



Recherche
Prévention et promotion du dépistage
Actions pour les personnes malades
Société et politiques de santé (SPS)

LES CANCERS DE L'OVAIRE



IMAGYN

Initiative des Malades Atteintes
de cancers Gynécologiques

Information Recherche Partage Sensibilisation Soutien

Avril 2018

Nous remercions toute l'équipe de l'association IMAGYN qui a participé à la rédaction de cette brochure et en particulier Pascale JUBELIN.

1. Introduction

1.1 Quelques chiffres

Le cancer de l'ovaire est diagnostiqué chez quelques 4500 femmes par an en France, ce qui en fait un cancer peu fréquent (il touche environ une femme sur 70), et son pronostic reste sévère malgré les progrès réalisés ces dernières années. Il est le plus souvent diagnostiqué à un stade avancé (stade III dans 75 % des cas), chez une femme déjà ménopausée (âge moyen 65 ans).

La fréquence (incidence) de ce cancer est en diminution depuis les années 80, sans doute grâce à l'utilisation des contraceptifs oraux qui bloquent l'ovulation, principal facteur favorisant.

La mortalité diminue encore plus vite que l'incidence depuis 10 ans grâce aux progrès continus de de la recherche.

1.2 Anatomie et fonctions des ovaires

L'appareil génital de la femme se compose de :

- deux ovaires, situés de part et d'autre de l'utérus
- deux trompes de Fallope qui conduisent l'ovule jusqu'à l'utérus
- l'utérus qui reçoit l'ovule fécondé et abrite la grossesse
- le vagin et la vulve

**Les mots suivis d'un astérisque* sont expliqués en fin de document dans la partie 8.Lexique*

Les ovaires, qui se trouvent dans le petit bassin en profondeur, sont en forme d'amande mesurant environ 3,5cm de long sur 2cm de large. Ils sont donc difficilement accessibles à l'examen clinique, puisqu'ils sont protégés par la paroi abdominale et par la masse des intestins et sont assez souvent situés trop hauts pour être sentis à l'examen vaginal.

Les ovaires contiennent les ovocytes qui vont arriver à maturation sous la forme d'ovules prêts à être fécondés, dont l'un est expulsé à chaque cycle au cours de l'ovulation. Mais les ovaires ont aussi une fonction hormonale importante puisqu'ils sécrètent les œstrogènes et la progestérone.

Les œstrogènes (œstradiol, œstriol) sont synthétisés par l'ovaire. Ils permettent le développement des caractères sexuels féminins, le processus de fécondation et ils augmentent l'effet de la progestérone. Ils sont aussi sécrétés par le placenta lors de la grossesse et par les glandes corticosurrénales, principales sources d'œstrogène après la ménopause. Ils agissent sur le système génital mais aussi sur les seins, sur le squelette, la peau et les muqueuses, sur le système cardio-vasculaire. Leur taux diminue fortement après la ménopause puisque les ovaires arrêtent d'en produire.

La progestérone permet la préparation de l'utérus pour une éventuelle grossesse. Elle est produite par le corps jaune* après l'ovulation. Son taux diminue en l'absence de fécondation.

2. Le diagnostic

Le diagnostic définitif sera établi par le médecin anatomopathologiste qui analyse au microscope la tumeur ou un fragment de tumeur prélevé lors d'une biopsie ou au cours de l'acte chirurgical.

2.1 Les symptômes (ou signes cliniques)

Du fait de la situation anatomique des ovaires, les signes pouvant évoquer un cancer des ovaires sont très variables, peu caractéristiques et le plus souvent tardifs. La maladie peut être découverte de façon fortuite mais il faut consulter lorsqu'un ou plusieurs des symptômes suivants sont ressentis pendant plus de deux ou trois semaines:

- Douleurs abdominales, notamment dans le bas ventre
- Ballonnements inhabituels
- Troubles intestinaux (diarrhée, constipation) persistants
- Augmentation du volume de l'abdomen (on se sent serrée dans les vêtements)
- Troubles urinaires (envie d'uriner plus fréquemment)
- Saignements (mêmes minimes) ou pertes vaginales en dehors des règles ou après la ménopause
- Fatigue inhabituelle et persistante
- Perte d'appétit
- Phlébite
- Perte ou gain de poids.
- Douleurs dans le dos

Tous ces signes peuvent être ressentis dans d'autres maladies que le cancer de l'ovaire et ne sont pas spécifiques, mais s'ils persistent, il faut demander une consultation gynécologique pour un examen des ovaires. Le gynécologue pratiquera un examen clinique complet (palpation du ventre, toucher vaginal, palpation des aires ganglionnaires...) à la recherche d'une anomalie et il pourra prescrire des examens complémentaires.

