovaire est un organe situé en profondeur dans la **cavité abdominale***. Les premiers **symptômes***, peu significatifs, n'attirent pas l'attention de la femme. Le diagnostic est donc très souvent fait à un stade relativement avancé.

■ Est-ce un cancer fréquent ?

Le cancer de l'ovaire (dit cancer ovarien ou tumeur ovarienne maligne) est le 5^{ème} cancer féminin après les cancers du sein, du côlon, de l'utérus et de l'estomac. Dans la plupart des cas, le cancer de l'ovaire concerne les femmes âgées de plus de 45 ans. Il se manifeste surtout entre 60 à 70 ans.

Actuellement, environ près de 4 000 nouveaux cas de cancer de l'ovaire sont diagnostiqués par an en France.

Le cancer de l'ovaire

■ Existe-t-il différents types de cancer de l'ovaire ?

L'ovaire est une **glande*** constituée de plusieurs **tissus*** différents. Chaque tissu peut donner naissance à une tumeur cancéreuse. Il existe donc différents types de cancer de l'ovaire.

Un cancer qui se développe à partir d'une glande est appelé un **adénocarcinome***. C'est le cas de la plupart des cancers de l'ovaire.

L'ovaire est recouvert d'une couche de cellules qui est en continuité avec le **péritoine***. Ces cellules forment une sorte d'enveloppe : l'épithélium. Les tumeurs de l'ovaire se développent dans 90 % des cas à partir de cet épithélium. On parle alors de tumeurs épithéliales malignes de l'ovaire.

Le présent guide « Comprendre le cancer de l'ovaire » ne concerne que les tumeurs épithéliales malignes de l'ovaire.

Un petit nombre de tumeurs de l'ovaire sont appelées « tumeurs frontières » (les médecins utilisent parfois le terme anglais *border line*). Les tumeurs frontières de l'ovaire sont des formes intermédiaires entre les **tumeurs bénignes*** et les cancers. Elles sont donc beaucoup moins agressives que les cancers. Les tumeurs frontières représentent entre 10 et 15 % des tumeurs de l'ovaire. Elles sont presque exclusivement traitées par chirurgie et généralement, elles guérissent très facilement.



■ Comment un cancer de l'ovaire peut-il évoluer ?

Un cancer peut se développer soit sur un ovaire, soit sur les deux.

Au début, le cancer se limite à l'ovaire (un seul ou les deux). La tumeur peut être diagnostiquée par un **examen clinique*** (en découvrant une masse à côté de l'utérus) ou par une **échographie***. On parle de **forme précoce du cancer de l'ovaire** ou encore de **forme localisée du cancer de l'ovaire** (voir § *Y a-t-il différents stades de cancer de l'ovaire ?* p. 16).

Le plus souvent, la tumeur de l'ovaire apparaît dans l'ovaire ou à sa surface sous la forme d'un **kyste***, c'est-à-dire d'une boule remplie de liquide.

Il existe plusieurs types de kystes. Les kystes fonctionnels sont des kystes **bénins*** de l'ovaire et sont assez fréquents. Ils sont différents des kystes cancéreux.

En se développant, la tumeur peut franchir la paroi du kyste sous forme d'excroissances (qu'on appelle des **végétations***) et se propager à la surface de l'ovaire. Les cellules cancéreuses ont alors tendance à quitter l'ovaire et à se propager à l'utérus, aux **trompes de Fallope*** ou aux autres organes de la **cavité pelvienne***. Cependant, on parle encore d'une **forme précoce du cancer de l'ovaire** (voir § *Y a-t-il différents stades de cancer de l'ovaire ?* p. 16).

En évoluant, des cellules cancéreuses peuvent s'échapper dans la **cavité péritonéale***, vers les ganglions ou vers d'autres organes hors de la cavité péritonéale. Dans ces trois cas, on est en présence d'une forme avancée du cancer de l'ovaire (voir § *Y a-t-il différents stades de cancer de l'ovaire ?* p. 16).

Lorsque les cellules cancéreuses se propagent dans la cavité péritonéale, elles peuvent se greffer un peu partout dans la cavité (on parle de « greffes cancéreuses péritonéales »), notamment sur les organes situés dans l'**abdomen*** (le foie par exemple). Elles provoquent en général une irritation du péritoine. Cette irritation produit du liquide : l'**ascite***. L'ascite peut être abondante (il peut y en avoir plusieurs litres) ; le ventre est alors gonflé.

Il arrive que l'ascite franchisse le **diaphragme*** et s'accumule dans la plèvre, ce qui provoque un épanchement (**pleurésie***).

Le cancer de l'ovaire

Les cellules cancéreuses peuvent aussi se propager dans les **ganglions*** lymphatiques situés en arrière du **péritoine*** (ganglions rétropéritonéaux). Lorsque les cellules s'accumulent dans ces ganglions, on dit qu'il existe un envahissement ganglionnaire. Ceci se produit parfois dans les formes de cancers en apparence limitées aux ovaires (10 à 15 % des cas). Cette propagation est beaucoup plus fréquente dans les formes avancées (60 à 70 % des cas).

De façon générale, les cancers de l'ovaire restent longtemps limités à la cavité abdominale. Toutefois, les cellules cancéreuses peuvent aussi se propager en dehors de la cavité abdominale (aux poumons ou au cerveau par exemple). On parle alors de **métastases***. Il ne s'agit pas d'un cancer du poumon ou du cerveau, mais de cellules du cancer de l'ovaire qui se sont développées dans ces organes.

Les formes avancées sont très fréquentes car les symptômes du cancer de l'ovaire ne sont pas particuliers au cancer de l'ovaire et ne facilitent donc pas un diagnostic précoce.

■ Y a-t-il différents stades de cancer de l'ovaire ?

Lorsque le médecin a diagnostiqué un cancer de l'ovaire, il a besoin d'en connaître le **stade d'évolution***. Le **pronostic*** et le choix du traitement en dépendent. En effet, cela permet de savoir si le cancer s'est propagé et, si c'est le cas, dans quelle(s) partie(s) du corps.

On distingue quatre stades de cancer de l'ovaire. Ces stades sont déterminés par l'**examen anatomo-cyto-pathologique*** de prélèvements. Ces prélèvements sont réalisés le plus souvent pendant la chirurgie ou parfois lors d'une consultation (ponction du **liquide pleural*** et/ou de l'**ascite*** et/ou ponction dans les ganglions).

Stade 1 : le cancer est limité à un ou aux deux ovaires sans atteindre d'autres organes.

Stade 2 : le cancer a atteint d'autres organes proches de l'ovaire à l'intérieur du **bassin*** (utérus, **trompes de Fallope*** par exemple).

Les stades 1 et 2 sont appelés stades ou formes précoces (localisées) du cancer de l'ovaire.

Stade 3 : le cancer s'est étendu à d'autres endroits de l'**abdomen*** (cas le plus fréquent) ou aux **ganglions* lymphatiques***.

Stade 4 : le cancer s'est propagé dans le foie ou à l'extérieur de l'abdomen.

Les stades 3 et 4 sont appelés stades ou formes avancés du cancer de l'ovaire.

■ Quels sont les symptômes du cancer de l'ovaire ?

Les symptômes du cancer de l'ovaire ressemblent à ceux d'autres maladies, gynécologiques ou non, qui ne sont pas des cancers. Ceci rend son diagnostic difficile.

Les principaux symptômes du cancer de l'ovaire sont :

- une sensation de poids au niveau du ventre ;
- une augmentation du volume de l'abdomen liée soit au développement de la tumeur, soit à la présence d'**ascite*** ;
- des douleurs pelviennes liées à l'ascite et à l'atteinte d'une partie du **péritoine*** (l'**épiploon***) ;
- une douleur aiguë liée à certains mouvements qui déplacent la tumeur.

Mais d'autres symptômes non spécifiques d'un cancer de l'ovaire peuvent se manifester, tels que :

- des troubles gynécologiques (règles irrégulières ou inexistantes, tension des seins et/ou douleur avant les règles, hémorragies utérines, relations sexuelles douloureuses) ;
- des troubles digestifs (perte d'appétit, nausées, diarrhée ou constipation, gaz, ballonnements abdominaux, digestion difficile, sensation de satiété rapide même après un repas léger, sensation de ventre dur) ;
- des picotements du bas-ventre ;
- des signes d'atteinte hors de l'abdomen : ganglions volumineux, **pleurésie*** ;
- des signes de compression de l'appareil urinaire (envies fréquentes d'uriner, fuites des urines lors d'efforts ou en toussant, etc.).

La patiente ne doit pas hésiter à consulter son médecin si elle présente depuis peu l'un de ces symptômes et qu'il persiste.



Le cancer de l'ovaire

Seul le médecin peut déterminer la cause exacte de ces troubles.

Les formes précoces du cancer de l'ovaire sont découvertes soit fortuitement (une anomalie est détectée à l'occasion d'un examen gynécologique ou d'une **échographie***), soit à cause d'une gêne provoquée par certaines tumeurs volumineuses (douleurs, compressions au niveau de la **cavité pelvienne***) ou d'une complication (torsion de l'ovaire par exemple).

Le cancer de l'ovaire est très difficile à détecter. **Le cancer de l'ovaire précoce provoque rarement des symptômes et n'amène donc pas la patiente à consulter.** Quand les symptômes apparaissent, le cancer est très souvent sous une **forme avancée** (stades 3 et 4) (voir § *Comment un cancer de l'ovaire peut-il évoluer ?* p. 15).

La gravité du cancer n'est pas directement liée au volume de la tumeur. Une tumeur peut être volumineuse et entraîner certains symptômes, mais elle peut être peu agressive.

■ Peut-on dépister un cancer de l'ovaire ?

Un dépistage consisterait à rechercher systématiquement chez toutes les femmes en bonne santé apparente les **signes*** ou les **symptômes*** qui pourraient révéler un cancer de l'ovaire.

Le **dépistage*** des cancers de l'ovaire a fait l'objet de nombreuses études ces dernières années. Du fait du manque de précision des examens actuels, **les conclusions de ces études à l'heure actuelle sont de ne pas proposer de dépistage systématique d'un cancer de l'ovaire, que les femmes soient ménopausées ou non.**

1.4 Connait-on les causes du cancer de l'ovaire ?

Certaines femmes atteintes d'un cancer de l'ovaire cherchent à un moment donné de leur maladie à savoir pourquoi elles ont développé ce cancer.

« Pourquoi ai-je un cancer de l'ovaire ? » n'est pas seulement une question qui intéresse les patientes. Les médecins souhaiteraient également pouvoir répondre à cette question.

Grâce aux études scientifiques, on connaît mieux aujourd'hui certains mécanismes de développement des cancers. Cependant, malgré ces connaissances, il est très difficile, voire impossible, de savoir exactement pourquoi un individu a développé un cancer. En effet, les causes en sont multiples.

Des études scientifiques ont cherché à savoir si certaines caractéristiques propres à l'individu ou à des comportements et habitudes de vie sont observées plus fréquemment chez des femmes ayant développé un cancer de l'ovaire que chez les autres femmes. On appelle ces caractéristiques des **facteurs de risque***.

Même si la présence d'un ou de plusieurs de ces facteurs peut favoriser le développement d'un cancer de l'ovaire, il faut savoir que ces facteurs augmentent généralement assez peu le risque : une femme qui possède une ou plusieurs de ces caractéristiques peut ne jamais développer un cancer. En revanche, il est possible qu'une femme n'ayant aucune de ces caractéristiques en soit atteinte. Les facteurs de risque ne permettent donc pas de déterminer les causes exactes à l'origine d'un cancer de l'ovaire chez une femme.

Des informations détaillées sur les facteurs de risque se trouvent dans la fiche 1 : *Les facteurs de risque du cancer de l'ovaire* p. 70.



Informations clés formulées par des patientes

- Le cancer de l'ovaire est un cancer de l'appareil génital de la femme. Il peut toucher un ovaire ou les deux ovaires. Il est difficile à détecter car bien caché au fond de la cavité abdominale. C'est une maladie qui endommage les cellules de l'ovaire qui se multiplient, ce qui donne une tumeur. La tumeur peut être volumineuse mais pas forcément plus agressive qu'une tumeur de petite taille.
- Les mécanismes par lesquels un cancer de l'ovaire se développe sont connus. Cependant, on ne sait pas exactement pourquoi un cancer survient chez une femme.
- Chaque cancer de l'ovaire est différent. Il en existe plusieurs types, à des stades d'évolution variés. Chaque cancer nécessite donc un traitement approprié et individuel.



Notes personnelles

| | |
|---|-----------|
| 2.1 Comment le médecin établit-il le diagnostic ? | 21 |
| 2.2 Comment la consultation médicale se passe-t-elle ? | 22 |
| ■ L'interrogatoire | 22 |
| ■ L'examen clinique | 23 |
| 2.3 Quels sont les objectifs des examens complémentaires ? | 23 |
| ■ Les examens radiologiques | 23 |
| ■ Les prélèvements chirurgicaux | 25 |
| ■ Le dosage des marqueurs tumoraux | 26 |

2.1 Comment le médecin établit-il le diagnostic ?

Un cancer de l'ovaire est souvent découvert par un gynécologue* ou parfois par un gastroentérologue* notamment lorsque la tumeur comprime le tube digestif (le cancer est alors à un stade avancé).

Un cancer de l'ovaire peut également être découvert lors d'une consultation chez le médecin traitant (pour une augmentation du volume de l'abdomen par exemple) ou lors d'une intervention chirurgicale.

Si le médecin note une anomalie ou une augmentation du volume des ovaires, il va réaliser différents examens afin de déterminer s'il s'agit ou non d'un cancer de l'ovaire. C'est ce qu'on appelle un bilan* diagnostique. S'il s'agit d'un cancer de l'ovaire, le bilan a également pour but de préciser sa taille et son extension*.

Le bilan diagnostique repose sur une consultation médicale, des examens et une chirurgie. Il peut être réalisé par différents médecins spécialistes : gynécologue*, chirurgien, cancérologue*. **Seuls une chirurgie et les résultats de l'examen au microscope de la tumeur (l'examen anatomo-cyto-pathologique*) permettent de confirmer ou non le diagnostic* et de déterminer le stade du cancer de l'ovaire.**

Ce chapitre permet de repérer les étapes nécessaires au bilan diagnostique. Il explique le déroulement de la consultation et des différents examens qui peuvent être envisagés. Certains examens sont systématiques ; d'autres dépendent de l'anomalie découverte et de l'état général de la patiente.

Le délai entre la découverte de quelque chose d'anormal et le début d'un traitement peut parfois sembler très long. Ce temps est nécessaire pour réaliser les examens, établir le diagnostic et définir le traitement adapté.

L'ensemble des examens du bilan diagnostique permet d'élaborer un **plan thérapeutique***, c'est-à-dire de proposer à la patiente le ou les traitement(s) adapté(s) à sa situation et la meilleure façon de le(s) réaliser.

Si le cancer est diagnostiqué et traité au moment où seuls les ovaires sont touchés, les chances de guérison sont plus élevées.

2.2 Comment la consultation médicale se passe-t-elle ?

Pendant la consultation, le médecin interroge et examine la patiente.

■ L'interrogatoire



Lors de la consultation médicale, le médecin commence par interroger la patiente sur ses **antécédents*** médicaux et/ou chirurgicaux et/ou gynécologiques personnels ainsi que sur ses antécédents familiaux. Il lui pose des questions sur ses symptômes actuels qui peuvent l'orienter dans le bilan diagnostique.

C'est la raison pour laquelle il est important de mentionner tous les symptômes au médecin. Néanmoins, ils peuvent ne pas correspondre à un cancer.

Après cet interrogatoire, le médecin réalise un **examen clinique***.

■ L'examen clinique

L'examen clinique aide le médecin à orienter son diagnostic.

Le médecin regarde, examine, palpe, ausculte la patiente, c'est-à-dire qu'il écoute le bruit fait par les poumons et le cœur, et il recherche tous les **signes*** anormaux que la femme a ou non remarqués.

L'examen clinique comprend quatre éléments :

- un examen gynécologique complet qui inclut un toucher vaginal et un **toucher rectal*** pour palper les ovaires (un **frottis vaginal*** ne permet pas de diagnostiquer un cancer de l'ovaire) ;
- une palpation de l'**abdomen*** ;
- une palpation des **ganglions*** ;
- un examen général qui comprend un examen des seins.

Parfois, l'examen clinique est tout à fait normal ; on dit qu'il est "négatif". Cependant, certaines anomalies ne sont pas palpables. C'est la raison pour laquelle le médecin demande souvent des examens complémentaires.

2.3 Quels sont les objectifs des examens complémentaires ?

Les examens complémentaires ont deux fonctions essentielles. Ils permettent notamment de :

- rechercher une tumeur pour orienter le diagnostic ;
- réaliser un **bilan*** d'extension. Lorsque le médecin suspecte un cancer de l'ovaire, le bilan d'extension recherche si le cancer s'est propagé à d'autres organes situés dans la cavité abdominale, comme le foie, ou en dehors de la cavité abdominale.

Les examens complémentaires les plus courants sont des examens radiologiques, des prélèvements et un dosage des marqueurs tumoraux.

■ Les examens radiologiques

Les **examens radiologiques*** sont des examens qui permettent d'obtenir des images de l'intérieur du corps ou des organes à l'aide de différents appareils. On les appelle aussi les « examens d'imagerie ».

Le diagnostic

Si le médecin a suspecté une tumeur de l'ovaire lors de l'examen clinique, il demande qu'une **échographie*** soit faite afin de vérifier son diagnostic. L'échographie peut être réalisée par voie sus-pubienne (le médecin pose la sonde sur la peau au-dessus du pubis) ou par voie transvaginale (le médecin introduit la sonde dans le vagin). Cet examen est indolore (voir fiche 2 : *L'échographie* p. 73).

Comme le diagnostic est difficile à faire, le médecin peut demander d'autres examens. Le plus souvent, un examen tomodensitométrique (scanner ou TDM) (voir fiche 3 : *Le scanner* p. 75) ou parfois, une imagerie par résonance magnétique (**IRM***) sont réalisés.

Ces examens ne sont pas réalisés de façon systématique. Le médecin ne les demande qu'en fonction des résultats de l'examen clinique et du stade de la maladie.



L'échographie de l'ovaire

■ Les prélèvements chirurgicaux

Quand le médecin suspecte un cancer de l'ovaire et en présence d'une anomalie décelée lors de l'examen clinique et sur les images des examens radiologiques, une chirurgie est en général nécessaire pour confirmer le diagnostic de cancer de l'ovaire. L'exploration de la cavité abdominale par le chirurgien (par **laparotomie*** ou par **coelioscopie***) et les prélèvements qu'il fait au niveau du **péritoine*** et des ovaires permettent de confirmer ou non le diagnostic de cancer de l'ovaire. A la suite de l'opération, les prélèvements sont examinés au microscope lors d'un examen **anatomo-cyto-pathologique***.

Il arrive que les prélèvements soient examinés au microscope pendant l'opération : on parle alors d'**examen extemporané***.

L'examen anatomo-cyto-pathologique n'est pas un traitement. C'est un examen qui consiste à étudier au microscope des **cellules*** et des **tissus*** prélevés au niveau de l'ovaire et dans d'autres parties de l'abdomen. Cet examen donne des informations précises concernant le type de cancer de l'ovaire et ses caractéristiques.

On distingue deux types d'examens au microscope : la **cytologie*** (examen de cellules) et l'**histologie*** (examen de tissus). Les deux examens sont réalisés par un médecin spécialiste, le **pathologiste***. Seul l'examen histologique permet d'éliminer ou d'affirmer de façon

définitive le diagnostic de cancer. Si l'examen révèle des signes de cancer et si l'ablation complète de la ou des tumeurs est possible, le chirurgien opère immédiatement.



L'examen au microscope

L'examen anatomo-cyto-pathologique fait lors de l'opération (examen extemporané) ne permet pas toujours de préciser la nature de la tumeur et ne remplace donc pas l'examen anatomo-cyto-pathologique définitif qui est systématiquement réalisé après l'opération. Celui-ci permet de déterminer le **stade d'évolution*** et le **grade*** (agressivité) du cancer.

Des informations détaillées sur les prélèvements se trouvent dans la fiche 4 : *Les prélèvements* p. 77.

■ Le dosage des marqueurs tumoraux

Les cellules du corps libèrent parfois dans le sang des substances particulières. Les cellules de certaines tumeurs peuvent, elles aussi, libérer des quantités plus ou moins importantes de ces substances. Pour cette raison, elles sont appelées **marqueurs tumoraux***. Leur dosage nécessite une prise de sang.

Lors de la première consultation, le médecin ne prescrit pas systématiquement des prises de sang. Ce n'est qu'en fonction des résultats des autres examens (examen clinique, examens radiologiques, examen anatomo-cyto-pathologique) et des traitements envisagés que des prises de sang sont effectuées.

Il existe différents types de marqueurs tumoraux. Ils dépendent de la tumeur. Le principal marqueur tumoral du cancer de l'ovaire porte le nom de CA 125 (parfois, le marqueur CA 19-9 est également dosé).

D'autres examens complémentaires peuvent être réalisés lors du bilan d'extension, notamment :

- une **radiographie*** des poumons ;
- un dosage d'hormones (œstrogènes, HCG) ou, dans certains cas, d'une protéine appelée alpha-fœto-protéine, notamment chez la femme jeune ;
- une ponction de cellules lorsqu'il y a un épanchement au niveau de la **plèvre*** ou de l'**ascite***.



Informations clés formulées par des patientes

- La découverte du cancer de l'ovaire est faite le plus souvent par le gynécologue ou à l'occasion d'examens radiologiques réalisés en fonction des symptômes abdominaux. Le cancer de l'ovaire est parfois difficile à détecter car il est situé en profondeur dans le ventre.
- Le bilan diagnostique a pour but de déterminer s'il existe des signes de suspicion d'un cancer de l'ovaire et son extension. Lors de la consultation, le médecin interroge et examine la patiente. Il prescrit souvent des examens complémentaires.
- L'examen complémentaire le plus courant est l'échographie. Mais elle n'est pas toujours suffisante. Le médecin demande alors d'autres examens radiologiques (scanner, etc.). Un prélèvement de tissus réalisé lors de la chirurgie permet son examen au microscope : l'étude des tissus prélevés au niveau de l'anomalie permet d'établir de façon précise et définitive le diagnostic de cancer.
- En fonction des résultats du bilan diagnostique et/ou d'extension, le médecin propose un traitement adapté.



Notes personnelles

| | |
|--|-----------|
| 3.1 Quels sont les traitements possibles du cancer de l'ovaire ? | 29 |
| ■ Quel est l'ordre des traitements ? | 30 |
| ■ Comment est fait le choix des traitements ? | 30 |
| 3.2 Qu'est-ce que la chirurgie ? | 32 |
| ■ La chirurgie du cancer de l'ovaire au stade précoce | 34 |
| ■ La chirurgie du cancer de l'ovaire au stade avancé | 35 |
| ■ La chirurgie de réévaluation (ou chirurgie de <i>second look</i>) | 35 |
| ■ Quels sont les effets secondaires les plus fréquents de la chirurgie du cancer de l'ovaire ? | 36 |
| 3.3 Qu'est-ce qu'une chimiothérapie ? | 39 |
| ■ Quand le médecin propose-t-il une chimiothérapie complémentaire ? | 39 |
| ■ Y a-t-il différents types de médicaments de chimiothérapie ? | 40 |
| ■ Quand, comment et où faire une chimiothérapie ? | 41 |
| ■ Quels sont les effets secondaires les plus fréquents d'une chimiothérapie ? | 42 |
| ■ Comment réduire les effets secondaires d'une chimiothérapie ? | 43 |
| 3.4 Qu'est-ce qu'une radiothérapie ? | 45 |
| ■ Quels sont les objectifs d'une radiothérapie ? | 46 |
| ■ A qui peut-être proposée une radiothérapie ? | 46 |
| ■ Quelles sont les différentes étapes du traitement par radiothérapie ? | 47 |
| ■ Quels peuvent être les effets secondaires et les séquelles d'une radiothérapie ? | 47 |

3.1 Quels sont les traitements possible du cancer de l'ovaire ?

Les traitements d'un cancer de l'ovaire ont pour but de supprimer les cellules cancéreuses. Il existe différents traitements : la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie.

La chirurgie est le traitement le plus utilisé pour soigner les cancers de l'ovaire. **C'est le traitement standard* du cancer de l'ovaire.**

Le but de la chirurgie du cancer de l'ovaire est triple :

- confirmer le diagnostic de cancer de l'ovaire ;
- établir avec précision le **bilan*** d'extension de la maladie en faisant des prélèvements dans la cavité abdominale à tous les endroits que la tumeur peut avoir touchés (l'épiploon*, l'utérus, les **ganglions***, les intestins) ;
- enlever la ou les tumeur(s).