Signes non spécifiques donc diagnostic tardif

Nécessité de consulter le gynécologue si signes persistants

À noter :

Le frottis cervical n'est d'aucune utilité pour le diagnostic du cancer de l'ovaire

2.2 Les examens à visée diagnostique

2.2.1 Imagerie

- **Échographies abdomino-pelviennes par voie externe et /ou par voie endovaginale**

Ces imageries permettent une première orientation diagnostique vers un kyste bénin ou vers une tumeur cancéreuse. Il s'agit d'un examen qui utilise les ultrasons délivrés par une sonde que l'on peut promener sur la peau du ventre et/ou manœuvrer délicatement dans le vagin. Elles permettent de localiser une éventuelle grosseur, sa taille et son contenu. L'échographie permet aussi de voir s'il y a du liquide dans le péritoine (ascite*), des anomalies sur le foie ou d'autres organes, de repérer des ganglions anormaux. L'échographie par voie endo-vaginale permet de mieux voir les ovaires.

L'écho doppler peut permettre d'étudier la vascularisation de la tumeur.

Ces examens sont parfaitement indolores.

- **L'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)**

Cet examen permet la réalisation d'images de coupes du corps en deux ou trois dimensions grâce à un champ magnétique, ce qui permet de bien observer les tissus mous.

Il est particulièrement utile pour voir les tumeurs et rechercher des métastases. Il ne délivre aucun rayonnement. C'est un examen indolore mais la personne examinée peut être gênée par le bruit émis par l'appareil et par la sensation d'enfermement, car elle se trouve dans un tube.

Tous les objets métalliques portés (bijoux notamment) doivent être ôtés avant l'examen et vous devez signaler au personnel soignant si vous êtes équipée d'un pacemaker.

Cet examen dure environ 15 à 20 mn. C'est un examen important qui vient en complément de l'échographie et/ou du scanner quand ceux-ci ne sont pas concluants.

- **Le scanner abdomino-pelvien**

Il précise l'extension, ou non, aux organes de voisinage, pelviens et abdominaux. Il peut être complété par un scanner thoracique, et plus rarement par un scanner cérébral.

Cet examen donne des images différentes de l'IRM, notamment lorsqu'on utilise un produit de contraste qui permet une meilleure visualisation des vaisseaux sanguins. Le produit de contraste est injecté dans une veine au cours de l'examen et peut provoquer une brève sensation de chaleur.

Avant l'examen il faudra signaler au médecin toute allergie* ainsi que tous les médicaments que vous prenez.

C'est un examen indolore qui ne dure que quelques minutes.

- **La radiographie pulmonaire**

Elle permet de compléter le bilan s'il n'y a pas eu de scanner thoracique.

2.2.2 Les Examens biologiques

Une prise de sang sera demandée pour doser différentes substances appelées « marqueurs tumoraux » comme le CA 125, qui peut être élevé en cas de tumeur de l'ovaire, mais aussi dans d'autres pathologies non cancéreuses (kyste ovarien, endométriose, fibrome ou infection gynécologique) ou cancéreuses (endomètre, sein, poumon).

C'est pourquoi le CA 125 n'est pas utilisé pour le dépistage systématique des cancers ovariens, même si son élévation peut conforter une suspicion de cancer de l'ovaire.

Selon les cas d'autres marqueurs pourront être dosés tel que le CA 19.9, l'antigène carcino-embryonnaire ou ACE, l' α -fœto-protéine, les β HCG notamment chez la femme jeune.

Par ailleurs, le médecin ou le chirurgien pourront demander un bilan biologique standard pour évaluer l'état général avant d'envisager un geste opératoire.

En cas d'ascite (présence de liquide dans le ventre ou épanchement péritonéal) une ponction sera effectuée avec analyse du liquide prélevé.

Tous ces examens seront complétés par l'examen histologique lors de la cœlioscopie.

2.3 Les facteurs de risque

2.3.1 Les facteurs de risques héréditaires

Environ 10% à 15% des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire sont porteuses d'une mutation d'un gène qui favorise sa survenue.

Ces cancers héréditaires surviennent à un âge plus précoce que la moyenne des cancers ovariens, le plus souvent vers l'âge de 50/55 ans.

Chez environ la moitié de ces patientes porteuses d'une mutation de prédisposition au cancer de l'ovaire, on retrouve une histoire familiale de cancer de l'ovaire ou du sein chez une mère, une grand-mère, une tante ou une sœur. En effet cette mutation se transmet aux enfants (un sur deux risque d'être atteint).

Les mutations les plus fréquentes sont celles :

- Des gènes* BRCA1 ou BRCA2 (75% des cas). Cette mutation favorise la survenue de cancers du sein et/ou de l'ovaire.
- Liées à un syndrome de Lynch (moins de 5% des cas). Cette prédisposition génétique peut entraîner des cancers colorectaux et/ou des ovaires et/ou de l'utérus (endomètre).
- Liées à d'autres mutations non encore identifiées mais que l'on suspecte devant des antécédents de cancer de l'ovaire dans la famille.

Une analyse génétique (auprès d'un onco-généticien) est donc de plus en plus souvent proposée pour la plupart des patientes atteintes de cancer de l'ovaire.

2.3.2 Les autres facteurs

- Age : le cancer de l'ovaire est le plus souvent diagnostiqué après 60 ans bien qu'il existe des cas chez la femme jeune.
- Premières règles avant l'âge de 12 ans et/ou ménopause tardive (après 52 ans) car un plus grand nombre de cycles menstruels (et donc d'ovulations) dans la vie d'une femme augmenterait le risque d'avoir un cancer de l'ovaire
- Absence de grossesse ou première grossesse après 30 ans
- Infertilité et fécondation in vitro (FIV), endométriose, kyste endométriosique

- Utilisation fréquente de talc sur les parties génitales dans l'enfance

D'autres facteurs ont été incriminés mais leur rôle sur le risque de cancer ovarien reste débattu.

En revanche certains facteurs diminuent le risque de développer un cancer de l'ovaire comme :

- Contraception orale prolongée
- Grossesses multiples
- Allaitement

Tous ces éléments vont intervenir dans la forte présomption de cancer de l'ovaire et à l'issue de ce premier bilan, une prise en charge spécifique, par des professionnels spécialisés dans la pathologie ovarienne, vous sera proposée.

3. Les formes de la maladie

3.1 Les stades (classification FIGO) et les grades de la maladie

L'intervention chirurgicale et l'analyse minutieuse de la tumeur (l'anatomopathologie*) vont permettre de déterminer l'extension selon une classification de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO). Cette classification a été mise à jour en 2014 :

3.1.1 Les stades

- **Stade I : Tumeur limitée aux ovaires**

Ia : un ovaire, pas d'ascite, pas de granulation externe, capsule intacte

Ib : deux ovaires, pas d'ascite, pas de granulation externe, capsule intacte

Ic : Ia ou Ib avec granulations externes ou capsule rompue ou cellules malignes dans l'ascite ou le liquide de lavage péritonéal

- **Stade II : Extension pelvienne**

Ila : extension et/ou greffes utérines et/ou tubaires, pas de cellules malignes dans le liquide d'ascite ou le liquide de lavage péritonéal

Ilb : extension à d'autres organes pelviens, pas de cellules malignes dans le liquide d'ascite ou le liquide de lavage péritonéal

- **Stade III : Extension en dehors du pelvis***

IIla : adénopathies rétro péritonéales isolées ou métastases péritonéales extra pelviennes microscopiques