La chirurgie est ce qu'on appelle un **traitement loco-régional*** du cancer. L'objectif de ce traitement est d'enlever la tumeur et les éventuelles **greffes cancéreuses*** dans l'abdomen, c'est-à-dire les endroits qui auraient pu être atteints par les cellules cancéreuses.

Le traitement chirurgical est souvent associé à d'autres traitements comme la chimiothérapie ou la radiothérapie.

La chimiothérapie* est un traitement qui consiste à utiliser des médicaments contre les cellules cancéreuses (par injection dans les veines le plus souvent). C'est un traitement du cancer par **voie générale***, c'est-à-dire qu'il agit sur l'ensemble du corps. La chimiothérapie est utilisée en complément de la chirurgie. La chirurgie ayant ôté le plus possible de cellules cancéreuses visibles, la chimiothérapie vise à détruire toutes les cellules cancéreuses restantes, qu'elles soient visibles ou non, et améliore ainsi les chances de guérison (voir chap. *Qu'est-ce qu'une chimiothérapie* p. 39).

La radiothérapie* est parfois utilisée pour le traitement du cancer de l'ovaire. C'est un traitement loco-régional complémentaire à celui de la chirurgie. Dans ce type de traitement, l'ensemble de la cavité abdominale est exposé aux **rayons*** (voir chap. *Qu'est-ce qu'une radiothérapie* p. 45).

Les traitements possibles du cancer de l'ovaire

De nombreux professionnels de santé composent l'équipe soignante chargée de s'occuper de la patiente. Elle rencontre plusieurs d'entre eux au cours de ses visites à l'hôpital. L'équipe associe le plus souvent le chirurgien, le gynécologue*, l'oncologue* médical (ou chimiothérapeute*), le radiothérapeute*, le radiologue*, le pathologiste* et l'anesthésiste. La fiche 5 : *Les différents professionnels de santé qui prennent en charge le cancer* p. 80, permet de mieux les repérer.

Il est conseillé de traiter un cancer de l'ovaire dans des centres qui offrent une équipe pluridisciplinaire dans les traitements des cancers.

■ Quel est l'ordre des traitements ?

Le traitement du cancer de l'ovaire commence généralement par une intervention chirurgicale. Le plus souvent, une chimiothérapie est effectuée en complément de la chirurgie. Lorsqu'une chimiothérapie de complément est nécessaire, elle peut débuter deux à trois semaines après la chirurgie.

Parfois, une chimiothérapie est nécessaire avant la chirurgie ; on parle alors de chimiothérapie préopératoire. Cette chimiothérapie a pour but de diminuer la taille de la tumeur et donc de faciliter la chirurgie en réduisant la tumeur.

L'ordre des traitements du cancer de l'ovaire est défini par l'équipe médicale pluridisciplinaire en fonction du stade de la maladie et de l'état général de la patiente. Les traitements sont souvent lourds et difficiles à vivre, mais efficaces.

Selon la sensibilité individuelle, les traitements entraînent certains effets secondaires* très variables d'une patiente à l'autre. Ils peuvent être plus ou moins accentués en fonction des traitements utilisés. Les effets secondaires ne sont pas le signe que le traitement est efficace ou inefficace.

■ Comment est fait le choix du traitement ?

Le choix du ou des traitement(s) approprié(s) repose sur les résultats des études cliniques. Ces résultats ont permis d'acquérir certaines connaissances et de définir les meilleurs traitements pour soigner les

patientes. L'objectif des études cliniques est de tester et d'évaluer de nouveaux traitements ou de nouvelles associations de traitements et/ou le meilleur ordre d'utilisation de ces traitements, puis de comparer leurs avantages et inconvénients aux traitements habituellement utilisés.

Lorsque ces études ont montré que, pour une situation donnée, il existe un traitement qui présente des avantages supérieurs aux autres traitements, on parle de traitement **standard***. Il s'agit du traitement de référence dans cette situation. Le traitement standard est alors proposé de façon systématique dans une situation donnée. Il arrive cependant que le médecin ne puisse pas appliquer le traitement standard du fait de facteurs particuliers liés à la patiente ou à sa maladie. Le médecin propose alors un ou plusieurs traitements mieux adaptés à la situation.

Souvent, plusieurs traitements ont des bénéfices et des inconvénients comparables. Les études scientifiques n'ont pas pu identifier un traitement dont les avantages et les inconvénients seraient clairement préférables à ceux des autres traitements. Il existe alors plusieurs possibilités de traitement, appelées **options*** thérapeutiques.



La décision pluridisciplinaire

Les traitements possibles du cancer de l'ovaire

Le choix des traitements tient compte de plusieurs critères :

- le type de cancer et son **stade d'évolution*** ;
- l'âge de la patiente ;
- l'état de santé et les **antécédents médicaux et chirurgicaux*** de la patiente ;
- l'avis et les souhaits de la patiente.

Le choix des traitements proposés à la patiente est fait par l'équipe pluridisciplinaire.

Le médecin explique les avantages et les inconvénients du ou des traitements que l'équipe propose à la patiente afin de choisir avec elle le traitement le mieux adapté à sa situation.

Dans certains cas, le médecin peut proposer à la patiente de participer à un **essai thérapeutique***. Un essai thérapeutique est réalisé uniquement si les médecins pensent que le nouveau traitement peut apporter un avantage par rapport aux traitements habituellement utilisés (meilleures chances de guérison, diminution des **effets secondaires***, amélioration de la qualité de vie).

Le médecin explique alors les objectifs et les bénéfices attendus de l'étude, le ou les traitements utilisés et leurs effets secondaires éventuels, ainsi que les examens de surveillance à réaliser. Seules les patientes qui le souhaitent participent à un essai thérapeutique. La patiente doit donner son accord par écrit. Elle peut revenir sur sa décision à tout moment et quitter l'étude. Le traitement sera alors celui proposé initialement en dehors de l'étude.

Ce sont les essais thérapeutiques qui permettent d'effectuer des progrès scientifiques pour mieux traiter les cancers.

La patiente ne doit pas hésiter à dialoguer avec son médecin. Il est important qu'elle pose au médecin les questions qui la préoccupent. Il peut être utile d'écrire à l'avance une liste de questions pour mieux s'en souvenir au moment de la consultation.

3.1 Qu'est-ce que la chirurgie ?

Le traitement d'un cancer de l'ovaire par la chirurgie consiste à enlever le maximum du volume de la tumeur cancéreuse. **C'est le traitement standard* du cancer de l'ovaire.**

Chaque cancer de l'ovaire est particulier et nécessite donc une chirurgie adaptée. La patiente doit être prise en charge par une équipe **médicochirurgicale*** entraînée à cette chirurgie.

Pour accéder à la tumeur, quel que soit le type de chirurgie adopté, le chirurgien fait une incision en partant du nombril jusqu'au bas du ventre. Cette incision s'appelle une **laparotomie***. Parfois, une incision plus large est nécessaire et se prolonge alors au-dessus du nombril. Une incision horizontale au niveau du bas-ventre, qui serait plus « esthétique », ne permet pas de bien explorer toute la cavité abdominale ; elle est déconseillée.

Quelquefois, le chirurgien commence par une **coélioscopie***. La coélioscopie est une technique d'examen de la cavité abdominale. Cet examen se réalise à l'aide d'un appareil optique muni d'une caméra vidéo. L'appareil, appelé **endoscope***, permet de visualiser la cavité abdominale. L'introduction de l'appareil se fait par trois petites incisions près du nombril. La coélioscopie permet de faire divers **prélèvements*** dans la tumeur (**biopsie***, **ponction*** cytologique). Les prélèvements sont ensuite examinés au microscope pour confirmer ou non le diagnostic de cancer. On parle alors de coélioscopie diagnostique.

En fonction de ce que le médecin découvre, il adapte la chirurgie au cours de l'opération. Si aucune cellule cancéreuse n'est repérée dans les prélèvements, il ne s'agit pas d'un cancer de l'ovaire et l'intervention chirurgicale est adaptée à ce qui est découvert.

Si des cellules cancéreuses se trouvent dans les prélèvements, le chirurgien peut être amené à réaliser une laparotomie afin d'enlever la ou les tumeur(s). La patiente est systématiquement informée de cette possibilité avant la coélioscopie. C'est uniquement après avoir obtenu son accord que le chirurgien débute la coélioscopie (voir fiche 6 : *La coélioscopie* p. 82).

Les traitements possibles du cancer de l'ovaire

Une consultation pré-anesthésique est obligatoire avant tout acte chirurgical. Le médecin anesthésiste interroge la patiente sur ses **antécédents médicaux et chirurgicaux***. Il est important qu'elle lui signale toute prise de médicaments et tout problème de santé, en particulier les allergies (asthme, eczéma, rhume des foins, etc.), les problèmes cardiaques (hypertension par exemple), etc. Cette consultation comporte également une prise de sang, un **électrocardiogramme*** et une **radiographie*** des poumons.

On distingue deux situations

Lorsque le chirurgien découvre que la tumeur est en apparence localisée uniquement au niveau d'un ou des deux ovaires, il s'agit d'un cancer de l'ovaire limité à un ou deux ovaires. C'est un cancer de l'ovaire au **stade précoce**.

Lorsque le chirurgien découvre que les cellules cancéreuses se sont propagées dans la cavité abdominale ou dans les **ganglions***, il s'agit d'un cancer de l'ovaire dans sa **forme avancée**.

La chirurgie d'un cancer de l'ovaire découvert au stade précoce est différente de la chirurgie d'un cancer de l'ovaire découvert dans sa forme avancée.

■ **La chirurgie du cancer de l'ovaire au stade précoce**

La chirurgie du cancer de l'ovaire au stade précoce est différente si la femme désire des grossesses ou si elle est ménopausée ou ne désire plus de grossesse.

Chez la femme ménopausée ou chez la femme ne désirant plus de grossesse, le chirurgien enlève les deux ovaires et l'utérus après avoir examiné l'ensemble des organes de la cavité abdominale. Il réalise ensuite systématiquement des prélèvements pour s'assurer qu'il s'agit bien d'une forme de cancer limitée aux ovaires.

Cette opération est détaillée dans la fiche 7 : *La chirurgie du cancer de l'ovaire au stade précoce* p. 84.

Chez une femme désirant des grossesses, deux situations peuvent se présenter :

- **lorsqu'une tumeur est découverte uniquement sur un ovaire**, le chirurgien commence le plus souvent par effectuer des prélèvements sur l'ovaire. Si l'**examen extemporané*** confirme la présence de cellules cancéreuses, il enlève alors l'ovaire sur lequel ces cellules ont été trouvées. On parle d'ovariectomie unilatérale. Il procède ensuite à une exploration soigneuse de toute la cavité péritonéale et des ganglions ainsi qu'à des **prélèvements*** par **biopsie***. Cette opération est détaillée dans la fiche 7 : *La chirurgie du cancer de l'ovaire au stade précoce* p. 84 ;
- **lorsqu'une ou plusieurs tumeurs sur les deux ovaires sont détectées**, il est nécessaire d'enlever les deux ovaires. Le chirurgien peut conserver l'utérus après l'avoir examiné pendant l'opération. Le déroulement de l'opération est détaillée dans la fiche 7 : *La chirurgie du cancer de l'ovaire au stade précoce* p. 84.

■ La chirurgie du cancer de l'ovaire au stade avancé

La chirurgie du cancer de l'ovaire dans sa forme avancée est souvent une chirurgie importante. Elle nécessite une grande expérience du chirurgien.

Après avoir eu confirmation du diagnostic de cancer par une **biopsie***, le chirurgien enlève les deux ovaires, les **trompes de Fallope***, l'utérus, ainsi que l'**épiploon*** en totalité jusqu'à l'estomac. Il examine ensuite tous les organes présents dans la cavité abdominale et prélève des ganglions. Parfois, le chirurgien doit enlever une partie de l'intestin.

Les détails de cette opération se trouvent dans la fiche 8 : *La chirurgie du cancer de l'ovaire au stade avancé* p. 89.

■ La chirurgie de réévaluation (ou chirurgie de *second look*)

La chirurgie d'un cancer de l'ovaire, que celui-ci soit à un stade précoce ou avancé, est le plus souvent suivie de six cures de chimiothérapie. Après ces six cures, un nouveau bilan complet est réalisé. Le plus souvent, et en particulier si la première chirurgie a été complète, le bilan est normal. Cela correspond à une *rémission** complète. Cependant, même dans ces cas-là, on ne peut pas être sûr qu'il ne reste pas ici ou là des cellules cancéreuses, notamment au niveau du *péritoine**.

C'est la raison pour laquelle on propose parfois une deuxième intervention afin de vérifier l'état de la *cavité péritonéale**. On parle d'une chirurgie de réévaluation ou de *second look*.

Les détails de cette opération se trouvent dans la fiche 9 : *La chirurgie de réévaluation ou chirurgie de second look* p. 93.

■ Quels sont les effets secondaires les plus fréquents de la chirurgie du cancer de l'ovaire ?

La chirurgie entraîne différents effets secondaires :

- il arrive qu'un *hématome** ou une infection apparaisse au niveau de la plaie. Afin d'éviter ces hématomes et ces infections, des *drains** sont posés près de la plaie. Ils restent en place quelques jours pour évacuer les liquides biologiques (sang, lymphe, etc.) ;
- chez les jeunes femmes, lorsque la chirurgie a dû être totale, les ovaires et l'utérus ont été enlevés. Cette chirurgie entraîne une *ménopause** artificielle (arrêt des règles) qui s'accompagne d'autres effets secondaires liés à la ménopause (bouffées de chaleur, etc.) ;
- un rétrécissement du vagin est exceptionnel et, le plus souvent, peu important ;
- les ovaires ayant été enlevés, il n'y a plus d'*hormone** produite. Il se peut que le manque d'hormones provoque une rétraction des muqueuses (atrophie) et une mauvaise lubrification du vagin. Ceci peut entraîner des douleurs lors des rapports sexuels ;
- rarement, le *curage des ganglions** peut entraîner un œdème des jambes ;
- il reste une cicatrice dont les dimensions varient en fonction de l'incision faite par le chirurgien.

Certains effets secondaires peuvent être limités, voire évités, par des soins et des prescriptions médicales adaptés (par exemple : un traitement hormonal substitutif de la ménopause, des lubrifiants vaginaux, etc.). La patiente ne doit pas hésiter à en parler à son médecin.

Comme à la suite de toute chirurgie abdominale, des complications peuvent apparaître : embolie*, occlusion* postopératoire, péritonite*, fistules*, etc. Ces complications sont rares. L'équipe médicale fait en sorte de les prévenir et de les traiter.

Cependant, même réalisée dans les meilleures conditions, toute intervention chirurgicale comporte des risques. Pour ces raisons, avant toute intervention, le médecin doit systématiquement informer la patiente d'éventuelles complications et des risques encourus, même si ceux-ci sont faibles. Ces informations sont importantes et nécessaires pour que la patiente puisse donner son consentement éclairé*, c'est-à-dire donner son accord en toute connaissance de cause.



Informations clés formulées par des patientes

- Le but de la chirurgie du cancer de l'ovaire est triple : elle permet de confirmer le diagnostic de cancer, d'enlever le maximum de tumeur et de connaître son stade d'extension. C'est la raison pour laquelle la chirurgie est le traitement de base du cancer de l'ovaire.
- Il y a deux façons d'opérer un cancer de l'ovaire : une chirurgie totale ou, parfois, une chirurgie conservatrice. Dans le cas d'une chirurgie conservatrice, seul l'ovaire touché est enlevé. Les prélèvements systématiques permettent de vérifier l'absence de cellules cancéreuses en dehors de l'ovaire malade. Le type de chirurgie pratiqué est décidé en fonction du stade de la maladie et du désir de grossesse de la femme.
- La chirurgie du cancer de l'ovaire entraîne des effets secondaires qui peuvent être atténués ou évités par des médicaments.



Notes personnelles

3.2 Qu'est-ce qu'une chimiothérapie ?

Les cancers de l'ovaire sont **chimiosensibles***. Cela signifie que les médicaments de chimiothérapie peuvent détruire les cellules des cancers de l'ovaire.

Une chimiothérapie agit sur les cellules cancéreuses à l'aide de médicaments appelés médicaments anti-tumoraux ou médicaments anticancéreux. Contrairement à la chirurgie, la chimiothérapie agit par **voie générale***. Elle vise à détruire les **cellules*** cancéreuses dans l'ensemble du corps soit en les détruisant, soit en les empêchant de se multiplier. La chimiothérapie agit sur toutes les cellules, même sur celles qui auraient pu échapper aux examens. Elle a d'autant plus de chances d'être efficace que le nombre de cellules cancéreuses est moins important.

La chimiothérapie est un traitement complémentaire au traitement chirurgical. Lorsque le chirurgien a enlevé toute la tumeur, la chimiothérapie a pour objectif de diminuer le risque de **récidive***.

Une chimiothérapie faite avant une opération chirurgicale peut permettre de diminuer le volume de la tumeur et faciliter ainsi l'opération.

L'administration des produits de chimiothérapie n'est pas douloureuse. Toutefois, ils entraînent certains **effets secondaires*** (voir chap. *Quels sont les effets secondaires les plus fréquents de la chimiothérapie?* p. 42).

Le médecin explique à la patiente les avantages et les inconvénients du ou des traitements de chimiothérapie proposé(s).

■ Quand le médecin propose-t-il une chimiothérapie complémentaire ?

La chimiothérapie complémentaire est fréquente mais n'est pas proposée de façon systématique à toutes les patientes.

Le risque que le cancer revienne dépend de ses caractéristiques. Ce risque est notamment plus élevé :

- en fonction de l'aspect de la tumeur et du type de cellules cancéreuses ;
- si toute la tumeur n'a pas pu être enlevée lors de la première intervention ;
- si les deux ovaires ont été atteints ;
- si des cellules cancéreuses ont été retrouvées dans l'**ascite*** et/ou lors du **lavage péritonéal*** ;

- si le péritoine a été atteint ;
- si des cellules cancéreuses ont été retrouvées dans d'autres organes de l'abdomen.

On appelle ces caractéristiques des **facteurs de risque*** de rechute.

La décision de proposer une chimiothérapie tient compte de ces facteurs de risque, mais aussi de l'âge de la patiente, de son état général, de son avis, ainsi que de ses **antécédents médicaux et chirurgicaux***. Selon le stade d'évolution, la chimiothérapie peut être un traitement **standard*** du cancer de l'ovaire, notamment lorsque la maladie est évoluée et que la chirurgie n'a pas permis d'enlever complètement la tumeur. Lorsque la chirurgie a permis d'enlever totalement la tumeur, il y a deux **options*** : la chimiothérapie ou la radiothérapie qui peut alors également être proposée.

Le médecin propose à chaque patiente un traitement adapté à sa situation.

■ Existe-t-il différents types de médicaments de chimiothérapie ?

Les médicaments de chimiothérapie sont nombreux. Les **essais thérapeutiques*** ont montré que pour traiter un cancer de l'ovaire, l'association de plusieurs médicaments de chimiothérapie (appelée « polychimiothérapie ») est plus efficace qu'un seul médicament de chimiothérapie (appelé « monochimiothérapie »). Pour cette raison, on associe le plus souvent plusieurs médicaments de chimiothérapie.

La façon dont les médicaments de polychimiothérapies sont administrés (médicaments associés, doses, rythme d'administration, etc.) s'appelle un **protocole*** de chimiothérapie. Selon les protocoles, deux ou trois médicaments sont associés sur une période de plusieurs mois.

Les médicaments les plus fréquemment utilisés pour le cancer de l'ovaire sont :

- les sels de platine ;
- les taxanes ;
- les anthracyclines ;
- les alkylants.

Actuellement, le protocole le plus souvent utilisé est l'association d'un sel de platine : Cisplatyl® (ou cisplatine), Carboplatine® (ou carboplatine), ou Paraplatine® (ou carboplatine) et d'un taxane : Taxol® (ou paclitaxel) (® correspond au nom commercial du médicament).

Le plus souvent, les médicaments sont injectés le même jour. Cette injection correspond à ce qu'on appelle une cure de chimiothérapie. Un intervalle de trois ou quatre semaines est nécessaire avant une nouvelle cure.

Le plus souvent, six cures de chimiothérapie sont proposées. Toutefois l'équipe pluridisciplinaire adapte le nombre de cures en fonction de chaque patiente.

L'équipe médicale choisit un protocole parmi ceux qui ont démontré leur efficacité. Les essais thérapeutiques cherchent constamment à améliorer les résultats obtenus (voir chap. *Comment est fait le choix du traitement ?* p. 30).

■ Quand, comment et où faire une chimiothérapie ?



La préparation d'une chimiothérapie

Une courte période de surveillance à l'hôpital ou en clinique est parfois nécessaire lors de la première cure de chimiothérapie. Pour les protocoles les plus courants, une hospitalisation d'une journée (en hôpital de jour) peut suffire. Dans ce cas, la patiente rentre chez elle après le traitement. Parfois (si le protocole comprend du cisplatine notamment), une hospitalisation d'un jour ou deux peut être nécessaire pour chaque cure (voir fiche 10 : *Les effets secondaires de la chimiothérapie* p. 95).

Pour que le traitement soit le plus efficace possible, le médecin tente de respecter les doses et les jours de perfusion de chimiothérapie prévus par le protocole. Cependant, le médecin peut parfois être amené à modifier le protocole selon la façon dont la patiente supporte le traitement.

Le plus souvent, les médicaments de chimiothérapie peuvent être pris en même temps que des médicaments prescrits pour d'autres maladies. Cependant, il est important que la patiente informe le médecin oncologue des autres traitements éventuellement en cours.

Avant chaque séance, le médecin oncologue vérifie l'état de santé de la patiente (fatigue, etc.) et ses résultats d'examen sanguins. Le médecin donne alors le « feu vert » pour réaliser la chimiothérapie. Les médicaments ne sont pas préparés à l'avance, mais au début de chaque séance. Cela explique l'attente parfois longue avant l'administration des médicaments. Le médecin précise la durée de la perfusion : elle dépend du protocole utilisé.

La plupart des médicaments actuels de chimiothérapie nécessitent d'être administrés dans les veines par une **perfusion***. Dans de rares cas, ils peuvent être administrés en comprimés. Administrer une chimiothérapie dans des petites veines comme celles du bras peut être difficile. C'est la raison pour laquelle, avant une chimiothérapie, on propose très souvent de poser un **cathéter***. Le cathéter facilite les perfusions de chimiothérapie et évite à la patiente d'avoir une piqûre à chaque fois au bras. Il permet d'améliorer le confort de la patiente et de perfuser les médicaments de chimiothérapie en toute sécurité. Les informations détaillées concernant les différents types de cathéter se trouvent dans la fiche 13 : *Les cathéters* p. 104.

Parfois, afin d'obtenir une plus grande efficacité, et si des cellules cancéreuses provenant de l'ovaire se sont disséminées dans le **péritoine***, la chimiothérapie peut être directement administrée dans la **cavité péritonéale***. Plusieurs médicaments ont ainsi été testés. Cette chimiothérapie dite chimiothérapie intrapéritonéale semble efficace sur les tumeurs de très petite taille ou invisible à l'œil nu. Actuellement, ce traitement est seulement proposé dans le cadre de protocoles d'**essais thérapeutiques*** (voir chap. *Comment est fait le choix du traitement ?* p. 30).

■ Quels sont les effets secondaires les plus fréquents de la chimiothérapie ?

Les médicaments de chimiothérapie s'attaquent non seulement aux cellules cancéreuses de la tumeur, mais ils agissent également sur les

cellules saines qui se multiplient rapidement et qui ont une brève durée de vie. C'est ainsi que ces médicaments atteignent également les cellules du tube digestif, les cellules à l'origine des cheveux et des poils, les cellules de la moelle osseuse qui fabriquent les globules du sang (globules blancs, globules rouges et plaquettes) et les cellules du système nerveux.

La chimiothérapie peut entraîner les effets secondaires suivants :

- nausées ;
- vomissements ;
- **mucite buccale*** ou aphtes dans la bouche ;
- diarrhée ou constipation ;
- perte temporaire des cheveux (**alopécie***) ;
- douleurs musculaires liées au taxane ;
- fatigue ;
- baisse des globules blancs (neutropénie), des globules rouges (**anémie***) et des plaquettes (thrombopénie) ; on parle alors d'**aplasie*** temporaire ;
- problèmes au niveau des reins ;
- problèmes au niveau du système nerveux liés au cisplatine ;
- réactions d'hypersensibilité liées à l'administration du paclitaxel ou Taxol®.

Si les effets secondaires immédiats de la chimiothérapie sont fréquents, ils sont **modérés, temporaires et non systématiques**. Ils sont directement liés aux types de médicaments administrés, à leurs doses et à leur association, à la réaction individuelle de chaque patiente, ainsi qu'à son état général. En outre, les effets secondaires peuvent être variables d'une cure de chimiothérapie à l'autre.

■ Comment réduire les effets secondaires d'une chimiothérapie ?

Certains effets secondaires peuvent être limités, voire évités, par des soins et des prescriptions médicales adaptés. Beaucoup de progrès ont été faits ces dernières années pour améliorer le confort des personnes traitées par chimiothérapie.

Des informations détaillées à ce sujet se trouvent dans la fiche 10 : *Les effets secondaires de la chimiothérapie* p. 95.



Informations clés formulées par des patientes

- Une chimiothérapie est un traitement qui agit dans l'ensemble du corps à l'aide de médicaments. Ces médicaments ont pour but de détruire les cellules cancéreuses qui se sont répandues ou de les empêcher de se multiplier.
- La décision d'effectuer une chimiothérapie dépend des caractéristiques de chaque cancer. Une chimiothérapie vient en complément de la chirurgie. Elle vise à détruire les cellules cancéreuses potentiellement existantes mais non détectables ou les cellules que la chirurgie n'a pu enlever.
- Une chimiothérapie se déroule en plusieurs cures, le plus habituellement sous forme de perfusions. Il existe de nombreux médicaments de chimiothérapie, souvent associés entre eux.
- Les effets secondaires sont fréquents mais le plus souvent temporaires. Des prescriptions médicales adaptées peuvent limiter beaucoup de ces effets.

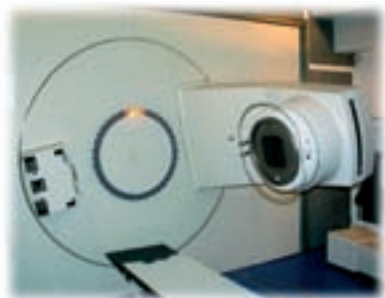


Notes personnelles

3.3 Qu'est-ce qu'une radiothérapie ?

La radiothérapie constitue l'un des traitements complémentaires possibles du cancer de l'ovaire.

Comme la chirurgie, la radiothérapie est un **traitement local*** du cancer, c'est-à-dire qu'elle agit directement sur la zone touchée par les **cellules*** cancéreuses.



La radiothérapie

La radiothérapie est utilisée depuis de longues années pour traiter différents cancers. Elle consiste à diriger des **rayons*** sur la région de la tumeur. Ces rayons détruisent les cellules cancéreuses. Les rayons utilisés pour traiter le cancer de l'ovaire sont des **photons*** de très haute énergie produits par des « accélérateurs linéaires ».

Une radiothérapie est réalisée dans une pièce fermée. Pendant la séance de traitement, la patiente est seule, mais elle est en contact permanent avec l'équipe médicale par le biais d'un interphone et d'une caméra vidéo. Elle est surveillée de façon très stricte par des techniciens spécialisés : les **manipulateurs***.

Les rayons atteignent les cellules cancéreuses, mais aussi les cellules saines. La résistance et la capacité de récupération des cellules saines leur permettent de se régénérer, contrairement aux cellules cancéreuses qui meurent sans pouvoir se régénérer.

■ Quels sont les objectifs d'une radiothérapie ?

On effectue un traitement par radiothérapie en fonction du type de cancer et de son **stade d'évolution***. Le but de ce traitement est de diminuer les risques que le cancer revienne.

Un traitement par radiothérapie traite le cancer localement en évitant le plus possible les **effets secondaires*** et les **séquelles*** éventuelles.

■ À qui peut-être proposée une radiothérapie ?

Dans le cas du cancer de l'ovaire, une radiothérapie peut être proposée à des patientes ayant eu des tumeurs de stades limités, c'est-à-dire de stades 1 ou 2, ou de stade 3 sans reste de tumeur après la chirurgie (voir § *Y a-t-il différents stades de cancer de l'ovaire ?* p. 16).

S'il reste des zones cancéreuses visibles à l'œil nu (macroscopiques) après la chirurgie, la radiothérapie n'est pas le traitement adéquat (**standard***).

Ce traitement n'est pas systématique : il s'agit d'une **option***. La radiothérapie peut remplacer la chimiothérapie ou faire suite à un traitement par **chimiothérapie***.

Le médecin spécialiste qui soigne les cancers par radiothérapie est un **oncologue*** radiothérapeute. C'est lui qui détermine la zone à traiter. Cette zone est appelée « volume cible ». Pour un cancer de l'ovaire, toute la **cavité abdominale*** sera traitée. L'oncologue radiothérapeute détermine également la manière dont les autres organes ou les autres régions du corps non malades seront protégés des rayons par des caches en plomb. Ces caches ne sont pas en contact avec la peau. Enfin, l'oncologue radiothérapeute définit la dose de rayons à administrer.

L'unité de dose de rayons est le gray (abrégié en Gy). La dose de base utilisée pour traiter un cancer de l'ovaire après une chirurgie varie de 22,5 Gy à 30 Gy. L'oncologue radiothérapeute adapte le traitement en fonction de chaque patiente ; des compléments de dose peuvent être nécessaires sur certaines zones.

■ Quelles sont les différentes étapes du traitement par radiothérapie ?

Un traitement par radiothérapie comporte cinq étapes : le centrage et le repérage de la zone à traiter, la préparation de la mise en traitement, le calcul de la distribution de la dose (dosimétrie), le traitement proprement dit et la surveillance pendant le traitement.

Ces étapes sont détaillées dans la fiche 13 : *Les différentes étapes du traitement par radiothérapie* p. 109.

■ Quels peuvent être les effets secondaires et les séquelles d'une radiothérapie ?

Les rayons atteignent la tumeur, mais également les cellules saines. C'est la raison pour laquelle une radiothérapie entraîne des **effets secondaires***. Certains apparaissent pendant le traitement. D'autres peuvent survenir après l'arrêt du traitement. Les **complications*** sont possibles mais pas systématiques. Elles varient d'une personne à l'autre.

Une radiothérapie d'un cancer de l'ovaire n'est pas douloureuse et ne fait pas tomber les cheveux.

Les principaux effets secondaires de la radiothérapie du cancer de l'ovaire sont les suivants :

- des troubles digestifs ;
- des troubles hématologiques ;
- des **cystites*** ;
- des troubles gynécologiques ;
- une fatigue ;
- une rougeur de la peau ;
- un œdème.

Des informations sur ces effets secondaires et les moyens de les prévenir se trouvent dans la fiche 14 : *Les effets secondaires et les séquelles de la radiothérapie. Comment les prévenir ?* p. 112.



Informations clés formulées par des patientes

- La radiothérapie est un traitement local du cancer parfois utilisé dans le cancer de l'ovaire. Elle a pour but de détruire les cellules cancéreuses à l'aide d'appareils qui émettent des rayons. Ces rayons doivent détruire les cellules cancéreuses qui pourraient subsister après la chirurgie.
- C'est un radiothérapeute qui détermine la zone à traiter et la dose de rayons à appliquer. Au niveau de la zone traitée, les rayons sont dirigés vers les cellules cancéreuses et les tuent. Les cellules saines de la zone traitée peuvent être touchées, mais elles peuvent se régénérer, contrairement aux cellules cancéreuses qui meurent. Les zones non traitées sont protégées des rayons par des caches en plomb.
- Un traitement par radiothérapie peut entraîner certains effets désagréables. Les réactions les plus fréquentes sont des perturbations du système digestif.



Notes personnelles

| | |
|--|----|
| 4.1 Pourquoi surveiller ? | 49 |
| 4.2 Comment la surveillance se déroule-t-elle ? | 50 |
| 4.3 A quel rythme surveiller ? | 51 |
| 4.4 Est-il possible de poursuivre un traitement hormonal substitutif de la ménopause ? | 52 |

4.1 Pourquoi surveiller ?

Les traitements du cancer de l'ovaire ont pour buts de soigner le cancer et de réduire le risque que le cancer réapparaisse localement ou développe des **métastases*** à distance.

La surveillance des patientes traitées pour un cancer de l'ovaire a trois principaux objectifs :

- prendre en charge les éventuelles **complications*** du cancer de l'ovaire ;
- prendre en charge les effets secondaires des traitements ;
- détecter les signes de **rechute*** du cancer de l'ovaire.

Les complications du cancer de l'ovaire dépendent des traitements reçus, des doses administrées, du type de cancer, des antécédents médicaux et chirurgicaux de la patiente, des maladies associées et de la façon dont la femme a réagi psychologiquement et physiquement à la maladie et aux traitements. **Des complications n'apparaissent pas systématiquement.**

Le risque de rechute du cancer de l'ovaire augmente avec le **stade*** et le **grade*** de la maladie. Il dépend également de la possibilité qu'a eu le chirurgien d'enlever le maximum de tumeur lors de la première intervention. **La plupart des récurrences du cancer de l'ovaire surviennent dans les trois ans qui suivent le traitement.** Parfois, ces récurrences sont beaucoup plus tardives. La surveillance permet de détecter ces **signes*** de rechute. Un nouveau traitement est alors mis en place.

Après une **chirurgie conservatrice***, il faut surveiller attentivement l'ovaire laissé en place à l'aide d'échographies (voir fiche 2 : *L'échographie* p. 73). En effet, lorsqu'un ovaire est atteint par une tumeur maligne, il y a un risque de récurrence sur l'autre ovaire. C'est pourquoi, quand la patiente ne souhaite plus de grossesse, l'ablation de l'autre ovaire et de l'utérus est recommandée.

Une surveillance régulière et prolongée, prévue et organisée à l'avance, est là pour rassurer la patiente et permettre de répondre à ses questions. Le médecin est à l'écoute de la patiente. Il peut la mettre en contact avec des professionnels (infirmières, assistantes sociales, psychiatres ou psychologues, etc.) ou des associations d'anciens malades. Ces professionnels et ces associations peuvent l'aider à reprendre une vie quotidienne la plus normale possible.

4.2 Comment la surveillance se déroule-t-elle ?

La surveillance est un ensemble de consultations programmées qui permettent de suivre l'état clinique de la patiente. Chaque consultation est réalisée par un médecin et comprend un interrogatoire et un **examen clinique***.

Lors de l'interrogatoire, le médecin recherche des **symptômes*** qui peuvent faire craindre une récurrence du cancer de l'ovaire et il évalue l'évolution d'éventuelles complications.

Les symptômes qui peuvent faire craindre une récurrence du cancer de l'ovaire peuvent être :

- des douleurs ;
- des pertes vaginales ;
- une perte d'appétit ;
- une fatigue ;
- des troubles digestifs ;
- une augmentation du volume du ventre.

Si certains de ces symptômes apparaissent et persistent, il est important de les signaler au médecin sans attendre le prochain rendez-vous.

Ces symptômes ne sont pas pour autant le signe d'une rechute du cancer. Ils peuvent être simplement liés à une autre maladie tout à fait **bénigne***. S'ils disparaissent au bout de quelques jours, il est peu probable qu'ils soient liés au cancer.

Après l'interrogatoire, le médecin examine complètement la patiente. Un cancer de l'ovaire peut parfois être associé à un cancer du sein. Pour cette raison, une surveillance attentive des seins est recommandée.

En cas de symptômes ou de signes anormaux, le médecin peut prescrire des examens supplémentaires : une **échographie*** et/ou un **scanner*** de la **cavité abdominale***.

Sur la base des résultats des études scientifiques, en l'absence de symptôme ou d'anomalie lors de l'examen clinique, les spécialistes ne recommandent pas de réaliser systématiquement d'autres examens.

Les études scientifiques n'ont pas montré l'utilité d'effectuer un dosage systématique du marqueur tumoral CA 125 lors de la surveillance.

En outre, tous les examens ne peuvent pas donner une assurance absolue de la présence ou de l'absence de cellules cancéreuses. Ils provoquent des angoisses inutiles. Il est donc fondamental de ne pas les multiplier sans raison, quand il n'y a aucun signe sûr.

4.3 À quel rythme surveiller ?

Les études scientifiques n'ont pas encore établi parfaitement le meilleur rythme pour cette surveillance. Les médecins recommandent une surveillance clinique régulière, espacée progressivement.

L'examen clinique de surveillance peut être réalisé par le médecin traitant, le gynécologue ou par le médecin de l'établissement dans lequel la patiente a été traitée. Le médecin qui suit la patiente établit avec elle un calendrier de visites de surveillance le plus approprié et le moins contraignant possible pour elle.

4.4 Est-il possible de poursuivre un traitement hormonal substitutif de la ménopause ?

Plus de 95 % des patientes traitées pour un cancer de l'ovaire sont ménopausées. Il s'agit le plus souvent d'une **ménopause*** naturelle (75 % des cancers de l'ovaire sont diagnostiqués après 50 ans), mais cette ménopause peut être liée au traitement du cancer (ablation des ovaires).

La ménopause correspond à la suppression définitive de la production des **hormones*** sexuelles féminines (**œstrogènes*** et **progestérone***). Un manque d'œstrogènes est responsable d'effets secondaires divers (bouffées de chaleur, douleurs lors des rapports sexuels, **ostéoporose*** et, plus tardivement, maladies cardiovasculaires). Ces effets peuvent être atténués par un **traitement hormonal substitutif de la ménopause.**

S'il n'y a pas de contre-indication, un traitement hormonal substitutif à base d'œstrogènes peut être prescrit.



Informations clés formulées par des patientes

- La surveillance des patientes traitées pour un cancer de l'ovaire permet de traiter les complications de la maladie. Elle permet également de prendre en charge les effets secondaires des traitements qui auraient pu se manifester et de détecter les signes d'une rechute éventuelle.
- La surveillance est essentiellement basée sur l'examen clinique lors de la consultation. D'autres examens peuvent être prescrits en complément si nécessaire.
- Adaptée à chaque patiente, la surveillance est rassurante.



Notes personnelles

| | |
|---|-----------|
| 5.1 Quelles émotions peut-on rencontrer à chaque étape de la maladie ? | 55 |
| ■ L'annonce du diagnostic | 55 |
| ■ La période d'entrée dans les traitements | 56 |
| ■ Le retour à domicile entre deux cures | 57 |
| ■ La fin des traitements | 58 |
| 5.2 Comment mieux vivre avec la maladie ? | 60 |
| ■ La communication avec le médecin et l'équipe soignante | 60 |
| ■ La communication avec les proches | 63 |
| ■ Les relations de couple | 66 |
| ■ Les relations avec les enfants | 67 |
| 5.3 Comment se réinsérer socialement après la maladie ? | 68 |

Dans le but d'aider d'autres femmes à mieux vivre la maladie, des patientes, d'anciennes patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire ainsi que leurs proches ont décrit les émotions auxquelles elles ont été confrontées ainsi que les difficultés qu'elles ont pu rencontrer. Leurs témoignages ont également permis de recueillir quelques conseils adaptés.

Ce chapitre se compose de trois parties qui sont autant de questions posées :

- Quelles émotions peut-on rencontrer à chaque étape de la maladie ? ;
- Comment mieux vivre la maladie ? ;
- Comment se réinsérer socialement après la maladie ?



5.1 Quelles émotions peut-on rencontrer à chaque étape de la maladie ?

Dans la vie d'une femme, la maladie est un moment au cours duquel les émotions prennent une très grande place. Ces émotions sont celles de la vie de tous les jours, mais certaines sont plus fréquentes et plus intenses.

Chaque étape de la maladie engendre des sentiments différents.

Ces émotions sont particulièrement intenses lorsque la patiente doit s'adapter à la maladie et aux traitements. Elles s'atténuent ensuite peu à peu.

Exprimer ces sentiments et les partager avec d'autres permet de mieux les vivre.

On peut distinguer quatre moments clés de la maladie :

- l'annonce du diagnostic ;
- la période d'entrée dans les traitements ;
- le retour à domicile entre deux cures ;
- la fin des traitements.

Chacune de ces étapes engendre des émotions particulières. Ces émotions ne sont pas les mêmes pour toutes les patientes. Chaque personne réagit en fonction de sa propre histoire et de sa propre personnalité.

■ L'annonce du diagnostic

L'annonce du diagnostic est toujours un choc important. Les émotions se bousculent.

« Le plus dur est de suivre la cadence des examens. Quand le processus est programmé, ça va mieux ».

La stupeur, la sidération (paralysie psychique ou choc), la peur de souffrir et l'angoisse (« quel est mon avenir ? ») sont les sentiments les plus fréquemment éprouvés. Les quinze premiers jours sont les plus difficiles à supporter (« on ne dort plus, on ne fait qu'y penser »)

et la patiente a bien souvent besoin d'être rassurée. Les proches, les amis, les associations, etc. peuvent y contribuer. Il n'est pas rare de ressentir également doute, surprise et incrédulité (d'autant plus qu'aucun problème de santé n'était apparent avant la consultation qui a fixé le diagnostic), colère et révolte. Les patientes sont souvent confrontées à une remise en question et à un sentiment de culpabilité. Elles se sentent fautives de ne pas avoir pris soin d'elles-mêmes. Elles se sentent responsables par rapport à leurs proches et coupables de toutes les difficultés que la maladie peut générer. Elles sont souvent très inquiètes des répercussions familiales de la maladie. Elles redoutent d'être une charge pour leur entourage.

Des sentiments de profonde solitude (sentiment que les autres ne peuvent pas comprendre) et d'injustice (« pourquoi moi ? »), mais aussi de terreur et d'effroi sont fréquents, tout comme des sentiments de vulnérabilité (peur de mourir) et de déréalisation (« ce n'est pas possible ! », « il doit s'agir de quelqu'un d'autre »).

Certaines patientes interprètent la maladie comme un signe du corps, une sorte de sonnette d'alarme ou le signal qu'une pause dans la vie est nécessaire. D'autres ne sont pas surprises du diagnostic : elles avaient, consciemment ou non, préalablement pensé à la maladie. D'autres encore l'attribuent à la fatalité et paraissent résignées.

Bien souvent, au moment du diagnostic, il y a peu de symptômes apparents. Les patientes ne se sentent pas malades. Elles doivent admettre qu'elles sont malades alors que rien ne semble avoir changé.

■ La période d'entrée dans les traitements

La période d'entrée dans les traitements est une période de doute et d'incertitude.

Les patientes peuvent se sentir lasses, inquiètes et angoissées. Elles sont parfois irritables et nerveuses. Mais c'est aussi le moment où elles ont besoin d'informations précises sur les traitements et sur la prise en charge des **effets secondaires*** (notamment par rapport à la fatigue ou aux effets de la **chimiothérapie*** : nausées, vomissements, perte des cheveux). Elles ne doivent pas s'étonner d'être parfois agressives, impatientes, de se sentir seules et incomprises.

Même si les patientes sont convaincues de l'utilité des traitements, elles ont parfois l'impression qu'ils participent à les rendre malades et le vivent parfois difficilement.

Beaucoup d'entre elles se sentent effrayées et très seules avant ou après la chirurgie, ou encore avant les séances de chimiothérapie. Mais cette peur est souvent momentanée. L'explication du déroulement des traitements et la présentation de la salle de soins par le médecin et/ou l'équipe soignante peut aider la patiente à vaincre sa peur et ses moments de solitude.

Parfois certaines patientes se sentent dévalorisées physiquement. Elles ont l'impression de n'être plus rien et d'être inutiles. Elles se sentent coupables. Il est souvent difficile d'assumer vie de famille et vie professionnelle en même temps que la maladie.

■ Le retour à domicile entre deux cures

Le retour à domicile entre deux cures ne correspond pas toujours à des périodes de soulagement, aussi bien pour les patientes que pour l'entourage. Au contraire, chacun se sent souvent démuni. Les patientes se sentent fréquemment fatiguées et angoissées à l'idée de devoir retrouver le quotidien et d'être confrontées aux autres. L'intervalle entre deux traitements peut être vécu comme une période de flottement. Les patientes ne savent plus trop où elles en sont. Il est difficile de tout assumer « comme avant » à la maison.



La fatigue, physique et/ou morale, est fréquente pendant les jours qui suivent la chimiothérapie. Cette fatigue s'accompagne parfois de changements d'humeur. Il n'y a cependant pas de contre-indication à avoir une activité normale ou à faire ce qu'on a envie de faire. Parfois, la fatigue et les effets secondaires nécessitent d'adapter son rythme ou de trouver un nouvel équilibre entre activités et repos.

Mieux vivre la maladie

La façon dont ce retour à domicile est vécu dépend du contexte et des conditions de vie qui existaient avant la maladie. Il est parfois nécessaire de changer l'organisation de la vie quotidienne, ce qui peut être une source d'angoisse supplémentaire.

Une bonne coordination entre l'équipe médicale de l'hôpital ou de la clinique et le médecin généraliste peut aider au suivi des soins à domicile, quand il y en a.

■ **La fin des traitements**

La fin des traitements est une étape importante et très attendue, mais cette période peut aussi être pleine de paradoxes.

L'espoir et le soulagement se mêlent au doute, à la solitude, à l'angoisse de la récurrence (« comme une épée de Damoclès » suspendue au-dessus de soi). Pendant cette période, plus ou moins longue, les patientes se demandent parfois si c'est bien fini. Pour certaines d'entre elles, il s'agit du moment le plus douloureux : il faut s'organiser, définir des priorités afin que les activités habituelles puissent reprendre.

Les premiers temps, l'hôpital ou la clinique est vu comme un lieu sécurisant. D'anciennes patientes ont dénommé ce stade « période de sevrage de fin de traitement ». La relation avec l'équipe soignante leur manque. Ce sentiment est tout à fait normal car bien souvent elles ont établi une relation affective avec l'équipe soignante. Mais les proches ont parfois du mal à le comprendre. Il est conseillé de leur en parler, de leur demander de faire preuve de patience : cette « période de sevrage » n'est que passagère. Pour le bien-être de toute la famille, il est important que la vie quotidienne reprenne le plus normalement possible.

Cette période peut aussi correspondre à un moment d'énergie, d'hyperactivité, d'euphorie et d'envie de tout changer (remise en question de sa situation professionnelle et familiale).

Il est probable que la patiente se sente plus vite fatiguée : la vitalité n'est plus la même qu'avant. Elle doit accepter de ne plus faire ce qu'elle faisait auparavant et se laisser du temps pour apprendre à vivre autrement.

Pendant cette période de fin de traitement, la patiente ressent le besoin d'être rassurée régulièrement par des examens. Il lui semble que les examens de contrôle ne sont pas assez nombreux et elle s'en inquiète. Il faut savoir que des examens trop rapprochés ne sont pas utiles. Ils peuvent, au contraire, être source d'angoisse. Petit à petit, ce besoin s'estompera, puis disparaîtra.

A cette étape de la maladie, il peut être proposé à la patiente ainsi qu'à ses proches de faire partie d'associations d'anciennes patientes ou de participer à des forums de discussion sur Internet. Ces contacts peuvent être utiles.

Le retour à la maison est l'occasion d'adopter une bonne hygiène de vie et de prendre de « bonnes » habitudes : alimentation équilibrée, activités sportives, etc.

Il est tout à fait possible de pratiquer un sport. Le sport aide à prendre conscience de son corps et à avoir confiance en soi. En facilitant la reprise des relations avec les autres, il peut également aider à se réintégrer dans sa famille, en société et dans la vie professionnelle, et à maîtriser son stress.



Quelle que soit l'activité que la patiente souhaite entreprendre, l'important est qu'elle fasse ce dont elle a envie. Elle doit adapter son activité à sa forme physique, à ses besoins et à ses désirs. La période de récupération est parfois longue. Elle ne doit pas hésiter à demander des conseils au médecin.

Une patiente sur deux a un problème de poids après le traitement d'un cancer de l'ovaire : les patientes présentent en moyenne cinq kilos de plus qu'avant la maladie. Les traitements par chirurgie ou chimiothérapie ne sont pas en eux-mêmes responsables de cette prise de poids. Les perturbations hormonales liées à la maladie (ménopause) peuvent y contribuer.

C'est avant tout le stress, l'inactivité physique, parfois le grignotage engendré par la fatigue et l'angoisse qui entraînent une prise de poids, plus que la maladie ou son traitement. Ce problème de poids peut être abordé avec des diététiciennes. Leurs conseils adaptés peuvent aider la patiente à perdre quelques kilos.

5.2 Comment mieux vivre avec la maladie ?

Trouver des explications et des informations pour comprendre.

Trouver une aide auprès de l'équipe soignante et des psychologues ou des médecins psychiatres.

Communiquer et partager ses sentiments pour mieux les vivre.

Il est important d'établir une bonne relation avec quelqu'un qui peut écouter et aider la patiente à retrouver un équilibre psychologique. Une bonne communication avec le médecin, le conjoint et les proches peut contribuer à cet équilibre.

■ La communication avec le médecin et l'équipe soignante

Certaines patientes préfèrent se confier à leur médecin traitant qui les connaît mieux. D'autres pensent qu'un psychologue ou un psychiatre peut avoir davantage de temps pour les écouter, qu'il est plus facile de parler avec une personne qui ne connaît pas le dossier médical.