IIlb : métastases péritonéales extra-pelviennes ≤ 2 cm \pm adénopathies

IIlc : métastases péritonéales extra-pelviennes >2 cm \pm adénopathies

- **Stade IV : Métastases à distance**

3.1.2 Les grades

C'est l'analyse effectuée par l'anatomopathologiste sur la pièce retirée qui va déterminer le degré d'agressivité de la tumeur, encore appelé le grade. Il en existe trois que l'on peut définir de la façon suivante :

- **Grade I** ou bas grade pour des tumeurs peu agressives
- **Grade II** ou grade intermédiaire (ou moyennement différencié)
- **Grade III** ou haut grade (ou mal différencié, voire indifférencié) pour les tumeurs plus agressives

3.2 Les différentes formes de la maladie

L'ovaire est une glande constituée de plusieurs tissus aux fonctions différentes. Chacun de ces tissus peut être à l'origine d'une transformation néoplasique bénigne ou maligne ce qui explique la très grande variété des lésions ovariennes.

3.2.1 Les tumeurs épithéliales

L'ovaire est recouvert par un épithélium qui est en continuité, mais non recouvert, avec le péritoine pour permettre l'ovulation. Cet épithélium est à l'origine de 90 % des tumeurs ovariennes, qu'elles soient bénignes (le plus souvent kystiques), malignes ou à malignité atténuée (tumeurs dites "frontières" ou "borderline*").

Les spécialistes distinguent plusieurs types histologiques qui correspondent à des maladies différentes.

Les plus fréquents sont les cancers dits de haut grade

- Cancers séreux de haut grade : (50 à 70%),
- Cancers endométrioides de haut grade (10 à 25%),
- Cancers indifférenciés et carcinosarcomes (moins de 5%).

Les cancers de bas grade sont moins fréquents

- Cancers séreux de bas grade : (environ 5%),
- Cancers endométrioides de bas grade (5 à 10%),
- Cancer mucineux* (5 à 10 %)
- Cancer à cellules claires (5 %)

Les carcinomes séreux

C'est le type de cancer de l'ovaire le plus répandu et qui correspond à environ 50 à 70% des tumeurs épithéliales. La maladie touche, le plus souvent, les femmes âgées de 40 à 80 ans. Les tumeurs sont bilatérales dans environ un tiers des cas. Elles peuvent être de bas (rarement) ou de haut grade.

Les patientes avec une mutation BRCA1 ou BRCA2 ont le plus souvent des tumeurs séreuses de haut grade. Très souvent la tumeur est découverte à un stade III ou IV.

Les carcinomes endométrioides

Ils constituent 10 à 25% des tumeurs épithéliales communes et sont plus courants chez les femmes de 50 à 70 ans.

Les cancers endométrioides de haut grade se rapprochent des cancers séreux de haut grade.

En revanche, les tumeurs malignes endométrioides de bas grade sont différentes et l'endométriose semble être le précurseur de ce type de carcinome. Ce type histologique peut être associé au syndrome de Lynch.

Les tumeurs frontières (borderline)

Elles représentent 10 à 20 % des tumeurs épithéliales de l'ovaire avec une incidence annuelle de 4,8 pour 100 000 femmes. On les retrouve surtout chez les femmes jeunes entre 20 et 40 ans, et elles surviennent environ 10 ans plus tôt que les carcinomes ovariens.

3.2.2 Les tumeurs rares

Du fait de leur rareté, les modalités de traitement de ces tumeurs seront proposées après l'avis d'un centre expert, membre du réseau des Tumeurs Malignes Rares Gynécologiques (TMRG).

Ce réseau est rassemblé autour d'un site web (www.ovaire-rare) où les médecins peuvent enregistrer le dossier clinique des patientes, avec leur accord. Ce site permet une relecture du diagnostic par des anatomopathologistes experts. Une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), comprenant des experts des tumeurs rares, pourra ainsi donner un avis sur une prise en charge spécifique de la patiente.

Parmi les experts de ces RCP, il y a des spécialistes de la fertilité, car ces tumeurs rares atteignent des femmes qui souhaitent des grossesses. La chimiothérapie est fréquemment indiquée et elle comprend souvent bléomycine, étoposide et cisplatine (protocole de type BEP) c'est-à-dire des traitements différents de ceux des cancers de l'ovaire usuels.

Les tumeurs rares sont :

- Les carcinomes à cellules claires
- Les tumeurs mucineuses
- Les tumeurs des cellules germinales
- Les tumeurs stromales des cordons sexuels

La grande variété des lésions ovariennes nécessite un diagnostic précis et une prise en charge adaptée.

4. Conduite à tenir et traitements

4.1 Recommandations

La prise en charge doit se faire de manière spécifique par des spécialistes du cancer de l'ovaire.

Il faut donc que vous soyez adressée à un établissement ou à un groupe d'établissements dotés de ce personnel médical spécialisé mais aussi de tout l'équipement nécessaire à vos traitements et au suivi de votre maladie. Cette spécialisation est un élément essentiel pour le traitement de votre maladie et l'amélioration de son pronostic.

C'est pourquoi il faut privilégier autant que possible la recherche de la compétence médico-chirurgicale au confort hôtelier ou à la proximité du domicile.

Les recommandations européennes en vigueur, émises par l'ESGO (European Society of Gynecologic Oncology) en 2016, précisent qu'il faut que le chirurgien pratique au moins 10 chirurgies du cancer ovarien par an, que le centre dans lequel il exerce effectue au minimum 20 chirurgies de ce type par an et qu'il dispose d'une plate-forme adaptée (service de réanimation, réunions de concertation pluridisciplinaire ou RCP*, plateau technique, liaison étroite avec une équipe d'oncologie médicale).

4.2 La chirurgie

Un premier bilan a conduit votre médecin traitant et/ou gynécologue à une forte suspicion de cancer ovarien et selon toute probabilité, il vous adresse ensuite en consultation de chirurgie.

La chirurgie est un élément majeur du traitement du cancer de l'ovaire.

4.2.1 La consultation de chirurgie

Le chirurgien vous expliquera en détail en quoi consiste l'intervention et les risques que cela comporte.

Il pourra vous prescrire d'autres examens pour compléter le bilan initial et fixera avec vous une date pour l'intervention.

Il analysera vos antécédents médicaux personnels et familiaux.

N'hésitez pas à lui poser toutes les questions nécessaires.

4.2.2 La consultation d'anesthésie

Quelques jours avant l'intervention vous rencontrerez l'anesthésiste. Il examinera vos documents médicaux et demandera quels médicaments vous prenez afin de prendre les mesures nécessaires pour que votre anesthésie* se passe bien.

Vous devez signaler les produits ou substances auxquelles vous êtes allergique.

Il fera le point avec vous sur d'éventuelles maladies associées (diabète, maladie cardiaque, respiratoire, rénale ou hépatique, etc...) qui peuvent augmenter le risque de complications pendant ou à la suite de l'opération. Le type d'anesthésie utilisée dépend du type de chirurgie envisagée, mais aussi de vos antécédents médicaux. L'anesthésie générale est le plus souvent proposée.

Par ailleurs, afin de limiter les douleurs en postopératoire, vous pourrez bénéficier d'une péridurale qui sera installée avant l'intervention, sauf contre-indication.

On vous prescrira des bas de contention qu'il faudra porter le jour de l'intervention et tout au long de l'hospitalisation pour éviter les risques de phlébite.

4.2.3 L'intervention chirurgicale

La durée de l'intervention dépend du type de chirurgie réalisée.

Le plus souvent la chirurgie est réalisée en deux temps :

- **Le premier temps** se fait généralement par voie coelioscopique. Cette chirurgie sous anesthésie générale permet, par de petites incisions sur le ventre, d'introduire une caméra pour faire le bilan du cancer et faire le prélèvement de la tumeur nécessaire au diagnostic définitif par l'anatomopathologiste.
- **Le deuxième temps** est celui qui permet de compléter le bilan chirurgical d'extension de la tumeur (par exemple, l'ablation des ganglions) et de réaliser l'exérèse complète du cancer si elle est possible.