Même si le besoin d'information est plus important au début du traitement, une information est nécessaire à chaque étape de la maladie.

Certaines patientes recherchent activement des informations sur leur maladie et ses traitements. Les informations écrites ne se substituent pas aux informations que peuvent proposer les médecins. L'information doit être adaptée à chaque patiente et délivrée de manière progressive. Les médecins sont là pour répondre aux besoins d'information.

Chaque membre de l'équipe soignante a un rôle précis et dispose d'une information spécifique : il ne sait pas tout. Connaître la répartition des tâches dans l'équipe soignante peut-être très utile (voir fiche 5 : *Les différents professionnels de santé qui prennent en charge le cancer de l'ovaire* p. 80). Progressivement la patiente reconnaîtra la compétence de chacun. Le chimiothérapeute peut offrir des renseignements très précis sur la chimiothérapie, mais un peu moins sur la radiothérapie ; les infirmières savent donner les informations nécessaires sur les effets secondaires des traitements, etc.



Très souvent, les patientes sont satisfaites du premier contact avec le médecin, mais parfois un peu moins des suivants. En fait, il faut comprendre que toutes les consultations médicales ne peuvent pas être identiques.

Lors des premières consultations, le médecin s'investit dans un travail d'information. Ces consultations sont plus longues que les autres et riches d'informations.

Au cours de la seconde consultation, le médecin reprend les explications fournies lors de la première visite. Il peut répondre aux questions qui préoccupent la patiente afin d'éclairer les choix des traitements.

Ensuite, la plupart des consultations sont des consultations de surveillance des traitements au cours desquelles le médecin vérifie des points spécifiques (le bon déroulement du traitement notamment). Il est tout à fait normal qu'elles soient beaucoup plus courtes et que le dialogue soit plus limité, non par manque de respect envers les patientes, mais parce que l'organisation de ces consultations ne le prévoit pas. Le médecin voit beaucoup de patientes dans la journée ; les consultations ne peuvent donc pas être aussi longues que les premières. Il ne faut pas être déçu de la rapidité de ces consultations de surveillance.

Par contre, si la patiente ressent le besoin de dialoguer avec le médecin qui la soigne, elle peut prendre un rendez-vous en dehors de ces consultations de surveillance afin qu'il puisse lui accorder davantage de temps.

Les médecins ont beaucoup d'informations à délivrer. Certains en donnent spontanément ; d'autres ont le souci de ne pas trop angoisser la patiente et délivrent alors moins d'informations. Le besoin d'information des patientes varie également. Certaines souhaitent avoir beaucoup d'informations ; d'autres moins. Le médecin ne sait pas quelle quantité d'informations souhaite la patiente, ni ce qu'elle peut et veut comprendre. C'est la raison pour laquelle il est important que la patiente exprime ses besoins d'information et pose toutes les questions qui la préoccupent. L'essentiel est que le médecin ait répondu à ses besoins afin qu'elle puisse, si elle le souhaite, participer aux choix de son traitement.

Les médecins sont parfois mal à l'aise lors de l'annonce du diagnostic. Certains d'entre eux paraissent distants ou agressifs. Leur vécu, leurs propres peurs peuvent les rendre maladroits. La patiente peut parler avec eux de ce malaise réciproque.

Un certain nombre d'anciennes patientes conseillent de se faire accompagner par un membre de la famille ou un proche lors des consultations. En effet, lorsqu'on est angoissé, il est difficile de retenir tout ce qui est dit. Bien souvent, seul ce qui fait peur est retenu. Lorsque la patiente est accompagnée, elle peut ensuite discuter au calme de tout ce qui a été dit lors de la consultation. Les médecins conseillent souvent également la présence d'un proche lors de la consultation initiale.

Beaucoup d'anciennes patientes recommandent également de préparer à l'avance une liste de questions qui aidera à obtenir les informations souhaitées. Si un point reste obscur lors de la consultation, il faut oser dire « je n'ai pas compris ». Une information mal comprise peut être inutilement angoissante.

La patiente ne doit pas hésiter à évoquer tout ce qu'elle imagine, même le pire : le plus souvent, le médecin peut lui apporter des indications qui la rassurent.

Un certain nombre de patientes se tournent à un moment ou à un autre de leur maladie vers des médecines dites « alternatives » (l'homéopathie et l'acupuncture sont les plus fréquentes). Dans la plupart des cas, les patientes attendent de ces méthodes un effet complémentaire, le plus souvent de mieux supporter certains effets secondaires tels que la fatigue, les nausées, parfois l'anxiété. Par contre, un bénéfice de ces méthodes sur le traitement du cancer n'a pas été montré par des études scientifiques. La patiente ne doit pas hésiter à en discuter avec son médecin. Il veillera à ce que ces traitements n'interfèrent pas avec le traitement mis en place.

Le médecin peut proposer des médicaments contre l'anxiété ou la **dépression*** lorsqu'il juge que celles-ci sont intenses et prolongées. Adaptés à chaque patiente et prescrits de façon temporaire, ces médicaments aident efficacement à surmonter ces difficultés. Ils facilitent le retour à une vie normale. La patiente peut discuter avec le médecin des avantages et des inconvénients de ces traitements.

■ La communication avec les proches

La maladie est un moment violent et fort dans la vie de la famille. A chaque étape de la maladie, les réactions des proches (enfants, conjoint, etc.) sont diverses. Souvent les relations se compliquent. Parfois les patientes vivent mal le désarroi de leurs proches.

Une aide psychologique peut être utile.

L'annonce du diagnostic peut être très difficile à vivre. Pour les proches comme pour la patiente, une aide psychologique peut être envisagée. A ce moment-là, il est parfois souhaitable que le conjoint et les proches (les enfants également) assistent aux consultations et s'impliquent lors des décisions.

Mieux vivre la maladie

Certaines patientes choisissent de ne pas parler de la maladie à leurs proches jusqu'au moment de l'opération. D'autres préfèrent se confier plus tôt. L'annonce de la maladie aux proches est souvent un moment difficile à vivre. La patiente a souvent des difficultés à l'annoncer à ses proches. Elle peut alors demander de l'aide au médecin qui peut la conseiller à ce sujet. Certaines patientes préfèrent que ce soit le médecin qui annonce la maladie à leurs proches. Quel que soit le choix effectué, dans tous les cas, les proches sont fortement touchés par l'annonce de la maladie, voire parfois plus que les patientes.

La période d'entrée dans les traitements peut être également traumatisante pour les proches. Ils vivent la maladie en même temps que la patiente. Parfois, on observe un changement de comportement dans la vie quotidienne. La maladie devient un souci permanent dans leur vie de tous les jours. Elle entraîne des modifications des rôles dans la famille. Le conjoint est parfois amené à effectuer des tâches ménagères auxquelles il n'était pas habitué et à s'occuper plus activement des enfants. Il peut alors se sentir déboussolé et est parfois maladroit. Ce sentiment est normal et temporaire. Le conjoint a souvent peur de faire mal, de déranger. Il est important de le rassurer à ce sujet. C'est un moment où l'on peut apprendre à mieux communiquer entre membres d'une même famille afin d'éviter les conflits.

Les proches, mais aussi les bénévoles d'associations sont là pour accompagner la patiente lors du retour à domicile entre deux cures ou deux traitements. Ils sont souvent disponibles pour écouter la patiente et prêts à l'aider. Les premières nuits à domicile sont souvent angoissantes. Ce peut être le moment pour les solliciter. Il est conseillé de s'organiser avec eux et de s'allier pour combattre la maladie.

La maladie se vit mieux accompagnée.



L'étape de fin de traitement peut être perturbante pour les proches. La maladie n'a pas le même impact sur la patiente que sur eux. La patiente peut remettre en cause des aspects de sa vie alors que les proches désirent avant tout que la vie redevienne « comme avant ». Ils peuvent être inquiets de certains changements de vie auxquels elle aspire. Il est important d'accepter que cette réadaptation prenne du temps.

Une bonne communication entre les patientes et les proches permet d'éviter les conflits. Parfois, les membres d'une famille ont du mal à dialoguer alors que les patientes en ont souvent besoin. Il peut alors être utile de se faire aider auprès d'un psychologue.

Au cours de chacune de ces étapes, les patientes peuvent voir leur caractère et leur comportement se modifier. Il n'est pas facile de se trouver irritable, égoïste ou agressive envers sa famille. Parfois, les patientes ne peuvent pas assumer à cent pour cent leur rôle de femme, d'épouse ou de mère. Mais il est inutile de se sentir coupable ou responsable de la maladie. Les choses retrouveront leur aspect « normal » petit à petit.

Faire participer le conjoint et/ou les enfants aux tâches ménagères ou envisager une aide ménagère évite une fatigue supplémentaire.

Il est important de se laisser du temps et de prendre soin de soi.

Solliciter les proches à lire ce guide leur permet de s'informer sur la maladie (symptômes, traitements, effets secondaires, etc.) et sur ce que la patiente peut ressentir. Ce peut être un moyen pour les proches de mieux comprendre la maladie et ce que vit la patiente et ainsi, favoriser une meilleure communication.

■ Les relations de couple

Le cancer et ses traitements entraînent parfois des relations de couple difficiles.

La vie quotidienne

Parfois, le conjoint s'investit un peu moins dans la vie quotidienne de la maison qu'avant la maladie. C'est une façon pour lui de nier les choses et de demander que la vie reprenne son cours normal le plus vite possible.



Les relations sexuelles

Après un traitement d'un cancer de l'ovaire, la reprise des rapports sexuels et une vie sexuelle régulière par la suite sont tout à fait possibles. Le cancer n'est pas contagieux et le conjoint ne prend aucun risque de développer un cancer en ayant des relations sexuelles. Néanmoins, une patiente sur trois au moins a des problèmes de sexualité. Souvent le désir diminue. Cela reste encore un sujet que les femmes et leur conjoint abordent difficilement. Bien souvent, les médecins ne savent pas non plus comment en parler. C'est pourtant un aspect important de la vie, fréquemment affecté par la maladie. Plusieurs éléments peuvent entraîner ces problèmes :

- la fatigue ;
- des douleurs lors des rapports sexuels. Ces douleurs sont dues à une mauvaise lubrification du vagin suite à une carence en œstrogènes* provoquée par l'ablation du ou des ovaire(s) ;
- les effets secondaires de la ménopause* (bouffées de chaleur notamment).

L'ablation de l'utérus (appelée hystérectomie*) ne gêne en rien la vie sexuelle.

Le médecin peut prescrire des médicaments qui atténuent les problèmes rencontrés. Un traitement hormonal substitutif de la ménopause ou des gels lubrifiants vaginaux peuvent contribuer à diminuer ces problèmes (voir § *Est-il possible de poursuivre un traitement de la ménopause ?* p. 52).

Le dialogue et la tendresse permettent souvent de surmonter ces difficultés. Le temps viendra atténuer ces problèmes. Parfois, le recours à une aide psychologique spécialisée est nécessaire (psychologue, sexologue).

Tous les couples ne sont pas confrontés à ces difficultés.

En cas de désir d'enfant, la patiente ne doit pas hésiter à en parler à son gynécologue et à lui poser les questions qui la préoccupent. Exceptionnellement, une grossesse est envisageable après un cancer de l'ovaire à un stade très précoce et dans des situations bien spécifiques ([chirurgie conservatrice*](#)). Le médecin en informe la patiente au moment du choix des traitements.

■ Les relations avec les enfants

Au début des traitements, il n'est pas rare que les enfants posent des questions. Le médecin peut leur répondre en présence de la patiente. Cela peut leur permettre de dédramatiser les choses et de lever leur angoisse. Leur montrer l'hôpital peut également les rassurer. Ils sauront où leur mère se trouve pendant les périodes d'absence à la maison. Cependant, il est inutile de le leur imposer s'ils ne le souhaitent pas.

Il est à noter que les réactions des adolescents sont généralement les plus visibles (ils feignent d'ignorer la situation, deviennent plus intransigeants, participent moins aux activités ménagères, etc.). Cela ne signifie pas qu'ils soient égoïstes ou qu'ils rejettent leur mère. C'est une façon pour eux d'exprimer leur souffrance, de nier les choses.

En général, les relations avec les enfants en bas âge semblent poser moins de problèmes. Elles requièrent tout de même une attention particulière. Il est utile de parler avec eux, de leur dire ce qui se passe.

5.4 Comment se réinsérer socialement après la maladie ?

La **réinsertion*** sociale a pour but d'aider la patiente et sa famille dans sa vie quotidienne. Tout au long de la maladie, un suivi efficace de l'assistante sociale peut permettre à la patiente d'éviter ou de résoudre certaines difficultés pendant les hospitalisations, mais aussi après les traitements. Ce suivi facilite son retour au domicile après la chirurgie et la reprise d'une vie normale.

L'assistante sociale donne des informations sur :

- les différents modes de soins : hôpital de jour, hospitalisation de courte durée ou hospitalisation de semaine, soins à domicile et hospitalisation à domicile ;
- les modes de transport : véhicule sanitaire léger, ambulance, taxi ;
- l'aide à domicile : aide ménagère, assistante maternelle ;
- l'organisation d'un séjour dans une maison de repos ;
- les relations avec les organismes sociaux : sécurité sociale, mutuelles, impôts, etc. Le traitement du cancer de l'ovaire est pris en charge à 100 % pendant au moins trois ans. Le renouvellement se fait auprès du médecin traitant ;
- les relations avec l'employeur et le médecin du travail : reprise du travail, adaptation du temps de travail, etc.

La patiente peut prendre rendez-vous avec l'assistante sociale de l'hôpital ou de la clinique. Puis, en dehors des hospitalisations, il est également possible de continuer à bénéficier d'une aide grâce aux visites d'une assistante sociale. Les différentes associations d'anciens patients et de bénévoles peuvent aussi aider la patiente par leur expérience et lui donner des adresses utiles et des conseils adaptés.

Dans la même collection que ce guide d'information et de dialogue « Comprendre le cancer de l'ovaire », un guide SOR SAVOIR PATIENT sur les aspects sociaux de la prise en charge du cancer sera disponible fin 2002.





Informations clés formulées par des patientes

- L'annonce du diagnostic constitue toujours un choc. Les traitements proposés font surgir de nombreuses questions sur leurs résultats et leurs effets secondaires. Les médecins sont là pour informer la patiente : il ne faut pas hésiter à leur parler et à leur poser des questions. Il ne faut rien laisser dans l'ombre. Les réponses aux questions rassurent.
- A toutes les étapes de la maladie, des difficultés se font jour. La fin du traitement est certes un soulagement, mais les craintes de rechute persistent bien souvent.
- Chaque patiente réagit à sa façon, selon son tempérament, son entourage, etc. Souvent les proches ne savent pas comment aider la patiente, ils n'osent pas toujours parler de la maladie. Cela demande parfois une grande force intérieure.
- Il est important de parler de ce que l'on ressent avec son entourage ou des professionnels (médecin, psychologue, assistante sociale, etc.). Exprimer ses sentiments permet de mieux les vivre.



Notes personnelles

Les facteurs de risque du cancer de l'ovaire

1. L'âge
2. Les facteurs familiaux
3. Les facteurs de risque hormonaux

Les études scientifiques ont permis de distinguer différents types de facteurs de risque* du cancer de l'ovaire.

1. L'âge

L'âge est le principal facteur de risque. Le risque de développer un cancer de l'ovaire augmente régulièrement avec l'âge. C'est autour de 60 ans que le risque est le plus élevé.



2. Les facteurs familiaux

Il existe des formes familiales de cancer de l'ovaire : il arrive que des cancers de l'ovaire, parfois associés à des cancers du sein, soient plus fréquents dans une même famille. Une même personne peut parfois développer un cancer du sein et un cancer de l'ovaire. Ces formes familiales se caractérisent par des tumeurs de l'ovaire précoces (avant 50 ans).

Quand dans une famille plusieurs cas de cancer du sein ou de l'ovaire sont apparus, une consultation avec un médecin spécialiste d'oncologie génétique* peut être envisagée. Les consultations d'oncogénétique* sont ouvertes aux femmes atteintes d'un cancer de l'ovaire et à leur famille. Lors d'une consultation d'oncogénétique, le médecin peut proposer d'effectuer des examens génétiques (examens sanguins) afin de rechercher si le cancer diagnostiqué est une forme familiale ou non. Les tests génétiques sont réalisés seulement s'il y a une probabilité que la patiente présente des gènes de prédisposition du cancer de l'ovaire. C'est la consultation d'oncogénétique qui permet de déterminer cette probabilité.

Plusieurs cas de cancer du sein ou de l'ovaire peuvent apparaître dans une même famille sans que la patiente présente forcément des gènes responsables du cancer de l'ovaire.

Dans certains cas, l'examen des gènes de la patiente peut permettre de découvrir une anomalie génétique qui révèle effectivement un risque plus important de cancer du sein ou de l'ovaire. Toutefois, seul un petit nombre de cancers de l'ovaire (environ 5 %) est lié à un gène anormal, autrement dit à une prédisposition génétique. Cette prédisposition est due à la transmission du **gène*** anormal par un parent (père ou mère) à sa fille chez qui ce gène entraîne un risque plus important de développer un cancer de l'ovaire au cours de sa vie.

Les gènes impliqués dans la prédisposition au cancer de l'ovaire sont le plus fréquemment le gène **BRCA1** et plus rarement le gène **BRCA2**. L'altération de ces gènes est également responsable d'une prédisposition au cancer du sein. Ceci explique pourquoi on observe plus fréquemment dans les familles porteuses de ces gènes ces deux types de cancer. Cependant, les femmes porteuses de ce risque génétique sont peu nombreuses dans la population.

Le délai entre les prélèvements de sang et les résultats d'analyse génétique est souvent très long.

Dans certaines circonstances, le médecin peut proposer d'enlever les ovaires à certaines femmes qui présentent un risque familial de cancer de l'ovaire. Cette intervention chirurgicale peut permettre de prévenir le développement du cancer de l'ovaire. Dans ce cas, on parle d'ovariectomie préventive ou prophylactique. Il s'agit d'une décision très personnelle, envisagée le plus souvent après le nombre de grossesses désirées : les formes familiales de cancers de l'ovaire surviennent rarement avant 40 ans.

Les études scientifiques montrent que les femmes qui ont eu un cancer du côlon ont aussi plus de risques de développer un cancer de l'ovaire.

Les facteurs de risque du cancer de l'ovaire

Dans la même collection que ce guide « Comprendre le cancer de l'ovaire », il existe un livret d'information SOR SAVOIR PATIENT : « Information à l'usage des personnes consultant pour un risque familial de cancer du sein et/ou de l'ovaire ». La patiente ne doit pas hésiter à en faire la demande lors de la consultation d'oncogénétique.

3. Les facteurs de risques hormonaux

Des études scientifiques montrent que les risques de développer un cancer de l'ovaire sont plus élevés chez les femmes qui n'ont jamais eu d'enfant ou qui ont connu une ménopause tardive.

En revanche, certains facteurs peuvent réduire le risque de développer un cancer de l'ovaire, notamment :

- les grossesses menées à terme ;
- l'allaitement. L'allaitement diminue le risque de cancer de l'ovaire de 19 %. Plus la période d'allaitement se prolonge, plus le risque diminue ;
- l'utilisation de contraceptifs oraux qui, en diminuant le nombre d'ovulations, diminue également le risque de cancer. Le risque est réduit de 34 % si on utilise un contraceptif oral et de 70 % si l'usage dure 6 ans ou plus. Cet effet protecteur semble persister au moins dix ans après l'arrêt de la contraception orale ;
- certaines études ont examiné les effets de la ligature des trompes de Fallope* et de l'ablation de l'utérus sur le développement d'un cancer de l'ovaire. Une étude a montré une baisse de 41 % du risque de cancer de l'ovaire chez les femmes ayant subi une ligature des trompes, tandis qu'une légère réduction a été observée chez les femmes ayant subi l'ablation de l'utérus.

L'échographie

1. Qu'est-ce qu'une échographie ?
2. Que faut-il faire avant une échographie ?
3. Comment se déroule une échographie du pelvis ?
4. Comment obtient-on les résultats ?

1. Qu'est-ce qu'une échographie ?

Une **échographie*** est un examen d'imagerie qui, à l'aide d'ultrasons (sons inaudibles pour l'oreille humaine), permet d'obtenir des images en temps réel d'une partie du corps ou de certains organes. L'échographie permet d'examiner tout l'**abdomen***. Elle montre très bien les ovaires et l'utérus.

L'échographie permet :

- de diagnostiquer une masse au niveau de l'ovaire et de pressentir si cette tumeur risque d'être **maligne*** ou non ;
- de décrire de façon très fiable des caractéristiques de la tumeur comme :
 - la taille ;
 - le type de tumeur (liquide, solide/pleine ou mixte) ;
 - l'épaisseur des parois en cas de **kyste*** ;
 - la présence de liquide dans l'abdomen (**ascite***).

C'est un médecin **radiologue*** ou certains **gynécologues*** qui pratiquent cet examen.

Il est possible de répéter cet examen autant de fois que nécessaire, sans risque pour la patiente. Une échographie n'est pas douloureuse même si parfois, le médecin appuie fortement sur le ventre pour mieux voir.

L'échographie est l'examen de base en gynécologie.

2. Que faut-il faire avant une échographie ?

- Il est nécessaire d'apporter ses anciennes échographies, l'ordonnance ou la lettre du médecin ;
- Il est conseillé d'apporter ses papiers administratifs même en cas de prise en charge par l'assurance maladie : la carte d'assurée sociale, une pièce d'identité et les papiers de prise en charge à 100 % si la patiente en est bénéficiaire. Pour les patientes étrangères résidant hors de la communauté européenne, il est demandé une avance de frais ;

Les facteurs de risque du cancer de l'ovaire

- Il est important de signaler les opérations chirurgicales antérieures ;
- Il est recommandé de boire beaucoup d'eau avant une échographie sus-pubienne. Le médecin radiologue voit plus distinctement les ovaires lorsque la vessie est pleine.

3. Comment se déroule une échographie du pelvis ?

Une échographie du pelvis est un examen qui permet au médecin radiologue d'obtenir des images des ovaires.

La patiente est accueillie dans un service de **radiologie*** ou de **gynécologie***. Le personnel l'aide à s'installer sur une table d'examen. Le médecin radiologue s'assied à côté d'elle.

Deux types d'échographies de l'ovaire peuvent être proposés : une échographie sus-pubienne (sonde posée au-dessus du pubis) et une échographie transvaginale (sonde introduite dans le vagin).

- Pour l'échographie sus-pubienne, le médecin applique sur la peau un gel qui améliore l'obtention de l'image. Puis il déplace sur la partie du corps à examiner une sonde qui émet des ultrasons.

La sonde peut être déplacée sur la peau pour examiner tout le reste de la cavité abdominale (foie, intestins, etc.).

- Pour l'échographie transvaginale, le médecin introduit la sonde recouverte d'un préservatif lubrifié dans le vagin de la femme. Cet examen est indolore, mais peut provoquer une légère sensation de froid.

Le médecin radiologue peut expliquer à la patiente ce qu'il voit sur l'écran placé à ses côtés. La durée d'une échographie est variable. En moyenne, elle dure quinze minutes. Après l'examen, la patiente retourne chez elle sans surveillance particulière.

4. Comment obtient-on les résultats ?

Le médecin radiologue examine les images de l'échographie et les transmet au chirurgien. Cet échange est très important pour la mise en place des traitements. Dans la mesure du possible, il donne immédiatement les résultats à la patiente. Il envoie également un compte rendu au médecin qui a prescrit l'examen.

Le scanner

1. Qu'est-ce qu'un scanner ?
2. Que faut-il faire avant un scanner ?
3. Comment se déroule un scanner ?
4. Quelles informations le scanner fournit-il ?
5. Comment obtient-on les résultats ?

1. Qu'est-ce qu'un scanner ?



Le scanner (on parle aussi de tomodensitométrie ou TDM) est une technique d'examen qui utilise des rayons X à faible dose. Il permet de réaliser une succession de photographies de l'ovaire en tranches horizontales de 1 à 3 mm. À l'aide de ces photos, un ordinateur peut reconstruire les ovaires en trois dimensions.

C'est le médecin radiologue qui pratique le scanner.

2. Que faut-il faire avant un scanner ?

- Il est nécessaire d'apporter ses anciennes radiographies ainsi que l'ordonnance ou la lettre du médecin ;
- il est conseillé d'apporter ses papiers administratifs même en cas de prise en charge à 100 % : la carte d'assurée sociale, une pièce d'identité et les papiers de prise en charge à 100 % si la patiente en est bénéficiaire. Pour les patientes étrangères résidant hors de la communauté européenne, il est demandé une avance de frais ;
- il est important de signaler les opérations chirurgicales antérieures, les **antécédents*** médicaux et les allergies éventuelles.

3. Comment se déroule un scanner ?

Afin d'obtenir une meilleure image et de mieux localiser l'anomalie, un produit (appelé **produit de contraste***) est injecté dans une veine du bras de la patiente.

Le scanner

L'examen n'est pas douloureux. La patiente est allongée sur un lit d'examen qui se déplace doucement à l'intérieur d'un large anneau, pendant que les images sont enregistrées. La patiente ne doit surtout pas bouger, car les images seraient floues.

Pendant le scanner, une **biopsie*** peut être réalisée.

L'examen dure quinze minutes environ.

Après l'examen, la patiente retourne chez elle sans surveillance particulière. Il est conseillé de boire de l'eau abondamment pour éliminer le produit de contraste.

4. Quelles informations le scanner fournit-il ?

Le scanner indique la présence ou non d'une tumeur et si c'est le cas, sa taille et sa localisation. Le scanner ne donne aucune indication sur le type de cellules dont il s'agit.

5. Comment obtient-on les résultats ?

Les images sont interprétées par le médecin radiologue. Les résultats sont transmis au médecin qui a prescrit l'examen. C'est lui qui informe la patiente des résultats.

Les prélèvements

1. Qu'est-ce qu'un prélèvement ?
2. Pourquoi fait-on des prélèvements ?
3. Quels sont les prélèvements les plus souvent effectués pour le cancer de l'ovaire ?
4. Quelles sont les différentes techniques de prélèvements chirurgicaux ?
5. Quels sont les différents examens au microscope ?
6. Comment obtient-on les résultats ?

1. Qu'est-ce qu'un prélèvement ?

Un prélèvement consiste à prendre un fragment de **tissu*** ou du liquide dans le but de l'analyser au **microscope***. Un prélèvement est le plus souvent réalisé par un chirurgien au bloc opératoire.

2. Pourquoi fait-on des prélèvements ?

On peut détecter les cellules cancéreuses au microscope. C'est la raison pour laquelle les **cellules*** et/ou les fragments de tissus prélevé(e)s sont analysés au microscope. On appelle cet examen un **examen anatomo-cyto-pathologique***.

Lors du bilan* diagnostique, un examen **anatomo-cyto-pathologique*** permet de déterminer si l'anomalie prélevée est un cancer ou non. C'est un élément indispensable du bilan diagnostique. Si l'analyse du prélèvement révèle qu'il s'agit d'un cancer, l'examen au microscope fournit alors des informations précises sur le type de cancer de l'ovaire.

Lors du bilan d'extension, des prélèvements sont également réalisés dans d'autres tissus du corps, ceux le plus souvent atteints par les cellules cancéreuses, même si la maladie n'y est pas visible. Ces prélèvements permettent de rechercher si des cellules cancéreuses y sont présentes.

3. Quels sont les prélèvements les plus souvent effectués pour le cancer de l'ovaire ?

Deux types de prélèvements peuvent être effectués dans le cas d'un cancer de l'ovaire : une ponction cytologique et une biopsie.

Les prélèvements

■ La ponction cytologique

En cas de liquide dans le ventre (*ascite**), dans la *plèvre** (pleurésie) ou en présence de ganglions proches de la peau, un prélèvement peut être utile avant l'opération. Ce prélèvement se fait sous anesthésie locale. Les cellules sont aspirées « en vrac » à l'aide d'une seringue et d'une aiguille fine. C'est une ponction cytologique (ponction de cellules). Ces cellules sont ensuite analysées au microscope.

■ La biopsie

Une *biopsie** est un prélèvement d'un fragment de *tissu**. Le médecin enlève un petit morceau de tissu afin de le faire examiner au microscope. Les techniques de prélèvement utilisées sont différentes en fonction de l'endroit où est placée la *tumeur**. Le prélèvement peut être réalisé pendant un *scanner** ou au cours d'une opération.

Si le prélèvement est effectué pendant un scanner, la biopsie se fait à l'aide d'une aiguille. La biopsie est alors guidée par l'image radiologique du scanner.

Si le prélèvement est effectué lors d'une chirurgie, une *anesthésie** locale ou générale est réalisée et le fragment de tissu est découpé avec un *bistouri** ou une pince coupante.

Dans le cas du cancer de l'ovaire, les prélèvements sont le plus souvent réalisés lors d'une chirurgie.

L'examen au microscope du prélèvement est réalisé par un *pathologiste**. Il arrive que l'analyse ait lieu pendant l'opération chirurgicale. C'est ce qu'on appelle un *examen extemporané**. Si les résultats de cet examen peuvent être obtenus immédiatement, le chirurgien adapte la chirurgie au cours de la même opération. Lorsque l'examen extemporané révèle des signes de cancer et si l'ablation complète de l'anomalie est possible, le chirurgien enlève la tumeur aussitôt.

Cependant, l'examen extemporané ne permet pas toujours de préciser la nature de la tumeur. Il ne remplace donc pas l'examen anatomo-cytopathologique définitif qui est systématiquement réalisé après l'opération.

4. Quelles sont les différentes techniques de prélèvements chirurgicaux ?

Pour un cancer de l'ovaire, les prélèvements peuvent se faire avant l'opération pendant un scanner ou pendant une opération, avec une *laparotomie** (voir § *Qu'est-ce que la chirurgie* p. 33) ou une *coelioscopie** (voir fiche 6 : La coelioscopie p. 82).

5. Quels sont les différents examens au microscope ?

On distingue la **cytologie*** et l'**histologie***. L'objectif de l'examen au microscope est d'observer des cellules isolées (cytologie) ou des fragments de tissus (histologie) prélevés au niveau d'une anomalie de l'ovaire.

■ Qu'est-ce qu'une cytologie ?

Une cytologie est une technique d'examen de cellules au microscope. Elle vise à rechercher des cellules anormales (des cellules cancéreuses). Elle est rarement pratiquée pour le cancer de l'ovaire en dehors de la ponction de l'**ascite***, de la **plèvre*** et des ganglions (voir fiche 8 : *La chirurgie du cancer de l'ovaire dans sa forme avancée* p. 89). Les résultats de l'examen cytologique sont obtenus rapidement (un à trois jours).

■ Qu'est-ce qu'une histologie ?

Une histologie ou examen anatomo-cyto-pathologique est une technique d'examen de fragments de tissus au microscope.

Un **examen clinique*** et/ou une **échographie*** ne révèle pas un cancer de façon sûre. Très souvent, la cytologie ne permet pas de définir le type de cancer. **L'examen histologique des tissus apporte une preuve formelle : c'est l'histologie qui permet de conclure de façon définitive s'il s'agit ou non d'un cancer.**

En fonction de l'anomalie et des examens réalisés, le compte rendu de l'examen anatomo-cyto-pathologique mentionne :

- le type d'anomalie dont il s'agit (si celle-ci est cancéreuse ou non) ;
- s'il s'agit d'une tumeur cancéreuse : son type, son **grade***, sa localisation précise ;
- si les ganglions prélevés sont envahis ou non par le cancer ;
- si la tumeur s'est propagée à l'**épiploon*** ou au **péritoine*** ;
- s'il existe ou non des cellules cancéreuses au niveau de tous les autres prélèvements réalisés pendant l'opération.

6. Comment obtient-on les résultats ?

Un examen anatomo-cyto-pathologique nécessite quelques jours (deux à dix jours) entre l'envoi du prélèvement, l'examen du tissu et la rédaction du compte rendu par le **pathologiste***. Ce délai augmente s'il est nécessaire de compléter l'examen de base par des tests supplémentaires pour confirmer le diagnostic. Il n'est pas possible d'obtenir les résultats de l'examen anatomo-cyto-pathologique directement par le cabinet d'anatomo-cyto-pathologie. Celui-ci communique toujours les résultats au médecin qui a demandé cet examen. C'est lui qui informe la patiente des résultats.

Les différents professionnels de santé qui prennent en charge le cancer de l'ovaire

Le **médecin généraliste** est le médecin habituel de la patiente. Il a un rôle très important dans la surveillance du cancer. Il est en liaison avec l'hôpital qui a pris en charge la patiente.

Le **gynécologue** est un médecin spécialiste de l'appareil génital de la femme.

Le **cancérologue** est un médecin spécialiste du cancer. Ce peut être un chirurgien, un gynécologue, un gastroentérologue, etc.

Le **chirurgien** est un médecin spécialiste des opérations. C'est lui qui enlève la tumeur. Certains chirurgiens sont exclusivement spécialisés en cancérologie et/ou en cancérologie gynécologique.

L'**anesthésiste** est un médecin qui endort et réveille la patiente pendant les interventions chirurgicales. Une **anesthésie*** peut être générale ou locale (partielle) en fonction de la situation.

Le **pathologiste** est un médecin spécialiste qui examine au microscope les **cellules*** ou les **tissus*** qui ont été prélevés.

Le **chimiothérapeute** ou **oncologue médical** est un médecin spécialisé dans le traitement des cancers par **chimiothérapie***.

Le **radiologue** est un médecin qui réalise des images d'une partie du corps ou des organes (les examens d'imagerie). Il existe différents types d'examens radiologiques : radiologie « classique » (radiologie des poumons par exemple), **mammographie***, **échographie***, **scanner***, **Imagerie par Résonance Magnétique*** ou **I.R.M.***.

Le **radiothérapeute** ou **oncologue radiothérapeute** est un médecin spécialisé dans le traitement des cancers par **radiothérapie***.

Le ou (la) manipulateur(trice) de radiologie est un(e) technicien(ne) responsable du maniement des appareils de **radiothérapie*** ou de **radiologie***. Il (elle) est aussi chargé(e) de veiller au bon déroulement de la séance de radiothérapie ou de radiologie.

L'hématologue est un médecin qui s'occupe des maladies du sang.

Le psychologue, psychiatre ou **psycho-oncologue** est spécialisé dans l'écoute des patient(e)s et des proches et peuvent aider à surmonter les difficultés psychologiques liées au cancer et à ses conséquences.

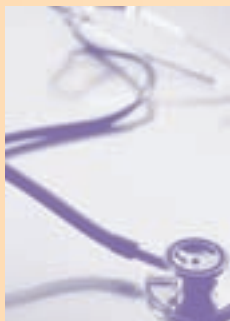
Le sexologue est un médecin spécialiste des problèmes sexuels.

L'infirmier(e) diplômé(e) d'Etat est un(e) professionnel(le) de santé chargé(e) des soins aux patientes.

L'infirmier(e) stomathérapeute est un(e) professionnel(le) de santé chargé(e) des soins spécifiques de la **stomie***.

L'assistant(e) social(e) de l'hôpital est un(e) professionnel(le) du social chargé(e) de résoudre les difficultés d'ordres économique et social de la patiente.

Les hôte(sse)s d'accueil sont chargé(e)s de renseigner et d'orienter la patiente lors de son arrivée à l'hôpital.



La cœlioscopie

1. Qu'est-ce qu'une cœlioscopie ?
2. Quel est l'objectif d'une cœlioscopie ?
3. Une cœlioscopie nécessite-elle une hospitalisation ?

1. Qu'est-ce qu'une cœlioscopie ?

Une cœlioscopie est une intervention chirurgicale qui permet de voir l'intérieur de la **cavité abdominale*** à l'aide d'un appareil optique muni d'une caméra vidéo appelé **endoscope***. On parle aussi d'examen endoscopique.

L'endoscope mesure un centimètre de diamètre. Il est introduit dans la cavité abdominale par trois petites incisions près du nombril. Afin de faciliter l'examen, l'abdomen a été au préalable gonflé avec un gaz.

Les images sont transmises à un écran de télévision.

2. Quel est l'objectif d'une cœlioscopie ?

Une cœlioscopie permet de réaliser différents **prélèvements*** (**biopsie***, **ponction cytologique***). Ces prélèvements sont ensuite analysés au **microscope*** pour confirmer ou non le diagnostic de cancer. C'est la raison pour laquelle on parle de **cœlioscopie diagnostique**. Parfois, les prélèvements sont analysés pendant la cœlioscopie (**examen extemporané***).

3. Une cœlioscopie nécessite-elle une hospitalisation ?

Une cœlioscopie diagnostique est réalisée sous **anesthésie*** générale.

Généralement, une cœlioscopie diagnostique nécessite une hospitalisation durant trois à quatre jours. Parfois, avec les techniques de chirurgie dite « ambulatoire », il est possible d'effectuer ce prélèvement en étant hospitalisé une seule journée. Cela dépend de la maladie et de l'organisation de la structure de soins où se rend la patiente ainsi que de ses antécédents médicaux.

Si des cellules cancéreuses sont découvertes dans les prélèvements effectués et analysés lors de la coelioscopie diagnostique, le chirurgien peut être amené à réaliser lors de la même opération une **laparotomie*** afin d'enlever la ou les tumeur(s). L'hospitalisation est alors plus longue et de durée variable. La patiente est systématiquement informée de cette éventualité avant l'intervention. C'est uniquement après avoir obtenu son accord que le chirurgien débute la coelioscopie.

La chirurgie du cancer de l'ovaire au stade précoce

1. Chez la femme ménopausée ou chez la femme ne désirant plus de grossesse
2. Chez la femme désirant des grossesses

La chirurgie du cancer de l'ovaire au stade précoce est différente si la femme désire des grossesses ou si elle est ménopausée ou ne désire plus de grossesse.

1. Chez la femme ménopausée ou chez la femme ne désirant plus de grossesse

Après avoir ouvert l'abdomen, le chirurgien examine d'abord les organes : les ovaires, l'utérus, l'appendice, le **péritoine***, le côlon et le rectum, l'intestin grêle, le foie, les voies biliaires, l'estomac, le pancréas, la rate, l'**épiploon*** et le **diaphragme***.

Le chirurgien prélève ensuite du liquide dans le péritoine (il y en a toujours un peu) pour en analyser les cellules. Ce prélèvement est fait soit directement par ponction (voir fiche 4 : *Les prélèvements* p. 77), s'il existe du liquide d'**ascite***, soit après **lavage péritonéal*** avec du **sérum physiologique***.

Le chirurgien dégage ensuite la tumeur avec précaution en essayant de ne pas la rompre. En général, il enlève également l'ovaire sur lequel était fixée la tumeur, avec la trompe de Fallope (on parle d'**annexectomie***). Le chirurgien peut faire réaliser immédiatement par le **pathologiste*** un premier examen appelé **examen extemporané***. Les résultats de cet examen, reçus pendant l'opération, lui permettent de confirmer le diagnostic de cancer et d'adapter la chirurgie. L'examen extemporané ne permet pas toujours de préciser la nature de la tumeur et ne remplace donc pas l'examen anatomo-cyto-pathologique, systématiquement réalisé après l'opération (voir fiche 4 : *Les prélèvements* p. 77).

Le chirurgien enlève ensuite l'autre ovaire, la trompe de Fallope associée (annexectomie bilatérale) et l'utérus en totalité (**hystérectomie*** totale). En général, le fond du vagin est fermé par une suture solide.

Après ces ablations, le chirurgien doit examiner très soigneusement toute la cavité abdominale et réalise des **prélèvements*** systématiques. Ces prélèvements sont analysés pour s'assurer que le cancer est limité

à l'ovaire. L'analyse permet ainsi de savoir quel est le **stade d'extension*** du cancer de l'ovaire.

Les prélèvements systématiques indispensables sont :

- l'ablation de l'**épiploon***. L'épiploon est un repli du péritoine accroché à l'estomac et au côlon, sur lequel des cellules cancéreuses ont pu se greffer ;
- l'appendice, s'il est en place, sur lequel des cellules cancéreuses ont pu se greffer ;
- les zones les plus souvent touchées au niveau du péritoine, notamment au niveau du **diaphragme*** ;
- enfin, comme les **ganglions*** sont touchés dans 10 à 15 % des cas, le chirurgien doit examiner les chaînes de ganglions qui sont en arrière du péritoine, le long de l'aorte, de la veine cave et des vaisseaux pelviens. Il enlève tous les ganglions qui ont augmenté de volume et certains ensembles de ganglions spécifiques (les ganglions pelviens et ceux près de l'aorte). C'est ce que l'on appelle un **curage ganglionnaire***.

La chirurgie du cancer de l'ovaire nécessite une équipe expérimentée dans ce domaine. Les suites opératoires requièrent 8 à 10 jours d'hospitalisation. Cette intervention ne laisse pratiquement pas de séquelles, mais l'ablation des ovaires provoque la **ménopause*** (si elle n'était pas déjà survenue).

Dans certaines équipes très expérimentées, l'ensemble de ces gestes est parfois réalisé par **coelioscopie***, ce qui permet de diminuer le traumatisme lié à l'opération. La patiente se rétablit ainsi plus rapidement de l'intervention chirurgicale (voir § *La chirurgie* p. 32).

La coelioscopie permet d'effectuer divers **prélèvements***. Ces prélèvements sont ensuite examinés au microscope pour confirmer ou non le diagnostic de cancer. On parle alors de « coelioscopie diagnostique ». Si des cellules cancéreuses se trouvent dans les prélèvements, le chirurgien peut être amené à réaliser une **laparotomie*** afin d'enlever la ou les tumeur(s). La patiente est systématiquement informée de cette possibilité avant l'opération. La patiente peut participer au choix des traitements et à sa prise en charge. C'est uniquement après avoir obtenu son accord que le chirurgien débute la coelioscopie (voir fiche 6 : *La coelioscopie* p. 82).

La chirurgie du cancer de l'ovaire au stade précoce

Après l'opération, tous les prélèvements sont examinés au microscope par un spécialiste (**examen anatomo-cyto-pathologique***). Si tous les prélèvements effectués en dehors de l'ovaire sont « négatifs » (sans cellule cancéreuse), on peut alors affirmer qu'il s'agit d'un stade précoce limité à l'ovaire. Si l'un ou l'autre des prélèvements contiennent des cellules cancéreuses, cela signifie que la tumeur s'est étendue au-delà de l'ovaire. Le stade est donc plus évolué et nécessite un traitement adapté.

2. Chez la femme désirant des grossesses

Deux situations peuvent se présenter : soit une tumeur est repérée uniquement sur un ovaire, soit une ou plusieurs tumeur(s) sont repérées sur les deux ovaires.

■ Une tumeur est découverte uniquement sur un ovaire

Le chirurgien n'enlève pas toujours directement l'ovaire et les ganglions. Parfois, il prélève dans un premier temps un petit morceau de l'ovaire, puis il le fait analyser immédiatement, pendant l'intervention, par le **pathologiste***. C'est ce qu'on appelle un **examen extemporané***.

Si des cellules cancéreuses sont découvertes lors de l'examen extemporané, le chirurgien enlève systématiquement l'ovaire sur lequel ces cellules ont été trouvées.

Chez la femme désirant des grossesses, et lorsque les caractéristiques histologiques de la tumeur le permettent, l'objectif est de laisser en place l'autre ovaire non touché par les cellules cancéreuses.

Quand le chirurgien décide de le laisser en place, il doit procéder à un examen très soigneux de l'ovaire laissé en place et de l'utérus.

C'est seulement si cet examen paraît tout à fait normal et si l'échographie réalisée avant l'opération était normale, que l'ovaire non touché par le cancer est laissé en place. On parle alors d'**ovariectomie*** unilatérale ou de **chirurgie conservatrice***.

Lorsque l'ovaire laissé en place ne paraît pas normal, le chirurgien réalise des prélèvements. Si aucune cellule cancéreuse n'est retrouvée

lors de l'examen anatomo-cyto-pathologique de ces prélèvements, on est alors certain que le cancer est limité à un seul ovaire et l'ovaire non touché par les cellules cancéreuses peut être laissé en place. Si l'examen anatomo-cyto-pathologique des prélèvements repère des cellules cancéreuses, cela signifie que l'ovaire laissé en place est également touché par le cancer et qu'il faut l'enlever.

Cependant, il n'est pas exceptionnel que le cancer touche les deux ovaires. C'est pourquoi, quand la patiente ne souhaite plus de grossesse, l'ablation de l'autre ovaire et de l'utérus est recommandée afin d'éviter le risque de récurrence du cancer sur cet ovaire.

Dans certains cas, l'examen anatomo-cyto-pathologique extemporané ne permet pas de se prononcer clairement sur le diagnostic de cancer. Le choix d'effectuer une chirurgie conservatrice ou non est alors délicat. Dans ce cas, le chirurgien préfère parfois arrêter l'intervention plutôt que de faire des gestes irréversibles. Après avoir obtenu un diagnostic certain de cancer et en accord avec la patiente, une seconde intervention peut alors être nécessaire quelques jours après. Celle-ci permet de compléter la première opération. Réaliser une seconde intervention est sans danger chez des femmes jeunes.

A la fin de l'intervention, le chirurgien examine l'intérieur de l'utérus à l'aide d'une technique appelée **hystéroscopie***. Un appareil placé dans l'utérus permet de voir l'intérieur de l'utérus et de s'assurer que la cavité n'est pas envahie par les cellules cancéreuses. En cas de doute, des prélèvements (dits curetage de l'utérus) sont réalisés.

Quelle que soit la technique utilisée, la chirurgie doit être la plus complète possible, c'est-à-dire qu'elle ne doit pas laisser de cellules cancéreuses en place. Pour cela, il est nécessaire que des prélèvements soient faits de façon systématique à tous les endroits où l'on sait que les cellules cancéreuses vont le plus souvent :

- l'**épiploon*** ;
- l'appendice, s'il est en place ;
- les zones les plus souvent touchées au niveau du **péritoine***, notamment au niveau du **diaphragme*** ;
- les **ganglions*** situés en arrière du péritoine, le long des vaisseaux pelviens, de l'aorte et de la veine cave ;

La chirurgie du cancer de l'ovaire au stade précoce

- le liquide de la cavité abdominale. S'il n'y a pas d'*ascite**, un *lavage péritonéal** permet de prélever le liquide afin de l'examiner au microscope

■ Une ou plusieurs tumeur(s) sur les deux ovaires sont découvertes.

Dans le cas où une ou plusieurs tumeurs sont découvertes sur les deux ovaires, il est nécessaire d'enlever les deux ovaires. Le chirurgien peut conserver l'utérus après l'avoir examiné pendant l'opération. La suite de l'opération est identique à celle de l'ablation d'une tumeur sur un seul ovaire (Voir § Une tumeur est découverte uniquement sur un ovaire p. 35).

Le fait de garder l'utérus en place permet, si la femme le souhaite, d'avoir des règles grâce à un traitement hormonal substitutif (voir chap. *Est-il possible de poursuivre un traitement hormonal substitutif de la ménopause?* p. 52). Cela permet également une grossesse mais uniquement par don d'*ovocytes**.

La chirurgie du cancer de l'ovaire au stade avancé

1. Quel est l'objectif de la chirurgie du cancer de l'ovaire au stade avancé ?
2. Quelle préparation avant la chirurgie ?
3. Quelles sont les étapes de la chirurgie proprement dite ?
4. Que se passe-t-il après l'opération ?

Dans un cancer de l'ovaire au stade avancé, la tumeur peut être volumineuse (parfois plus de 10 cm de diamètre). On arrive ainsi quelquefois à des tumeurs de poids très importants (plusieurs centaines de grammes, voire de l'ordre du kilogramme). Parfois, de petites tumeurs en forme de boules dures apparaissent sur le **péritoine*** (nodules* péritonéaux).

1. Quel est l'objectif de la chirurgie du cancer de l'ovaire au stade avancé ?

Le but de l'intervention chirurgicale est d'enlever le maximum de tumeur dans l'abdomen.

2. Quelle préparation avant la chirurgie ?

La chirurgie du cancer de l'ovaire dans sa forme avancée est souvent une chirurgie importante. Elle nécessite une grande expérience chirurgicale. L'opération est longue (3 à 6 heures) et il y a des risques de saignements pouvant nécessiter des transfusions.

Un **bilan*** soigneux et complet est effectué avant l'opération. Un **cathéter*** veineux central peut être mis en place pour les perfusions et les transfusions éventuelles pendant l'intervention (voir fiche 12 : *Les cathéters* p. 104).

Le tube digestif peut être touché par les cellules cancéreuses et la patiente doit être préparée comme pour une intervention de chirurgie digestive (**lavements*** ou 3 litres d'un produit qui permet de nettoyer les intestins à boire la veille de l'intervention).

La chirurgie du cancer de l'ovaire au stade avancé

3. Quelles sont les étapes de la chirurgie ?

Le chirurgien doit pouvoir accéder à toute la **cavité abdominale***. De ce fait, l'ouverture au niveau du ventre est large (25 à 30 cm). Après avoir ouvert le ventre, le chirurgien examine tous les organes. Il observe la tumeur : son aspect, sa situation et son volume. Ces renseignements sont utiles pour choisir le traitement le mieux adapté.

S'il y a de l'ascite, il prélève et évacue le liquide d'**ascite*** afin de l'analyser au **microscope***. S'il n'y a pas d'ascite, un **lavage péritonéal*** permet de récupérer des cellules de la cavité afin de les analyser.