La voie coelioscopique peut être suffisante pour traiter des stades localisés (ou stade I). Chez une femme jeune en âge de procréer, l'objectif sera de conserver l'ovaire non atteint et l'utérus, en vue d'une éventuelle grossesse, si cela est possible sans compromettre ses chances de guérison.

Dans tous les autres cas, il sera pratiqué **une laparotomie* médiane xypho-pubienne** afin de permettre une chirurgie la plus complète possible.

Le chirurgien cherche à obtenir une résection* complète de la tumeur pour éviter au maximum le risque de récurrence.

Lorsque la résection complète ne peut techniquement être obtenue, une chimiothérapie* néo adjuvante est proposée pendant 3 ou 4 cycles pour faire diminuer la tumeur et faciliter le geste chirurgical avec moins de risques de complications pour la patiente.

Votre dossier sera vu en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) par les médecins (en général le chirurgien, l'oncologue, le radiologue et l'anatomopathologiste*) qui décideront de la suite de votre traitement en fonction de l'analyse qui aura été faite de la tumeur.

A ce stade du parcours de soin, il faudra que votre médecin traitant fasse une demande d'ALD (Affection de Longue Durée) auprès de votre organisme de Sécurité Sociale afin d'obtenir la prise en charge à 100% de tous les soins relatifs à votre maladie.

4.2.4 Le suivi immédiat

À la fin de l'intervention vous serez installée en salle de réveil afin de contrôler votre respiration, votre pouls et votre tension jusqu'à votre complet réveil.

Un ou plusieurs drains* (tubes en plastique ou en caoutchouc) peuvent être mis en place pour drainer le sang et la lymphe*, qui sont recueillis dans une poche dont le niveau est contrôlé par le personnel médical. Lorsque la quantité de liquide drainé quotidienne diminue en dessous de 30 cm³ environ, le drain* est enlevé.

Une sonde urinaire placée pendant l'intervention sera enlevée au bout de quelques heures.

La péridurale sera enlevée dès que vous n'en aurez plus besoin.

Assez rapidement, les médecins demandent aux patientes de se lever pour éviter les phlébites. La survenue de ces dernières sera prévenue en outre par l'injection d'un médicament anticoagulant et le port de bas de contention jusqu'à ce que vous soyez en état de marcher régulièrement.

4.2.5 La durée d'hospitalisation

Elle est en moyenne d'une semaine mais peut être plus longue. Votre sortie de l'hôpital dépend notamment, de l'absence de complications et de la reprise du transit intestinal.

4.2.6 Le retour à domicile

Un/e infirmier/e à domicile pratiquera les soins nécessaires sur prescription médicale (soins sur la cicatrice, injections d'anticoagulants...).

Il faudra éviter tout effort sur la cicatrice (pas d'abdominaux en postopératoire, ne pas porter de charges) mais la marche est conseillée et sera adaptée selon votre état de fatigue.

4.2.7 La « consultation d'annonce »

Cette consultation est organisée à l'issue de la chirurgie et des examens de votre tumeur, après la réunion de concertation pluridisciplinaire en présence de l'oncologue qui va désormais vous suivre, de l'infirmière d'annonce...

Il est conseillé de s'y rendre accompagnée d'une personne de confiance qui vous aidera à noter toutes les explications que donne l'oncologue.

Au cours de cette consultation, l'oncologue vous expliquera la suite éventuelle du traitement, et si vous devez avoir de la chimiothérapie, il vous expliquera le protocole qui vous sera appliqué, avec le calendrier des séances, les produits utilisés et leurs principaux effets secondaires ainsi que la surveillance du traitement. C'est ce qu'on appelle le programme personnalisé de soins.

L'infirmière d'annonce reformulera les propos du médecin, expliquera le déroulement des soins et pourra vous orienter vers d'autres professionnels tels que psychologue, assistant(e) social(e), diététicienne, kinésithérapeute, socio-esthéticienne...

4.2.8 Les complications et effets secondaires

Durant l'hospitalisation, vous serez surveillée par l'équipe médicale qui prendra toutes les mesures que votre état nécessite.