Le chirurgien prélève ensuite un petit morceau de tumeur pour confirmer le diagnostic de cancer.

Si le diagnostic de cancer est confirmé, le chirurgien enlève les deux ovaires, les **trompes de Fallope***, l'utérus, ainsi que l'**épiploon*** en totalité jusqu'à l'estomac. Il examine ensuite tous les organes présents dans la cavité abdominale.

Le chirurgien procède ensuite à un **curage*** des ganglions du **pelvis***. On parle aussi de **lymphadénectomie***. L'appendice, s'il est en place, est systématiquement enlevé.

Puis le chirurgien tente d'enlever le maximum de **nodules*** tumoraux (petites boules de tumeur). Pour cela, il est parfois obligé d'enlever des morceaux de **péritoine***, des segments d'intestin grêle ou de côlon et, quelquefois, la **rate***. Tous ces gestes ne sont pas systématiques mais sont faits en fonction de ce que le chirurgien découvre pendant l'intervention.

Si l'intervention n'a pas été trop longue et lorsque le maximum de tumeur a été enlevé, le chirurgien retire les ganglions situés autour de l'aorte et de la veine cave pour terminer.

Si le chirurgien a enlevé toute la tumeur ou en a laissé très peu, la chirurgie est dite complète ou optimale.

S'il a dû laisser en place des parties de la tumeur un peu volumineuses (plus de 2 cm), la chirurgie est dite suboptimale.

Parfois, le **bilan*** fait avant l'opération montre que l'**extension*** de la tumeur est telle qu'il sera très difficile pour le chirurgien d'enlever complètement la tumeur de façon satisfaisante. Le chirurgien peut alors

faire une petite intervention (mini **laparotomie*** ou **coelioscopie***) pour effectuer des **prélèvements*** sur la tumeur et confirmer le diagnostic. Le traitement commence alors par une **chimiothérapie***. La chimiothérapie fait régresser la tumeur. Après 3 ou 4 cures de chimiothérapie, la taille de la tumeur a diminué et l'intervention est alors plus facile. On parle de réduction chirurgicale d'intervalle. Ce traitement n'est pas pratiqué de façon systématique (il s'agit d'une **option***).

Si le rectum a été envahi par les cellules cancéreuses, le chirurgien peut être obligé d'en enlever une partie. Il rattache alors ensemble le côlon et la partie terminale du rectum. En attendant la cicatrisation et afin d'éviter des complications (infection, **fistule***), le chirurgien peut être amené à créer une ouverture au niveau du ventre. Il relie ensuite à l'intestin cette ouverture. C'est ce qu'on appelle une **stomie***. Le plus souvent, l'organe réuni à la peau est le côlon ; on parle alors de colostomie.

Le but de la stomie est de dériver complètement les matières fécales vers une poche située à l'extérieur du corps afin d'empêcher qu'elles ne passent au niveau de la suture. Cette ouverture peut être maintenue de 6 semaines à plusieurs mois. Elle peut ensuite être fermée au cours d'une petite intervention chirurgicale. Les selles reprennent alors leur voie naturelle.

Chaque fois que possible, le chirurgien évite cette stomie. **La stomie est rare dans le traitement du cancer de l'ovaire.** Si toutefois elle a été nécessaire, l'infirmière spécialisée dans ce domaine (l'infirmière stomathérapeute) peut apporter à la patiente toutes les informations dont elle a besoin.

La colostomie est plus fréquente dans le traitement du cancer du rectum. Dans la même collection que ce guide « Comprendre le cancer de l'ovaire », le guide SOR SAVOIR « Comprendre le cancer du rectum » sera disponible en 2003. Ce guide contient une fiche complémentaire d'information sur la colostomie. Dès 2003, la patiente pourra également se procurer cette fiche sur le site Internet de la Fédération des Centres de Lutte Contre le Cancer <http://www.fnclcc.fr/indexcancer.htm> rubrique « Comprendre le cancer du rectum ».

La chirurgie du cancer de l'ovaire au stade avancé

4. Que se passe-t-il après l'opération ?

Après l'opération, la patiente peut rester quelques jours dans le service des soins intensifs ou en réanimation. Son estomac est maintenu vide par une sonde* qui passe par le nez (sonde nasogastrique) avant que le transit intestinal ne reprenne. Une sonde urinaire est introduite par l'urètre* jusque dans la vessie. Une sonde urinaire est un tuyau (de 35 à 40 cm) en latex ou en silicone qui permet de récupérer les urines stockées dans la vessie et de les évacuer à l'extérieur grâce à un sac (une poche) qui les collecte. Cette sonde est maintenue en place quelques jours pour évacuer en permanence les urines et garder ainsi la vessie vide. De plus, la sonde urinaire apporte un certain confort à la patiente : cela lui évite de se lever ou de devoir utiliser un bassin pour uriner. Le retrait de la sonde est indolore.

Des calmants contre la douleur sont administrés régulièrement. Les perfusions sont maintenues jusqu'à ce que l'alimentation et le transit intestinal reprennent, ce qui peut demander plusieurs jours. Des piqûres d'anticoagulants* sont réalisées afin d'éviter les phlébites*. La surveillance doit être stricte afin d'éviter toute complication.

La patiente est hospitalisée entre 12 à 21 jours. Ce type d'intervention permet le plus souvent de reprendre une vie normale par la suite, sans régime alimentaire particulier.

Après la chirurgie, que l'opération paraisse complète ou que le chirurgien n'ait pas pu retirer complètement la tumeur, une chimiothérapie* doit commencer rapidement pour éviter que la tumeur se développe à nouveau dans l'abdomen (voir chap. *La chimiothérapie* p. 39).

La chirurgie de réévaluation

- 1 En quoi consiste la chirurgie de réévaluation ?
- 2 Quels sont les objectifs de la chirurgie de réévaluation ?
- 3 Quelles sont les examens nécessaires avant la chirurgie de réévaluation ?
- 4 Quels sont les résultats possibles des prélèvements réalisés lors de la chirurgie de réévaluation ?

1. En quoi consiste la chirurgie de réévaluation ?

Une chirurgie de réévaluation est réalisée après une première chirurgie et une chimiothérapie. Elle permet aux médecins de mieux comprendre l'évolution de la maladie, de déterminer si le traitement doit être poursuivi et comment il doit l'être.

On parle aussi de chirurgie de *second look*.

La chirurgie de réévaluation n'est pas systématique : il s'agit d'une option*. Certaines équipes médicochirurgicales* la proposent avant de déterminer la suite du traitement.

La chirurgie de réévaluation est une intervention beaucoup plus simple que la première opération. Elle nécessite simplement une petite incision. Elle peut être réalisée par une nouvelle laparotomie* ou par coelioscopie*. Une nouvelle chirurgie peut être délicate à cause des cicatrices de l'intervention initiale. La coelioscopie présente l'avantage d'être moins traumatisante et entraîne une hospitalisation de plus courte durée.

2. Quels sont les objectifs de la chirurgie de réévaluation ?

La chirurgie de réévaluation permet :

- d'effectuer des prélèvements* systématiques dans les endroits où les cellules cancéreuses sont susceptibles de se loger, ainsi que dans les moindres zones douteuses ;
- de compléter la première chirurgie si elle a été incomplète, notamment de procéder à un curage ganglionnaire* ;
- de refermer une éventuelle colostomie* de protection.

La chirurgie de réévaluation

3. Quelles sont les examens nécessaires avant la chirurgie de réévaluation ?

Cette deuxième chirurgie nécessite un bilan avant l'intervention. Ce bilan préopératoire permet de juger de la nécessité ou non de réaliser cette seconde intervention. Il est réalisé à la fin de la **chimiothérapie*** qui a suivi la première opération chirurgicale. Ce bilan comprend un **examen clinique***, un dosage des **marqueurs tumoraux*** (en particulier CA 125) et un **scanner*** de l'**abdomen*** et du **pelvis***. Le dosage du marqueur CA 125 permet de vérifier l'efficacité de la première chirurgie.

4. Quels sont les résultats possibles des prélèvements réalisés lors de la chirurgie de réévaluation ?

Plusieurs situations sont possibles :

- aucune cellule tumorale n'est retrouvée dans les prélèvements de **cellules*** (cytologie) et de **tissus*** (biopsie) analysés pendant et après cette nouvelle opération. La réévaluation est dite négative. Dans ce cas, on parle de **rémission*** complète.
- aucune tumeur n'est visible ou palpable, mais l'analyse au microscope des prélèvements a révélé qu'il y avait encore des cellules cancéreuses. La réévaluation est dite « microscopiquement positive ».
- une tumeur est à nouveau visible ou palpable et l'analyse des prélèvements a révélé la présence de cellules cancéreuses. La réévaluation est dite « macroscopiquement positive », c'est-à-dire qu'on voit de la tumeur à l'œil nu. Des traitements sont alors mis en œuvre.

Les effets secondaires de la chimiothérapie

1. Les nausées et les vomissements
3. La constipation
4. Les aphtes
5. La chute des cheveux
6. La diminution temporaire de certains globules blancs
7. La diminution des globules rouges
8. La diminution des plaquettes
9. La fatigue
10. Des problèmes rénaux
11. Une sensibilité particulière aux médicaments
12. Des douleurs musculaires et articulaires
13. Des picotements dans les doigts et les orteils

1. Les nausées et les vomissements

Les nausées et les vomissements sont redoutés par les patientes. Autrefois très fréquents dans les jours suivant la chimiothérapie, ils sont aujourd'hui moins intenses grâce aux médicaments utilisés actuellement et à l'action préventive de nouveaux médicaments **antiémétiques*** puissants (médicaments qui empêchent les vomissements). Il est néanmoins possible de se sentir « barbouillée » pendant plusieurs jours. Les nausées commencent souvent le soir ou le lendemain de la perfusion. Elles durent rarement plus de quelques jours.

Une fois rentrée chez elle, si la patiente souffre de nausées ou de vomissements malgré les médicaments qui lui sont prescrits, elle ne doit pas hésiter à appeler son médecin traitant. Il arrive que pendant la chimiothérapie, certaines personnes ressentent un mauvais goût dans la bouche ou une sensibilité particulière aux odeurs.

Il n'y a pas de conseil particulier pour l'alimentation : il est possible de manger comme d'habitude et ce que l'on souhaite. Il est toutefois préférable de privilégier une alimentation équilibrée et des repas plus légers avant la **perfusion*** de chimiothérapie. Après la perfusion, les boissons gazeuses ou à base de cola peuvent soulager la patiente en cas de nausées. Il vaut mieux supprimer le tabac, les repas trop riches ou épicés. En quantité modérée, le vin n'est pas contre-indiqué.

Les effets secondaires de la chimiothérapie

A l'inverse de ce que l'on pense généralement, la chimiothérapie ne fait pas maigrir. Au contraire, il est fréquent de constater une prise de poids de quelques kilos pendant le traitement. La chimiothérapie n'est pas elle-même responsable de la prise de poids. Les perturbations hormonales liées à la maladie ainsi que le stress et le ralentissement de l'activité physique peuvent y contribuer. Pour régler ce problème de poids, des diététiciennes peuvent donner des conseils adaptés. Il ne faut pas hésiter à en parler au médecin qui peut orienter la patiente vers une diététicienne.

2. Les diarrhées

En cas de diarrhées, il est conseillé de boire abondamment eau, thé, bouillon et/ou boissons gazeuses afin d'éviter une déshydratation. Si les diarrhées persistent plus d'une journée, la patiente doit prévenir le médecin. Celui-ci peut prescrire des médicaments ou un régime alimentaire antidiarrhéique.

3. La constipation

La constipation est assez fréquente. Elle peut être liée aux médicaments antiémétiques ainsi qu'à l'inactivité physique. Un traitement peut être prescrit par le médecin afin de soulager la patiente.

4. Les aphtes

Une chimiothérapie peut provoquer des aphtes. On parle aussi de **mucite buccale***. Les aphtes sont relativement rares. Ils varient en fonction des **protocoles*** de chimiothérapie utilisés. La patiente peut les prévenir en évitant de manger certains aliments qui peuvent favoriser l'apparition d'aphtes (gruyère, ananas, noix etc.) et en réalisant après les repas des bains de bouche prescrits par le médecin.

5. La chute des cheveux

La chute des cheveux (alopécie) est fréquente mais toujours temporaire. Il s'agit souvent d'une chute de cheveux progressive qui commence quinze jours à trois semaines après la première perfusion. La chute des cheveux s'accompagne parfois pendant quelques jours de douleurs au niveau du crâne. L'alopécie peut toucher les poils présents sur tout le corps et le visage.

Le jour de la cure de chimiothérapie, il est conseillé de ne pas se brosser les cheveux. Pendant les huit jours qui la suivent, il est préférable de ne pas se les laver.

Entre les cures, il est recommandé d'éviter les teintures, les mises en plis, les brushings ainsi que les permanentes qui fragilisent les cheveux. Il est conseillé de traiter les cheveux avec précaution (lavage à l'eau tiède, faible dose de shampooing doux, séchage à l'air libre ou à basse température, brosse à poils souples).

La femme peut être impressionnée par le nombre de cheveux qu'elle perd en se peignant à la suite d'une cure de chimiothérapie. Néanmoins, malgré cela, certaines personnes conservent une chevelure assez fournie.

Pour mieux vivre cette chute de cheveux, la patiente peut acheter une perruque (prothèse capillaire) chez le coiffeur ou dans un magasin spécialisé. Le médecin fournit à la patiente un certificat médical qui lui permet de se faire rembourser une partie du prix de la perruque par sa caisse d'assurance maladie et sa mutuelle. Se faire accompagner peut être utile : la patiente peut ainsi se faire conseiller sur la perruque la mieux adaptée par quelqu'un qui la connaît bien.

Afin que l'alopécie se remarque le moins possible, d'anciennes patientes conseillent de porter la perruque dès le début de la chute des cheveux.

Si la patiente ne souhaite pas porter de perruque ou si elle ne la porte que de temps en temps, les foulards, bandeaux ou chapeaux sont de bons compromis.

La perte des cheveux est **toujours temporaire**. Ils repoussent toujours, la plupart du temps à la fin de la chimiothérapie. Il faut savoir que même si les cheveux repoussent plus fins ou différents au début, ils retrouvent petit à petit leur aspect initial.

Selon les médicaments de chimiothérapie utilisés, on peut proposer à la patiente de porter un casque réfrigérant pendant la séance de chimiothérapie. Le froid, en contractant les vaisseaux sanguins du cuir chevelu, diminue la concentration des produits à cet endroit. L'efficacité du casque dépend du produit de chimiothérapie perfusé : selon les médicaments injectés, le casque est plus ou moins performant. De plus, son efficacité est variable selon les patientes (voir fiche 11 : *Le casque réfrigérant* p. 101).

Les effets secondaires de la chimiothérapie

Pour les femmes ayant les cheveux longs, il est parfois plus adapté d'avoir une coupe plus courte. Cela permet que le casque soit plus efficace et atténue le caractère désagréable de la chute des cheveux.

6. La diminution temporaire de certains globules blancs

La quantité de certains globules blancs, appelés polynucléaires neutrophiles, diminue souvent. Cette baisse est généralement sans conséquence dans la mesure où elle est de courte durée. La quantité de globules blancs remonte spontanément le plus souvent en moins de trois semaines. Cette remontée ne dépend pas de l'alimentation ni des conditions de vie.

Selon les médicaments de chimiothérapie injectés, le nombre de globules blancs peut être surveillé par des prises de sang régulières. Si la quantité de globules blancs n'est pas remontée avant la séance de chimiothérapie suivante, le médecin peut décider de retarder la poursuite du traitement d'une semaine. Parfois, il prescrit des médicaments particuliers.

Si la quantité de globules blancs chute de façon trop importante, on parle d'**aplasie***. Il existe alors un risque d'infection. La patiente peut néanmoins mener une vie tout à fait normale et sortir sans risque. Cependant, il est recommandé d'éviter le contact avec des enfants enrhumés ou malades et de ne pas participer à des « bains de foule ».

Si une fièvre apparaît, il est important de le signaler immédiatement au médecin. Celui-ci fait faire alors une prise de sang. Si une aplasie apparaît en plus d'une fièvre, un traitement par antibiotiques est administré pour éviter les complications infectieuses. La patiente est parfois hospitalisée afin d'être mieux surveillée.

7. La diminution des globules rouges

La quantité de globules rouges (hématies) peut diminuer de façon modérée et toujours en fin de traitement. Cette baisse s'appelle une **anémie***. Il est rarement nécessaire de faire des transfusions de sang dans le cas d'une chimiothérapie utilisée pour traiter un cancer de l'ovaire.

8. La diminution des plaquettes

La diminution des plaquettes (thrombopénie) est liée notamment à un médicament spécifique, le carboplatine. Les plaquettes permettent la coagulation du sang, c'est-à-dire qu'elles donnent au sang une consistance solide. En cas de diminution des plaquettes, il y a un risque d'hémorragie lors de coupures accidentelles. Une baisse des plaquettes peut également entraîner une fatigue.

9. La fatigue

La fatigue est fréquente pendant les jours qui suivent la chimiothérapie. Elle peut être physique et/ou morale. Cette fatigue est liée à plusieurs facteurs :

- la maladie elle-même ;
- les effets secondaires de la chimiothérapie, comme la baisse des globules dans le sang ;
- la combinaison de plusieurs traitements ;
- les soucis occasionnés par la maladie, l'opération, l'angoisse de l'avenir.

Cette fatigue s'accompagne parfois de changements d'humeur et d'une sensation d'irritabilité. Il n'y a cependant pas de contre-indication à avoir une activité normale et à faire ce qu'on a envie de faire.

Parfois, la fatigue et les effets secondaires nécessitent d'adapter son rythme et de trouver un nouvel équilibre entre activités et repos.

Si la patiente se sent en forme, elle peut garder ses activités habituelles selon ses envies et ses capacités.

Il faut savoir qu'il n'y a pas de contre-indication pour la plupart des vaccinations. Mais ce n'est pas forcément le meilleur moment pour se faire vacciner. Il est conseillé de demander l'avis de son médecin.

10. Des problèmes rénaux

Un médicament de chimiothérapie, le cisplatine, est toxique pour les reins. Afin de diminuer sa toxicité, une hyperhydratation de la patiente avant et pendant la chimiothérapie permet de prévenir cet effet secondaire. L'hyperhydratation nécessite une hospitalisation d'un jour ou deux pour

Les effets secondaires de la chimiothérapie

chaque cure de chimiothérapie. Elle consiste à injecter à la patiente par perfusion du liquide ressemblant à celui dans lequel baignent les **cellules*** (**sérum physiologique*** par exemple) et à lui faire boire beaucoup d'eau. Elle permet de diluer le médicament dans l'eau et diminue donc sa toxicité, mais non son efficacité.

11. Une sensibilité particulière aux médicaments

Une hypersensibilité liée à l'administration de certains médicaments de chimiothérapie comme le paclitaxel (ou Taxol,). Cette hypersensibilité nécessite de prendre au préalable des médicaments à base de corticoïdes (cortisone) et d'antihistaminiques (médicaments contre les allergies).

12. Des douleurs musculaires et articulaires

Des douleurs musculaires et articulaires sont provoquées par un médicament de chimiothérapie particulier, le paclitaxel (Taxol). Certaines patientes ressentent des douleurs durant les quelques jours qui suivent la cure de chimiothérapie. Ces douleurs peuvent être intenses. Elles sont souvent localisées et se prolongent pendant quatre à cinq jours. Elles sont ensuite plus supportables et disparaissent. Elles sont toutefois susceptibles de réapparaître en cas de fatigue. Il ne faut pas hésiter à en parler au médecin qui peut prescrire des médicaments contre la douleur pendant cette période.

13. Des picotements dans les doigts et les orteils

Des picotements dans les doigts et les orteils (paresthésie) sont peu fréquents mais peuvent toutefois devenir très gênants. Ils diminuent après le traitement. Il ne faut pas hésiter à informer le médecin lorsqu'ils surviennent.

Le casque réfrigérant

1. Pourquoi propose-t-on de mettre un casque réfrigérant sur la tête ?
2. Comment le casque est-il posé ?
3. Quels sont les inconvénients du casque ?
4. Y a-t-il des contre-indications au port du casque ?

1. Pourquoi propose-t-on de mettre un casque réfrigérant sur la tête ?

Un des objectifs du traitement par chimiothérapie* est d'empêcher les cellules cancéreuses de se multiplier. Les médicaments de chimiothérapie circulent dans l'ensemble du corps. Ces médicaments s'attaquent aux cellules cancéreuses, mais aussi à certaines cellules saines qui se multiplient rapidement comme les cellules à l'origine des poils et des cheveux. C'est la raison pour laquelle certains médicaments anticancéreux entraînent une perte des poils et en particulier des cheveux. C'est ce qu'on appelle une alopécie*.

Cette alopécie est l'un des effets secondaires de la chimiothérapie. Elle est souvent mal vécue. En effet, outre les contraintes de la maladie et du traitement, les patientes sont atteintes dans leur image corporelle. Ceci peut avoir un grand impact sur leur qualité de vie.

En fonction du produit de chimiothérapie, porter un casque réfrigérant pendant la perfusion de chimiothérapie peut limiter de façon importante l'alopécie et contribuer ainsi à une amélioration du bien-être. Le traitement peut être alors mieux supporté. Cependant, l'effet du casque est beaucoup moins performant avec certains médicaments comme les taxanes, médicaments de chimiothérapie utilisés dans le traitement du cancer de l'ovaire.

Le casque réfrigérant

Le casque, très froid (-18° à -25°), est posé sur la tête de la patiente. Le casque est sans danger pour le cerveau. Le froid entraîne une vasoconstriction, c'est-à-dire une contraction des vaisseaux sanguins qui diminuent alors de taille. Ainsi, le sang circule moins bien autour de la racine du cheveu. Moins atteinte par les médicaments, la racine continue à se développer normalement, ce qui permet de diminuer la chute des cheveux.

2. Comment le casque est-il posé ?

Le casque est constitué d'une poche dans laquelle un gel de glycérine est réparti de façon uniforme. Pour que le casque soit efficace, on le place préalablement au minimum 12 heures au congélateur, à une température comprise entre -25°C et -30°C .

Pour une plus grande efficacité, les cheveux sont préalablement mouillés (bonnet à usage unique humidifié à l'eau froide ; pulvérisation d'eau sur les cheveux ; etc.). Cette étape prépare la patiente à une basse température, isole la tête du contact direct avec le casque et surtout, chasse l'air qui circule dans les cheveux.

Le casque doit être uniquement en contact avec le cuir chevelu. La nuque, les tempes, les oreilles et le front doivent être protégés par du coton.

Le casque est installé, puis fixé à l'aide de bandes pour qu'il adhère bien au cuir chevelu. Il doit être disposé sur l'ensemble du cuir chevelu pour ne pas créer de zones d'alopécie.

Le casque est placé environ quinze minutes avant le début de la perfusion. Il doit rester sur la tête tout le temps de la perfusion de chimiothérapie.



La pose du casque réfrigérant

3. Quels sont les inconvénients du casque ?

Le casque n'est pas toujours bien toléré par les patientes.

La pose du casque est désagréable les dix premières minutes. Elle est parfois douloureuse. Il arrive que le casque provoque des maux de tête importants. Ils peuvent survenir dans les heures qui suivent le port du casque. Des médicaments adaptés à la patiente (aspirine, paracétamol, etc.) peuvent atténuer ces maux de tête. Pris une demi-heure avant la pose du casque, ils permettent à la patiente de mieux le supporter.

La sensation de froid, provoquée par la très basse température nécessaire au bon fonctionnement du casque, peut se propager sur la nuque et dans tout le corps, entraînant ainsi des tremblements. D'anciennes patientes suggèrent de placer une serviette éponge autour du cou afin de diminuer la sensation de froid. La serviette permet en outre d'éviter que de l'eau ne coule dans le cou quand le casque se réchauffe. Les patientes conseillent également de prévoir un châle et de ne pas hésiter à demander une couverture supplémentaire en cas de sensation de froid.

Si la durée de perfusion est longue, le casque, qui se réchauffe à l'air ambiant, nécessite d'être changé pour ne pas devenir inefficace. Le plus souvent, il est remplacé toutes les quarante-cinq minutes jusqu'à la fin de la perfusion. Si un bonnet humidifié a été mis en place sous le casque, il est également remplacé à cette occasion.

4. Y a-t-il des contre-indications au port du casque ?

Le port du casque réfrigérant est contre-indiqué chez les patientes atteintes d'un cancer du sang ou de la lymphe.

Les cathéters

1. Qu'est-ce qu'un cathéter ?
2. A quoi sert un cathéter ?
3. Existe-t-il plusieurs types de cathéters ?
4. Comment le cathéter est-il mis en place ?
5. Comment cette mise en place se déroule-t-elle ?
6. Comment se préparer à la pose d'un cathéter ?
7. Quelles sont les complications possibles ?
8. Y a-t-il des contre-indications ou recommandations spécifiques au port d'un cathéter ?

1. Qu'est-ce qu'un cathéter ?

Un cathéter est un tuyau **stérile***, très fin, introduit le plus souvent dans une veine de la base du cou.

2. A quoi sert un cathéter ?

Ce tuyau permet d'administrer rapidement des médicaments de **chimiothérapie*** par les veines sans trop les irriter. Il permet d'éviter de faire une piqûre dans le bras de la patiente lors de chaque cure de chimiothérapie, ce qui peut devenir pénible. Il peut aussi être utilisé pour injecter d'autres médicaments que ceux de la chimiothérapie (antibiotiques, médicaments contre les vomissements, etc.) ou pour effectuer les **prélèvements*** de sang nécessaires aux examens biologiques.

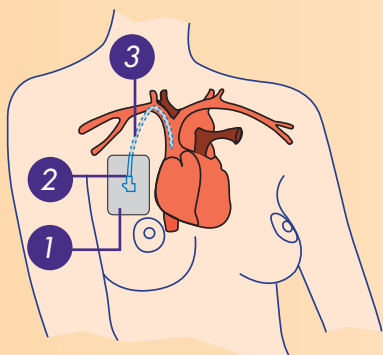
Le cathéter est le plus souvent posé lors de la première cure de chimiothérapie et reste en place entre les cures. Il est laissé en place un peu plus longtemps que le temps des traitements.

3. Existe-t-il plusieurs types de cathéters ?

Il existe deux types de cathéters :

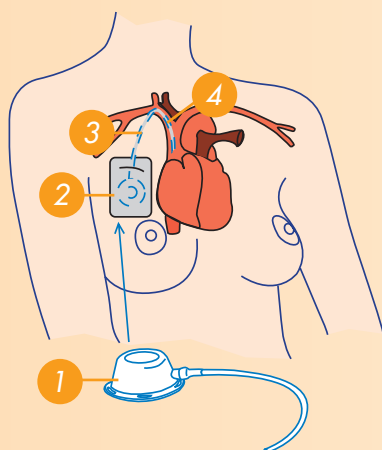
- le cathéter simple ou cathéter veineux central ;
- le cathéter à site d'injection implantable.

Le cathéter simple sort sous la **clavicule***. Il porte plusieurs noms : cathéter sous-clavier, cathéter veineux central, accès veineux central, voie centrale, voie veineuse profonde ou encore cathéter à manchon, mais le principe reste le même.



Le cathéter simple ou cathéter veineux central

- 1 - Pansement cachant le raccord externe
- 2 - Raccord externe du cathéter
- 3 - Cathéter situé sous la peau



Le cathéter à site implantable

- 1 - Site ou chambre implantable
- 2 - Pansement postopératoire
- 3 - Cathéter sous-cutané
- 4 - Cathéter intraveineux

Le cathéter à site d'injection implantable possède à son extrémité un boîtier posé sous la peau du thorax au-dessus du sein. Le boîtier est un petit réservoir de deux à trois centimètres en matériel synthétique **stérile***.

4. Comment le cathéter est-il mis en place ?

Le plus souvent, la pose du cathéter n'est pas douloureuse. Ce geste est couramment réalisé sous **anesthésie*** locale par les médecins anesthésistes. Il n'est pas nécessaire d'être à jeun.

La pose du cathéter nécessite un nettoyage minutieux de la peau afin d'éviter les infections. Le cathéter est systématiquement posé dans une salle prévue à cet effet, au bloc opératoire afin d'éviter les risques d'infection. Une radiographie est ensuite effectuée pour vérifier que le cathéter est bien positionné.

Les cathéters

5. Comment cette mise en place se déroule-t-elle ?

■ La pose du cathéter «simple»

Le cathéter est introduit dans une veine, puis son extrémité est glissée sous la peau du thorax pour sortir quelques centimètres plus loin. Quelques points de suture sont alors nécessaires afin de maintenir le système en place. Le fil placé au niveau du cou, à l'endroit où le tuyau entre dans la veine, est enlevé au bout d'une semaine. L'extrémité extérieure du tuyau qui permet de brancher le cathéter aux perfusions* de médicaments de chimiothérapie est une sorte de « robinet » fermé par un bouchon et recouvert d'un pansement stérile*.

La pose du cathéter « simple » dure environ trente minutes.

Après la pose, une radiographie de contrôle permet de s'assurer du bon positionnement du cathéter. La patiente reste ensuite environ une heure en surveillance avant de repartir. Les traitements de chimiothérapie peuvent être administrés immédiatement. Un pansement est laissé en place.

Ce cathéter est généralement préféré lorsque le traitement par chimiothérapie est de courte durée. Il demande de la part de la patiente et de l'équipe médicale une surveillance et une hygiène attentive.

Ce type de cathéter nécessite des pansements stériles réguliers chaque semaine. Une infirmière à domicile effectue une surveillance et vérifie l'aspect de la peau. Les informations nécessaires sont fournies à la patiente afin qu'elle sache quel type de toilette elle peut faire (bains ou douches).

■ La pose du cathéter à site implantable

Le cathéter à site implantable est une sorte de réservoir, placé sous la peau.

Le cathéter est introduit dans une veine, puis son extrémité est glissée sous la peau du thorax. La mise en place du réservoir nécessite une petite incision de la peau (3 à 4 cm). Les points sont enlevés après 7 à 10 jours. Par la suite, il subsistera une légère cicatrice.

Parfois, la pose de ce cathéter peut s'effectuer en même temps que

l'intervention chirurgicale (ce que la patiente peut demander), mais le plus souvent, il est installé sous anesthésie locale comme le cathéter simple.

La pose du cathéter à site implantable dure environ cinquante minutes.

On peut localiser au toucher le boîtier (ou la capsule) par lequel on injecte les produits. Ce type de cathéter ne nécessite pas de soins particuliers. Le boîtier étant sous la peau, il ne nécessite pas de pansement, sauf immédiatement après la pose. Il permet de se vêtir, faire du sport, se baigner, voyager, etc. sans problème. Il offre donc une qualité de vie meilleure que le cathéter simple. Il est d'ailleurs généralement plus utilisé que le cathéter simple.

Après la pose, une **radiographie*** de contrôle permet de s'assurer du bon positionnement du cathéter. La patiente reste ensuite environ une heure en surveillance avant de repartir. Les traitements de chimiothérapie peuvent être administrés immédiatement.

Ce réservoir sous la peau est ponctionné par une aiguille spéciale lors de chaque perfusion.

6. Comment se préparer à la pose d'un cathéter ?

Il est recommandé de signaler le plus tôt possible à l'équipe médicale :

- une allergie aux anesthésiques locaux, à l'iode ou aux produits de contraste de radiologie ;
- une infection, de la fièvre ou un traitement par antibiotiques ;
- des **antécédents*** de chirurgie au niveau du cou ou au niveau du thorax ;
- des traitements **anticoagulants*** (héparine, Previscan®, Sintron®, etc.) ou anti-agrégants plaquettaires (par exemple Ticlid®, plavix, aspirine) qui doivent parfois être suspendus avant la pose du cathéter ;
- des antécédents de saignement anormal (lors d'opérations antérieures ou dans la famille) ;
- des troubles pulmonaires ;
- un système implanté, du type pacemaker ou valve de dérivation du liquide céphalo-rachidien par exemple ;

Les catheters

- la pratique d'un sport ou d'une activité risquant de déplacer le cathéter ;
- une radiothérapie ou une chirurgie du cou ou du thorax (prévue ou déjà effectuée) ;
- une **aplasie*** (globules blancs bas) ou des traitements qui risquent d'en provoquer une dans les dix jours à venir (chimiothérapie déjà commencée) ;
- une angoisse à l'idée de cette pose de cathéter. Les infirmières peuvent prescrire un tranquillisant léger.

7. Quelles sont les complications possibles ?

- Lors de la mise en place, les complications (**pneumothorax***, saignements, tension artérielle) sont très rares. Elles représentent moins de 1 % des cas. L'équipe de médecins anesthésistes-réanimateurs intervient immédiatement en cas de besoin.
- Le tuyau et/ou le site implantable sont des « corps étrangers » sur lesquels une infection peut se fixer. Une **phlébite*** peut parfois apparaître. Il est nécessaire de signaler rapidement au médecin toute douleur locale intense, tout gonflement anormal, rougeur, écoulement au niveau du point de piqûre, fièvre ou frisson, toute gêne respiratoire et tout gonflement du bras, du visage ou du cou.
- L'apparition d'un bleu est fréquente au niveau du cou ou sur le trajet du tuyau sous la peau. Il s'accompagne parfois de douleurs locales. Ces douleurs modérées disparaissent en quelques heures ou quelques jours.

8. Y a-t-il des contre-indications ou recommandations spécifiques au port d'un cathéter ?

Le port de la ceinture de sécurité est parfois difficile. Il est recommandé d'éviter les mouvements violents répétés et de prévenir les chocs au niveau de l'endroit où est implanté le cathéter.

Les différentes étapes du traitement par radiothérapie

1. Le centrage
2. La préparation de la mise en traitement
3. Le calcul de la distribution de la dose (la dosimétrie)
4. Le traitement proprement dit
5. La surveillance pendant la durée du traitement

Un traitement par radiothérapie comporte cinq étapes : le centrage et le repérage de la zone à traiter, la préparation de la mise en traitement, le calcul de la distribution de la dose (dosimétrie), le traitement proprement dit et la surveillance pendant le traitement.

1. Le centrage

Lors du centrage, le radiothérapeute repère la cible sur laquelle les rayons vont être dirigés. C'est pourquoi cette étape est aussi appelée « phase de simulation » ou de « repérage ». Elle se déroule dans une salle spéciale : la salle du simulateur. Les organes non malades sont également repérés avec soin afin de les protéger à l'aide de caches en plomb ou d'autres systèmes qui empêchent les rayons de passer.

Les zones à traiter sont appelées « champs d'irradiation ». Ces champs d'irradiation doivent être marqués pour que l'on puisse les repérer d'une séance à l'autre. Les champs d'irradiation peuvent être dessinés sur la peau à l'aide d'un feutre de couleur (quelques points suffisent). Ce marquage, très visible, sera enlevé à la fin du traitement. Les champs d'irradiation peuvent également être marqués par un tatouage. Ce tatouage a le désavantage d'être définitif. Il est donc important de discuter avec le radiothérapeute de la méthode qu'il va utiliser pour marquer les zones à traiter.

Pendant le centrage, la patiente est le plus souvent allongée avec les bras derrière la tête. Cette position peut être fatigante pour certaines patientes.

Les différentes étapes du traitement par radiothérapie

2. La préparation de la mise en traitement

La phase de mise en traitement consiste à placer la patiente sous les appareils de radiothérapie (appareils de traitement) dans les salles de traitement, et ceci dans les mêmes conditions que lors du traitement qui suivra. Lors de cette phase, toutes les informations fournies par l'étape précédente (position, zones à irradier, organes à protéger) sont vérifiées.

Des photographies des zones à traiter sont prises. Elles sont conservées dans le dossier de la patiente et servent de référence pour la suite du traitement.

3. Le calcul de la distribution de la dose (la dosimétrie)

Les études internationales ont défini les doses de radiothérapie à administrer en fonction de différents critères (type et stade du cancer, âge de la femme, antécédents, traitements antérieurs). En fonction de ces critères, le radiothérapeute définit la dose totale et la dose qui sera administrée à chaque séance. Il contrôle également la répartition de cette dose sur les zones à traiter.

Les doses administrées sont les doses minimales requises pour être efficaces contre le cancer de l'ovaire et maximales car au-delà elles seraient toxiques pour les organes sains. On les appelle des doses **standards***. La dose délivrée est donc une dose « compromis » entre dose efficace et dose toxique.

4. Le traitement proprement dit

Le traitement proprement dit comprend une séance par jour, cinq jours par semaine, et ce durant quatre à cinq semaines et demi. Il n'y a habituellement pas de séances de radiothérapie les week-ends et les jours fériés. Ces séances ne sont pas très longues : elles durent quelques minutes. Mais la mise en place est délicate et nécessite du temps.

L'irradiation est totalement indolore, invisible et silencieuse. L'appareil tourne autour de la patiente sans jamais la toucher.

5. La surveillance pendant la durée du traitement

Avant le traitement, le médecin et les manipulateurs donnent des conseils simples pour diminuer les effets secondaires de la radiothérapie : mesures d'hygiène, conseils alimentaires, habillement. Des livrets proposent des informations complémentaires à ce sujet.

La patiente ne doit pas hésiter à discuter avec le médecin et l'équipe médicale qui l'entourent. Elle doit poser toutes les questions qui lui permettent de se familiariser avec le traitement et de s'adapter le mieux possible à celui-ci.

Le radiothérapeute effectue une fois par semaine au minimum une surveillance au cours d'une consultation. Il vérifie le bon déroulement du traitement, guette l'apparition de la moindre anomalie et propose si nécessaire des traitements qui soulagent. Différents examens peuvent être réalisés. Certains examens sont systématiques comme les examens sanguins qui permettent de contrôler la composition du sang par une **Numération Formule Sanguine*** (NFS) et la mesure du taux de plaquettes.

Pendant la radiothérapie, un calendrier de surveillance est défini avec la patiente. Le nom du radiothérapeute qui la suit est noté et chaque date de consultation est programmée (voir chap. *la surveillance après les traitements* p. 49).

Les effets secondaires et les séquelles de la radiothérapie du cancer de l'ovaire. Comment les prévenir ?

- 1. Les troubles digestifs**
- 2. Les troubles hématologiques**
- 3. Les cystites**
- 4. Les troubles gynécologiques**
- 5. La fatigue**
- 6. Une rougeur de la peau**
- 7. Un œdème**

1. Les troubles digestifs

L'irradiation de la **cavité abdominale*** peut irriter l'intestin et provoquer des diarrhées, des nausées et des vomissements dès la première semaine de traitement, ainsi qu'une perte d'appétit, des poussées hémorroïdaires et des douleurs spasmodiques intestinales.

Les problèmes digestifs sont prévenus ou traités par des pansements intestinaux, des traitements antidiarrhéiques, des régimes alimentaires particuliers, ainsi que par des médicaments **antiémétiques*** qui préviennent les vomissements.

2. Les troubles hématologiques

Les rayons atteignent également la **moëlle osseuse*** qui produit les différentes cellules du sang (globules rouges, globules blancs, plaquettes). Ceci a des répercussions sur ces cellules sans que la patiente ressente pour autant obligatoirement des troubles. Des examens sanguins permettent de contrôler le nombre de plaquettes, de globules blancs et de globules rouges. On constate habituellement que leur nombre a diminué.

Lorsqu'il existe une chute importante de ces éléments dans le sang, le médecin peut être amené à interrompre de façon transitoire ou définitive le traitement de radiothérapie. Des transfusions de sang sont parfois nécessaires.

3. Les cystites

La radiothérapie peut provoquer une inflammation de la vessie, appelée cystite. De façon préventive, il est recommandé de boire beaucoup d'eau. Le médecin prescrit un traitement adapté qui soulage la douleur.

4. Les troubles gynécologiques

Pendant la durée du traitement, il est conseillé de ne pas avoir de relations sexuelles pour éviter d'irriter les zones traitées. La patiente peut retrouver une activité sexuelle quinze jours après l'arrêt du traitement.

5. La fatigue

La découverte du cancer, l'appréhension des examens et des traitements, les déplacements quotidiens, le nombre de traitements antérieurs (chirurgie, chimiothérapie), la tolérance aux traitements, ainsi que l'attente en salle d'attente peuvent provoquer une fatigue physique et morale. Beaucoup de patientes ont besoin de se reposer après chaque séance de radiothérapie. Il est possible de se reposer avant de rentrer chez soi.

6. Une rougeur de la peau

Les doses et les machines utilisées dans les traitements du cancer de l'ovaire provoquent parfois des réactions cutanées. Exceptionnellement, chez certaines patientes, une rougeur de la peau peut apparaître après deux semaines de traitement. Cette rougeur est appelée **érythème*** cutané. Elle est semblable à un coup de soleil. La peau se met ensuite à peler et la rougeur disparaît.

La peau peut prendre une couleur brune qui disparaîtra quelques mois après le traitement.

7. Un œdème

Il arrive également qu'un gonflement (appelé œdème) apparaisse en cours de traitement. Il est le plus souvent modéré. Il peut persister après le traitement et disparaît généralement au cours de l'année qui suit le traitement.

Ces effets peuvent s'accroître avec l'utilisation de produits alcoolisés sur la peau (parfum ou eau de toilette par exemple). Pendant la période de traitement par radiothérapie, il est recommandé d'éviter tout produit cosmétique à l'endroit où sont dirigés les rayons en respectant les conseils donnés par le radiothérapeute.

Il est conseillé de porter des vêtements amples, de préférence en coton, et d'éviter d'exposer la zone traitée aux rayons du soleil.

Ce glossaire explique spécifiquement les termes en rapport avec le présent guide « Comprendre le cancer de l'ovaire ».

Un dictionnaire plus complet sur l'ensemble des cancers figure dans le livre « Les cancers de A à Z ». Ce dictionnaire est disponible sur le site Internet de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (www.fnclcc.fr) et à l'adresse suivante : Editions FRISON-ROCHE -18, rue Dauphine - 75006 Paris - Tél. 01 40 46 94 91.

* : voir ce mot

A

Abdomen : partie inférieure du **tronc*** de l'homme, séparée du thorax par le diaphragme et limitée en bas par le **bassin***.

Adénocarcinome : type de **cancer*** qui se développe à partir des **glandes*** (sein, thyroïde, prostate, etc.) du revêtement d'une glande (ovaire).

Adénopathie : augmentation de taille d'un **ganglion***, douloureuse ou non. Un ganglion peut grossir pour des raisons autres qu'un cancer (une infection par exemple).

Adiposité : accumulation de graisse dans les tissus.

Alopécie : perte des cheveux. C'est un effet secondaire de certains médicaments de **chimiothérapie***. Cet effet est temporaire.

Anatomo-cyto-pathologie : examen au **microscope*** de **cellules*** (cytologie) ou de **tissus*** (histologie) de l'organisme. Les médecins parlent parfois « d'anapath ».

La **cytologie*** et l'**histologie*** sont les deux techniques de l'examen anatomo-cyto-pathologique. L'histologie établit de façon sûre le **diagnostic*** de cancer. De plus, cet examen permet de déterminer le type et le stade du cancer dont il s'agit.

Anémie : diminution du nombre de globules rouges dans le sang.

Anesthésie : acte qui consiste à endormir et rendre insensible la patiente (anesthésie générale) ou une partie du corps (anesthésie locale ou partielle) pendant une intervention chirurgicale.

Annexectomie : ablation d'un ovaire et de la **trompe de Fallope*** qui lui est associée.

Anse intestinale : partie d'intestin.

Antécédent médical ou chirurgical : maladie ou traitement déjà subi ou en cours (diabète, maladies cardiaques, etc.).

Anticoagulant : médicament qui fluidifie le sang.

Antiémétique : médicament qui vise à prévenir et à traiter les nausées et les vomissements.

Aplasie : très forte diminution des globules blancs, accompagnée d'une baisse des autres éléments du sang (globules rouges et plaquettes). C'est un effet secondaire temporaire de certains médicaments de chimiothérapie*.

Ascite : liquide qui se trouve dans la cavité abdominale*. L'ascite n'est pas douloureuse.

B

Bassin : ensemble des os de la partie inférieure de l'abdomen*.

Bénin/bénigne : sans gravité. Une tumeur bénigne n'est pas un cancer.

Bilan : un bilan évalue l'état de santé d'une personne. Au terme de ce bilan, le médecin dispose de renseignements qui lui permettent de proposer un traitement adapté à la situation.

Le bilan diagnostique a pour but de déterminer s'il s'agit bien d'un cancer et d'identifier le type de cancer. Le bilan d'extension recherche l'étendue du cancer et la présence ou non de métastases* dans d'autres organes.

Biopsie : prélèvement d'un fragment de tissu*. Ce prélèvement est réalisé sous anesthésie* locale ou générale par un chirurgien qui enlève un petit morceau de tissu découpé avec un bistouri* ou une pince coupante afin de le faire analyser au microscope. Les techniques utilisées dépendent de l'endroit où se trouve la tumeur* et du type de tissu à analyser. Le fragment de tissu est ensuite examiné par un pathologiste*.

Bistouri : petit couteau chirurgical servant à faire des incisions dans les chairs.

C

Cancer/Tumeur maligne : cellules anormales qui se multiplient de façon incontrôlée. Elles finissent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne.

Cancérologue : médecin spécialiste du cancer. Ce peut être un chirurgien, un gynécologue*, un gastroentérologue*, un radiothérapeute*, un chimiothérapeute*, etc. Dans certains cas, on parle d'oncologue*.

Caractère sexuel : manifestation anatomique et physiologique* spécifique à chaque sexe. On distingue les caractères sexuels primaires (organes génitaux) et les caractères sexuels secondaires (pilosité, barbe, voix, adiposité*).

Cathéter : tuyau souple et fin installé dans une veine afin de pouvoir y injecter un produit ou des médicaments, ou pour effectuer une prise de sang.

Le cathéter améliore le confort de la patiente qui n'a pas besoin de subir une piqûre dans le bras à chaque injection. Il diminue le risque d'abîmer les veines et facilite les perfusions de chimiothérapie* (voir fiche 12 : *Les cathéters* p. 104).

Cavité abdominale : espace à l'intérieur duquel se trouvent les organes de l'abdomen* (ex : foie, ovaires, reins, etc.). Cet espace est tapissé par le péritoine*.

Cavité pelvienne : espace qui comprend les organes situés à l'intérieur du bassin*.

Cavité péritonéale : cavité abdominale* qui est tapissée du péritoine*.

Cavité pleurale : cavité située entre les deux feuillets qui constituent la plèvre*.

Cellule : élément visible au microscope dont est constitué tout organisme vivant. Plantes et animaux sont composés de cellules très différentes qui se multiplient, meurent et se renouvellent.

Des cellules identiques assemblées entre elles forment un tissu*.

Des cellules cancéreuses sont des cellules qui se sont modifiées et se multiplient de façon anormale. Voir cancer*.

Champ stérile : espace sans microbe.

Chimiosensible : se dit d'une tumeur* cancéreuse si celle-ci réagit aux médicaments de chimiothérapie*, notamment lorsque la taille de la tumeur diminue sous l'effet de la chimiothérapie.

Chimiothérapeute : médecin spécialisé dans les traitements par chimiothérapie*, appelé également oncologue médical*.

Chimiothérapie/Chimio : traitement général* du cancer* à l'aide de médicaments. Ces médicaments visent à détruire les cellules* cancéreuses ou à les empêcher de se multiplier, entraînant leur mort. Les médicaments de chimiothérapie peuvent être administrés par piqûres ou perfusions ou, parfois, sous forme de comprimés. La chimiothérapie est appelée chimiothérapie complémentaire lorsqu'elle est proposée en complément d'un traitement principal (une chirurgie par exemple). Elle peut également être réalisée avant un autre traitement.

Chirurgie conservatrice : chez une femme très jeune et pour certains cancers de l'ovaire très limités, le médecin peut conserver l'ovaire non atteint par le cancer. On parle alors de chirurgie conservatrice. La chirurgie conservatrice enlève seulement l'ovaire atteint par le cancer, on parle aussi d'ovariectomie* unilatérale.

Chromosome : élément du noyau de la cellule* qui transmet les particularités héréditaires par l'intermédiaire des gènes*.

Clavicule : os long sur l'avant de l'épaule.

Cœlioscopie : examen de la cavité abdominale à l'aide d'un appareil optique appelé endoscope*. Cet appareil permet de visualiser la cavité abdominale. L'introduction du matériel se fait par trois petites incisions près du nombril (voir fiche 6 : *La cœlioscopie* p 82).

Colostomie : voir stomie*.

Complication : apparition de nouveaux problèmes au cours d'une maladie, liés à la maladie elle-même ou à ses traitements.

Consentement éclairé : accord qu'une patiente doit donner au médecin avant toute intervention médicale après avoir été informée des complications et des risques éventuels que présente l'intervention. Cet accord consiste à signer un document écrit. Le consentement éclairé est également recueilli lorsque la patiente participe à un *essai thérapeutique**.

Consultation oncogénétique : consultation au cours de laquelle on cherche s'il existe un risque que la patiente présente des gènes susceptibles d'être responsables du cancer de l'ovaire. Cette consultation peut être suivie de tests génétiques.

Curage ganglionnaire/curage des ganglions : opération chirurgicale qui consiste à enlever une partie des ganglions* afin d'examiner s'ils sont atteints par des cellules cancéreuses. On parle aussi de lymphadénectomie.