Vous pourrez notamment ressentir :

- Des douleurs au niveau de la cicatrice, qui sont le plus souvent modérées et transitoires, et en général assez bien contrôlées par les antidouleurs. Si ces douleurs persistent ou s'intensifient, cela peut être le signe d'une infection ou d'un hématome, signalez-le.
- De la fatigue, due à l'intervention et à l'anesthésie
- Des douleurs dans une jambe, qu'il faut signaler car il peut s'agir d'une phlébite (normalement prévenue par un traitement et le port de bas de contention)
- Des douleurs dans le ventre
- Des difficultés à uriner

D'autres complications sont possibles :

- Une fatigue persistante qui peut être due à une anémie*, conséquence de la chirurgie
- Des troubles intestinaux ou urinaires
- Une grosseur ou un écartement au niveau de la cicatrice, qui peut être le signe d'un défaut de cicatrisation au niveau de la paroi abdominale (sous la peau)
- Des troubles sexuels dus au défaut de lubrification du vagin
- Un lymphœdème* (gonflement de la jambe) dû à l'enlèvement des ganglions pelviens qui pourra nécessiter un traitement par kinésithérapie et port de bas ou collants de contention
- Un lymphocèle* (poche de lymphe*) secondaire à l'ablation des ganglions, qui peut disparaître spontanément ou nécessiter une ponction à l'aiguille
- Les effets de la ménopause chez la femme jeune ayant subi une chirurgie large, avec bouffées de chaleur, sueurs nocturnes...

Une fois rentrée à la maison, informez immédiatement votre médecin de toute douleur, malaise, fièvre.

4.3 La chimiothérapie

Selon le type de tumeur, son grade et son degré d'extension, le traitement chirurgical sera ou non complété par de la chimiothérapie.

La chimiothérapie est un traitement à base de médicaments administrés par voie intraveineuse ou par voie orale. Ces médicaments circulent dans le sang pour atteindre les cellules cancéreuses dans le corps tout entier. Leur particularité est qu'ils sont toxiques sur toutes les cellules capables de se diviser, pour les cellules cancéreuses mais pour d'autres aussi.

La chimiothérapie est dite néo adjuvante lorsqu'elle est délivrée avant le traitement chirurgical afin de réduire la tumeur en vue d'une intervention.

La chimiothérapie est dite adjuvante lorsqu'elle est administrée après la chirurgie pour éviter la récurrence.

Dans le langage courant, le premier traitement par chimiothérapie est dit de 1^{ère} ligne.

La chimiothérapie est administrée en plusieurs cycles espacés de trois semaines le plus souvent, cette période de repos permettant aux cellules normales de récupérer. A l'intérieur de chaque cycle, les produits de chimiothérapie peuvent être administrés selon un rythme variable : une fois par semaine, ou toutes les 2 semaines ou bien une seule fois pendant le cycle.

4.3.1 Les précautions à prendre

Au moment du diagnostic et avant d'entreprendre le traitement de chimiothérapie, des examens sont nécessaires.

Il est préférable d'éliminer toute source d'infection avant de débuter une chimiothérapie. La source d'infection la plus fréquente est dentaire.

Une prise de sang sera réalisée avant chaque cycle de chimiothérapie dans le but de s'assurer du bon fonctionnement d'organes essentiels pour le métabolisme et l'élimination des médicaments, tels que le foie et le rein.

Toute grossesse est déconseillée pendant la durée du traitement. Dans le cas de préservation d'au moins un ovaire et si vous envisagez une grossesse, parlez-en à votre médecin

4.3.2 Les chambres implantables

Si un médicament doit être administré sur plusieurs heures et a fortiori sur plusieurs jours, si la durée de la chimiothérapie est assez longue, si les veines du (ou des) bras ne sont pas suffisantes ou si les injections précédentes de chimiothérapie ont entraîné une inflammation des veines (veinite), la mise en place d'un cathéter* central pour la durée de la chimiothérapie est proposée.

Avec un suivi approprié, ces cathéters peuvent rester en place aussi longtemps que nécessaire, ce qui évite au patient d'être piqué dans le bras à chaque séance de chimiothérapie.