Cystite : inflammation de la vessie.

Cytologie : technique d'examen qui permet d'observer des cellules* au microscope et de rechercher des cellules anormales (cellules cancéreuses par exemple).

D

Dépistage : recherche systématique, chez une personne en bonne santé apparente, de signes* ou de symptômes* traduisant une maladie.

Diagnostic : démarche qui a pour objectif d'identifier la maladie à l'origine des signes* ou des symptômes* ressentis ou observés par la patiente. Le diagnostic permet de reconnaître la maladie dont la patiente souffre. Voir bilan*.

Diaphragme : muscle très large qui sépare la poitrine de l'abdomen*.

Dépression : état mental qui se caractérise par de la lassitude, du découragement, de la fatigue et de l'anxiété.

Dose standard : dose reconnue efficace par la recherche médicale et proposée de façon systématique dans une situation donnée.

Drain : tuyau fin et souple qui permet l'écoulement des liquides biologiques (sang, lymphe, etc.).

E

Echographie : technique d'examen qui montre des images d'une partie du corps ou de certains organes à l'aide d'ultrasons. Il s'agit d'un examen d'imagerie.

Education thérapeutique : ensemble d'actions proposées aux patients tout au long d'une maladie. Ces actions ont pour but d'aider les patients et leurs proches à mieux comprendre la maladie et ses traitements, de participer aux soins de façon plus active et de favoriser un retour à une vie normale. La notion d'éducation thérapeutique recouvre un large champ qui va de l'aide psychologique et sociale à l'information sur la maladie et ses traitements, en passant par l'organisation et la façon dont les soins se déroulent à l'hôpital.

Effets secondaires : les traitements ont pour but de soigner le cancer*. Parfois, ils entraînent des conséquences désagréables pour la patiente qu'on appelle des effets secondaires.

Il y a deux types d'effets secondaires : les effets secondaires immédiats et les effets secondaires tardifs.

Les effets secondaires immédiats sont des effets à court terme : nausées, perte de cheveux, etc. Temporaires, ils disparaissent généralement après la fin des traitements.

Les effets secondaires tardifs sont des effets à long terme : cicatrice douloureuse, etc. Ces effets secondaires peuvent persister longtemps après l'arrêt des traitements, parfois jusqu'à la fin de la vie. Ils sont alors appelés **séquelles***.

Si les effets secondaires sont fréquents, ils n'apparaissent pas de façon obligatoire ni systématique. Ils dépendent des traitements reçus, des doses administrées, du type de **cancer*** et de la façon dont chacun réagit aux traitements.

Electrocardiogramme : enregistrement graphique de l'activité électrique qui accompagne la contraction du cœur.

Embolie : obstruction brusque d'un vaisseau sanguin par un caillot de sang. Ce caillot de sang interrompt alors la circulation sanguine. Les tissus qui ne reçoivent plus de sang normalement s'abîment.

Endoscope : appareil optique muni d'un dispositif d'éclairage. Il est introduit dans une cavité de l'organisme afin de l'examiner.

Epanchement pleural : accumulation de liquide dans la **plèvre***.

Epiploon : repli du péritoine constitué de graisse et de vaisseaux, accroché à l'estomac.

Equipe médicochirurgicale : équipe médicale constituée de médecins et d'un ou plusieurs chirurgiens.

Erythème : rougeur de la peau. On parle souvent d'érythème cutané.

Essai thérapeutique / Etude clinique : étude qui vise à tester et à évaluer de nouveaux traitements afin de les comparer aux traitements habituellement utilisés dans une situation particulière.

Un essai thérapeutique est réalisé uniquement si le nouveau traitement peut apporter un avantage par rapport aux traitements habituellement utilisés (meilleures chances de guérison, diminution des effets secondaires, amélioration de la qualité de vie).

Examen anatomo-cyto-pathologique : voir **anatomo-cyto-pathologie***.

Examen clinique : examen physique d'une patiente par un médecin (palpation, auscultation, etc.).

Examen extemporané : examen au microscope d'un prélèvement au cours d'une opération. Cet examen est réalisé par un **pathologiste***. Les résultats de cet examen, immédiatement disponibles, permettent au chirurgien d'adapter le type de chirurgie au cours de cette même opération. L'examen extemporané ne permet pas toujours de préciser la nature de la tumeur et ne remplace donc pas l'examen anatomo-cyto-pathologique, systématiquement réalisé après l'opération.

Examen microscopique : examen au microscope de **cellules*** ou de **tissus***.

Examen radiologique : examen qui permet d'obtenir des images d'une partie du corps ou des organes. C'est un examen d'imagerie. Il existe différents types d'examen radiologiques : **radiographie***, **mammographie***, **échographie***, **scanner***, **IRM***.

Extension : un **cancer*** commence par le développement d'une ou plusieurs **cellules*** cancéreuses. Ces cellules se multiplient et forment une tumeur. Quand les cellules cancéreuses restent dans l'organe d'origine, on parle d'évolution ou d'extension locale du cancer. Plus les cellules se multiplient, plus l'anomalie grossit. Elle peut alors laisser échapper des cellules cancéreuses vers d'autres endroits de l'organisme.

Lorsque les cellules s'échappent et se propagent à l'extérieur de l'organe d'origine (l'ovaire par exemple), on parle d'extension **à distance du cancer**.

Si les cellules cancéreuses atteignent le **péritoine*** ou se retrouvent dans l'abdomen, on parle d'évolution régionale. Lorsqu'on retrouve des cellules cancéreuses dans d'autres organes (foie, poumons, etc.) on parle d'évolution métastatique. Voir **métastase***.

Le cancer est classé selon son stade d'extension.

F

Facteur de risque : élément qui peut favoriser le développement d'un **cancer*** ou sa rechute.

Fistule : canal anormal qui peut se développer entre deux organes ou entre un organe et la peau au cours d'une maladie ou à la suite d'un traitement. Si de la matière fécale s'écoule par le canal, on parle de fistule anale.

Frottis vaginal : prélèvement et examen au microscope des cellules du vagin. Le frottis vaginal ne permet pas de diagnostiquer le cancer de l'ovaire.

G

Ganglion : petit renflement réparti le long des vaisseaux lymphatiques* et disposés dans certaines parties du corps.

Les ganglions jouent un rôle essentiel dans la protection du corps contre les infections ou les cellules* cancéreuses. Ils sont soit superficiels (dans le cou, l'aisselle, l'aîne), soit profonds (dans l'abdomen, le thorax). Ils mesurent normalement moins d'un centimètre de diamètre. Si leur taille est anormale, on parle d'adénopathie*.

gastroentérologue : médecin spécialisé dans les maladies du tube digestif.

Gène : élément d'un chromosome* qui contient des informations sur l'identité d'un être vivant (plante, animal, humain).

Les gènes servent à faire fonctionner normalement la cellule et à transmettre des particularités héréditaires. Il arrive que certains gènes présentent des anomalies. Le programme de fonctionnement de la cellule est alors dérégulé et celle-ci se comporte de façon anormale.

Glande : organe ayant pour fonction de produire différentes substances. La plupart des glandes sécrètent la substance qu'elles produisent vers l'extérieur. On parle alors de glandes exocrines, comme le sein qui fabrique le lait ou les glandes salivaires qui fabriquent la salive.

Certaines glandes produisent des hormones qu'elles sécrètent dans le sang comme les ovaires ou la thyroïde. On parle alors de glandes endocrines.

Glande mammaire : sein. Voir glande*.

Grade : degré d'agressivité (de malignité) d'une tumeur. C'est l'examen des cellules au microscope qui établit le grade. La connaissance du grade permet, avec les autres caractéristiques de la tumeur, d'adapter le traitement.

Grefte cancéreuse : cellules cancéreuses qui se sont détachées de la tumeur et se sont propagées dans la cavité péritonéale*. Lorsque les cellules cancéreuses se développent au niveau du péritoine*, on parle de « greffes péritonéales ».

Gynécologie : spécialité médicale consacrée à la femme et à son appareil génital.

Gynécologue : médecin spécialiste de gynécologie*.

H

Hématome : accumulation de sang sous la peau ou dans une cavité naturelle à la suite d'une rupture des vaisseaux.

Histologie : technique de l'examen anatomo-cyto-pathologique qui analyse au microscope des fragments de **tissus*** prélevés au niveau d'une anomalie. Cette technique permet de confirmer ou d'éliminer avec certitude le **diagnostic*** de **cancer***. Voir **anatomo-cyto-pathologie***.

Hormone : substance produite par des **glandes*** endocrines. Les hormones agissent sur le développement ou le fonctionnement d'un organe. Les hormones importantes dans le cas de l'ovaire sont les œstrogènes et la progestérone.

Hystérectomie : ablation de l'utérus.

Hystéroscopie : examen de l'utérus à l'aide d'un appareil optique introduit par le vagin.

I

IRM : (Imagerie par Résonance Magnétique) : technique d'examen qui montre des images d'une partie du corps ou des organes.

K

Kyste : anomalie contenant une substance liquide. Il s'agit la plupart du temps d'une anomalie **bénigne***.

L

Laparotomie : ouverture de l'abdomen au cours d'une opération chirurgicale.

Lavage péritonéal : lors d'une opération chirurgicale, le chirurgien prélève du liquide présent dans le péritoine (liquide péritonéal) pour l'analyser au microscope et vérifier la présence ou l'absence de cellules cancéreuses. Ce prélèvement est fait soit directement par ponction (Voir fiche 4 « Les prélèvements ») p. 77 s'il existe du liquide d'**ascite***, soit après lavage péritonéal. Dans ce dernier cas, on met volontairement un peu de **liquide physiologique*** dans la cavité. Ce liquide se déplace dans le péritoine et emmène des cellules, normales ou cancéreuses. Le liquide est ensuite récupéré pour être analysé.

Lavement : injection de liquide dans les intestins afin de les vider.

Liquide pleural : liquide contenu dans la **plèvre***.

Liquide physiologique : liquide semblable à celui dans lequel

baignent les **cellules***. Voir **sérum physiologique***.

Lymphadénectomie : voir **curage ganglionnaire***.

Lymphatique : le système lymphatique est composé d'un ensemble de **ganglions*** et de **vaisseaux lymphatiques***. Les ganglions jouent un rôle essentiel dans la protection de l'organisme contre les infections et les **cellules*** cancéreuses.

Les vaisseaux lymphatiques véhiculent la lymphe, liquide produit par le corps, dans lequel baigne l'ensemble des cellules. C'est la lymphe qui transporte et évacue les déchets des cellules.

Lympe : liquide produit par le corps dans lequel baignent les **cellules***. Comme le sang, la lymphe circule dans des vaisseaux appelés **vaisseaux lymphatiques***.

Lymphocyte : cellule qui combat les infections.

M

Malin/maligne : cancéreux. Voir **cancer***.

Mammographie : technique d'imagerie qui utilise des rayons X en très faible quantité et qui permet de faire des images de la structure interne du sein.

Manipulateur : technicien responsable du maniement des appareils de **radiologie*** ou de **radiothérapie***. Il est aussi chargé de veiller au bon déroulement de la séance de radiologie (examen) ou de radiothérapie (traitement).

Marqueurs tumoraux (CA 125) : certaines **cellules*** du corps produisent et libèrent dans le sang des substances particulières. Les cellules de certains cancers peuvent libérer des quantités plus ou moins importantes de ces substances. Pour cette raison, ils sont appelés marqueurs tumoraux. On les dose par une simple prise de sang.

Ménopause : arrêt définitif du fonctionnement des ovaires entraînant la suppression des règles. La ménopause peut être naturelle ou liée à un traitement (ablation des ovaires, **chimiothérapie*** ou **radiothérapie***).

Métastase : **cellule*** cancéreuse qui provient d'un **cancer*** initial (un cancer de l'ovaire par exemple), qui a migré (on dit aussi qu'elle s'est disséminée ou propagée) et qui s'est développée dans un autre organe. On parle aussi de maladie métastatique, de cancer généralisé ou de localisation secondaire du cancer. Voir **extension***.

Glossaire

Métastatique : voir métastase*.

Microscope : instrument d'optique qui sert à examiner les éléments qui ne sont pas visibles à l'œil nu. Voir examen microscopique*.

Mœlle osseuse : substance qui se trouve à l'intérieur des os et qui produit les différentes cellules du sang (globules rouges qui transportent l'oxygène, globules blancs qui défendent l'organisme contre les infections et plaquettes qui arrêtent les saignements et permettent la cicatrisation).

Mucite buccale : inflammation de la bouche. Une chimiothérapie* peut provoquer une mucite buccale temporaire. Elle est parfois douloureuse.

N

Numération-formule sanguine / NFS / NF : examen qui, à la suite d'une prise de sang, vise à compter les différents composants du sang (globules rouges, globules blancs, plaquettes) afin de déterminer si leur nombre est suffisant.

Nodule : formation anormale, généralement arrondie, bénigne* ou maligne*, dans un organe ou à sa surface.



Occlusion : fermeture anormale d'un conduit (occlusion de l'intestin par exemple).

Œstrogènes : hormones* féminines produites par les ovaires.

Oncologie génétique/Génétique des cancers : spécialité médicale qui étudie les facteurs héréditaires pouvant favoriser le développement de certains cancers*.

Oncologue : cancérologue* plus particulièrement spécialisé dans les traitements du cancer par chimiothérapie ou radiothérapie.

Option : on parle d'options thérapeutiques lorsque, pour une même situation, plusieurs traitements sont possibles. Dans cette situation, les essais thérapeutiques* n'ont pas identifié un traitement qui présente plus d'avantages par rapport aux autres. Voir : standard*.

Ostéoporose : maladie qui entraîne une fragilité des os.

Ovaire : glande* féminine dans laquelle se développent les ovules* et qui produit les hormones* féminines (œstrogènes et progestérone).

Ovariectomie : ablation d'un ovaire ou des deux ovaires.

Ovocyte : ovule* qui n'est pas encore arrivé à maturité.

Ovule : cellule reproductrice de la femme produite par les ovaires* et susceptible d'être fécondée par un spermatozoïde.

P

Pathologiste : médecin spécialiste qui examine des cellules et des tissus au microscope. Voir **anatomo-cytopathologie***.

Pelvis : bassin*.

Perfusion : injection en goutte à goutte de médicament liquide dans les veines (lors d'une chimiothérapie* par exemple).

Péridurale : une anesthésie* péridurale est une anesthésie partielle/locale qui insensibilise la partie inférieure du corps, dont le bassin*.

Péritoine : membrane qui recouvre les organes contenus dans l'abdomen et qui tapisse la cavité de l'abdomen*.

Péritonite : inflammation du péritoine.

Phlébite : inflammation d'une veine, pouvant provoquer un caillot de sang.

Photon : type de rayons utilisés en radiothérapie*.

Physiologique : qui concerne le fonctionnement normal de l'organisme. Par exemple, la fonction de reproduction des ovaires est une fonction physiologique. Voir aussi **liquide physiologique*** et **sérum physiologique***.

Plan thérapeutique : ensemble de différents traitements réalisés dans un ordre bien défini.

Pleurésie : inflammation de la plèvre*.

Plèvre : membrane qui tapisse le thorax et enveloppe les poumons. La plèvre est constituée de deux feuillets.

Ponction : geste qui consiste à introduire une aiguille dans une partie du corps afin de prélever du tissu*, des cellules*, du liquide ou du sang, en fonction du type d'analyse à réaliser.

En cas de prélèvement de cellules, on parle de ponction cytologique. En cas de prélèvement de tissu, on parle de biopsie* ou de ponction biopsique.

Pneumothorax : épanchement de gaz dans la cavité pleurale*.

Prélèvement : voir ponction*.

Prémédication : ensemble de

Glossaire

médicaments destinés à préparer une patiente à une opération chirurgicale ou à un traitement médical.

Produit de contraste : substance dont le trajet est visualisé dans la circulation sanguine lors d'une radiographie. Par exemple, l'iode est un produit de contraste.

Progestérone : hormone* produite par les ovaires*.

Pronostic : prévision que fait un médecin après un diagnostic, sur la durée, le déroulement et l'issue d'une maladie.

Protocole : un protocole décrit les détails et le déroulement d'un traitement. Un protocole de chimiothérapie spécifie les noms et les doses de médicaments, le nombre de cures, etc.

R

Radiographie : technique d'examen qui permet d'obtenir des images d'une partie du corps à l'aide de rayons X. Il s'agit d'un examen d'imagerie. Voir radiologie*.

Radiologie : spécialité médicale qui utilise des rayons ou des ultrasons pour obtenir des images d'une partie du corps ou des organes (radiographie*, échographie*).

Radiologue : médecin spécialiste de la réalisation et de l'interprétation des examens de radiologie*.

Radiothérapeute : médecin spécialisé dans le traitement des cancers par radiothérapie.

Radiothérapie : traitement local* du cancer à l'aide d'un appareil qui émet des rayons. Ces rayons dirigés vers la tumeur vont la détruire. Ce traitement se fait dans un service spécialisé de radiothérapie. On parle aussi de rayons*.

Rate : organe qui produit les lymphocytes*.

Rayons : voir radiothérapie*.

Réadaptation : retour à la vie normale dans toutes ses dimensions (physique, psychologique, sexuelle, professionnelle et sociale) après une maladie.

Rechute : voir récurrence*.

Récurrence : réapparition des signes* ou des symptômes* signalant la présence du cancer après une rémission*. Une récurrence peut survenir très tôt après les traitements, mais aussi après une longue période de rémission apparente.

Recommandation : lorsqu'il existe plusieurs traitements possibles pour traiter un cancer (options*), une recommandation les hiérarchise en fonction des études les plus récentes.

Réinsertion : voir **réadaptation***.

Réhabilitation : voir **réadaptation***.

Rémission : disparition des **signes*** et des **symptômes*** d'une maladie et le retour à une bonne santé. Dans le cas du cancer, on parle de rémission dès lors que toute trace du cancer a disparu.

S

Scanner : examen qui montre des images d'une partie du corps à l'aide de rayons X. Les images sont reconstituées par l'ordinateur, ce qui en permet une analyse précise.

Séquelle : suite ou complication, plus ou moins tardive et durable, d'une maladie. Voir **effet secondaire***.

Sérum physiologique : liquide dont la composition est proche de celui dans lequel baignent les cellules.

Signe : manifestation anormale observée par la patiente ou par le médecin.

Sonde : tuyau rigide ou flexible destiné à explorer un canal ou une cavité, à évacuer le contenu ou à y introduire un produit. Une sonde urinaire permet d'évacuer les urines. Une sonde nasogastrique permet d'évacuer par le nez la bile présente dans l'estomac.

Stade d'évolution : voir **extension***.

Standard/Traitement

Standard : traitement pour lequel les résultats sont connus et qui est considéré comme bénéfique. Un traitement standard est proposé de façon systématique par le médecin dans une situation donnée. Il peut arriver que le médecin ne puisse pas appliquer le traitement standard du fait de facteurs particuliers liés à la patiente ou à sa maladie. Le médecin propose alors un ou plusieurs traitements mieux adaptés à la situation. Voir **option***.

Stérile : qui ne contient pas de microbe.

Stomie : ouverture au niveau du ventre, reliée à l'intestin. Cette ouverture, réalisée par le chirurgien, est nécessaire lorsque les selles ne peuvent plus être évacuées par l'anus. Leur évacuation se fait alors par la stomie et les selles sont recueillies dans une poche spéciale. Lorsque le chirurgien relie cette ouverture au côlon, on parle de colostomie.

Symptôme : manifestation anormale qui peut être ressentie d'une façon différente d'une patiente à l'autre (sensation d'étouffement, brûlure, gêne, douleur, etc.).

T

Tissu : ensemble de **cellules*** qui ont une même fonction (tissu musculaire, tissu osseux, tissu épithélial par exemple).

Tomodensitométrie / TDM : voir **scanner***

Toucher rectal : examen du rectum avec le doigt.

Traitement général : traitement qui agit sur la tumeur et sur l'ensemble du corps. La **chimiothérapie*** est un traitement du **cancer*** par voie générale.

Traitement local ou loco-régional : traitement qui consiste à agir directement sur la **tumeur*** de l'ovaire ou sur la région où est située la tumeur. Le but de ce type de traitement est d'éliminer toutes les **cellules*** cancéreuses dans la région de la tumeur. La **chirurgie*** et la **radiothérapie*** sont des traitements loco-régionaux du **cancer***.

Traitement standard : voir **standard***.

Trompe de Fallope : conduit reliant l'ovaire à l'utérus. Il y a une trompe de Fallope de chaque côté de l'utérus.

Tronc : partie du corps humain sur laquelle sont fixés la tête et les membres.

Tumeur : masse de cellules qui forment une boule. Il existe des tumeurs **bénignes*** et des tumeurs **malignes***.

Tumeur bénigne : tumeur qui n'est pas un cancer. Il existe des tumeurs bénignes de l'ovaire.

Tumeur maligne : voir **cancer***.

Tumorectomie : opération qui consiste à retirer une tumeur. Voir **chirurgie conservatrice***.

U

Urètre : canal qui part de la vessie et qui permet d'évacuer l'urine.

V

Vaisseau lymphatique : canal par lequel circule la lymphe. Les vaisseaux lymphatiques forment avec les **ganglions*** le système lymphatique.

Vaisseau sanguin : canal par lequel circule le sang (artère ou veine ou petit vaisseau capillaire).

Voie générale : voir **traitement général***.

Végétation : excroissance anormale en forme de chou-fleur.

Guides SOR SAVOIR PATIENT

Guides SOR SAVOIR PATIENT parus sur l'internet et sur papier

- Comprendre le cancer du sein (mise à jour) (2007)
- Comprendre la nutrition entérale (2007)
- Comprendre le néphroblastome (2006)
- Comprendre le cancer du rectum (2006)
- Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer (2006)
- Fatigue et cancer (2005)
- Comprendre le cancer de la prostate (2005)
- Comprendre la chimiothérapie (2004)
- Démarches sociales & cancer (2004)
- Comprendre le cancer du poumon et En savoir plus sur le cancer du poumon (2003)
- Comprendre l'ostéosarcome (2003)
- Comprendre le cancer du sein (mise à jour 2002)
- Le risque familial de cancer du sein et/ou de l'ovaire (2002)
- Comprendre le cancer de l'ovaire (2002)
- Comprendre le neuroblastome (2001)
- Comprendre le neuroblastome localisé (2001)
- Comprendre le neuroblastome disséminé (2001)
- Comprendre le neuroblastome 4S (2001)
- Comprendre le cancer du sein non métastatique (2000)

Fiches d'information SOR SAVOIR PATIENT parues

- Comprendre le scanner (2004)
- Comprendre l'IRM (2004)
- Comprendre la mammographie (2003)
- Comprendre l'échographie mammaire (2003)
- Comprendre la biopsie échoguidée du sein (2003)
- Comprendre la biopsie stéréotaxique du sein (2003)
- Comprendre le repérage mammaire préopératoire (2003)

Guides SOR SAVOIR PATIENT parus sur l'internet

- Vivre pendant et après un cancer (2005)
- Utilisation de la tomographie par émission de positons au FDG (TEP-FDG) en cancérologie (2004)

D'autres guides SOR SAVOIR PATIENT sont prévus

- Comprendre la radiothérapie
- Comprendre les tumeurs cérébrales
- Comprendre le cancer du côlon
- Comprendre le mélanome
- La prise en charge de la douleur

La Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) n'est pas habilitée à recueillir ou à répondre aux questions d'ordre médical. Pour toute question de cet ordre, nous vous invitons à en parler à votre médecin. Un service téléphonique d'information, de conseil et de soutien « Cancer info service », assuré par la Ligue nationale contre le cancer, répond aux besoins d'informations de tous ceux qui sont concernés par le cancer : Cancer info service 0 810 810 821 (Numéro Azur, prix d'un appel local). Des informations complémentaires sur les différents cancers sont disponibles sur les sites internet de la FNCLCC (<http://www.fnclcc.fr>) et de la Ligue nationale contre le cancer (<http://www.ligue-cancer.asso.fr>).

Où se procurer les guides SOR SAVOIR PATIENT ?

Les guides SOR SAVOIR PATIENT sont disponibles sur les sites internet de la FNCLCC www.fnclcc.fr et de la Ligue nationale contre le cancer www.ligue-cancer.asso.fr.

Vous pouvez également vous les procurer dans le Centre de lutte contre le cancer le plus proche de chez vous, ainsi qu'à la Ligue nationale contre le cancer 14, rue Corvisart, 75013 Paris.

Un bon de commande est disponible sur le site de la FNCLCC www.fnclcc.fr.

Ce guide peut vous être remis gracieusement par un médecin ou une association partenaire.



“Nous combattons la maladie pour pouvoir nous en sortir”



CANCERINFOSERVICE
0 810 810 821
NUMÉRO BLEU
La vie sur toute la ligne