Le cathéter et la chambre sont implantés au bloc opératoire, sous anesthésie locale ou sous anesthésie générale de courte durée. Dans les 48 heures qui suivent la pose, une douleur à la base du cou est assez fréquente, on vous prescrira des médicaments

contre la douleur pour la soulager.

Par la suite, aucun pansement ne sera nécessaire. Vous pourrez mener avec ce dispositif une vie normale. Seuls les sports violents sont à éviter. Un carnet de surveillance de la chambre vous sera remis afin de noter les gestes effectués à ce niveau. Une chambre peut être conservée pendant plusieurs années.

Les incidents liés au dispositif sont rares mais doivent amener à consulter :

- Une douleur et une rougeur au niveau du boîtier doivent faire craindre une infection
- Une douleur et un gonflement du bras peuvent faire suspecter une obstruction de la veine
- De la fièvre

La chimiothérapie peut être administrée dans les jours qui suivent la pose de la chambre implantable.

@ Pour en savoir plus sur les chambres implantables :
<http://www.hopital-dcss.org>

4.3.3 Le protocole standard actuel

La chimiothérapie de première ligne, qu'elle soit néo-adjuvante ou adjuvante, associe dans la plupart des cas un sel de platine (le plus souvent Carboplatine) et un taxane (Taxol®) :

Un cycle est administré tous les 21 jours. Vous recevrez six cycles, parfois huit, de chimiothérapie.

Dans certains cas, ces produits peuvent vous être administrés de façon hebdomadaire, à des doses adaptées à ce rythme d'administration.

Le protocole est administré en ambulatoire sur une journée et est précédé d'une prémédication pour prévenir les réactions allergiques et les nausées.

À chaque consultation vous devez faire part à votre médecin de tous les effets ressentis, afin qu'il puisse éventuellement adapter les doses ou traiter des effets secondaires handicapants. **N'hésitez pas à prendre un carnet** pour noter tous les effets que vous ressentez entre les séances de chimiothérapie afin d'en parler à votre oncologue pendant les visites de contrôle

4.3.3.1 Déroulement

La première séance de chimiothérapie se déroule sous une surveillance plus soutenue, afin de vérifier que vous supportez bien les produits administrés. Signalez à l'infirmière tout effet désagréablement senti.

Les séances du protocole standard durent environ 4 à 6 heures, vous pouvez donc apporter de quoi passer le temps le plus agréablement possible.

4.3.3.2 Effets secondaires

Les produits utilisés pour traiter le cancer peuvent entraîner des effets secondaires, mais ce n'est pas systématique et certaines patientes supportent très bien la chimiothérapie.

Certains effets sont plus fréquents que d'autres, plus supportables que d'autres ; ils peuvent être prévenus ou diminués en suivant les recommandations de votre médecin.

Il peut être dangereux de prendre d'autres médicaments que ceux que votre médecin vous prescrit, car ceux-ci peuvent être incompatibles avec les produits de chimiothérapie et entraîner de graves effets indésirables. Si vous avez un doute, parlez-en à votre oncologue.

Dans tous les cas, parlez à votre médecin de tout ce qui vous semble anormal et notez tout ce que vous avez senti depuis la dernière séance de chimiothérapie avant la consultation; cela permet de ne rien oublier.

- **Nausées, vomissements**

Il existe aujourd'hui des traitements préventifs efficaces. Outre les traitements préventifs, vous pouvez limiter le risque de nausées en privilégiant les repas froids, légers et fractionnés, en buvant de préférence en dehors des repas et de façon suffisante. Certaines patientes sont particulièrement soulagées par le coca-cola. Évitez les aliments trop gras ou trop épicés et le tabac.

- **Baisse des globules blancs, rouges ou des plaquettes**

Avant chaque cycle, une analyse de sang vérifiera le taux de vos cellules sanguines et si l'on constate que ce taux est trop bas, la séance de chimiothérapie peut être reportée, ou les doses de produit adaptées à votre cas.

- **Lésions buccales**

Il se peut qu'au cours de la chimiothérapie vous ressentiez des difficultés à avaler, des sensations de douleurs dans la bouche ou dans l'œsophage.

Il s'agit de ce que l'on appelle une mucite, c'est-à-dire d'une inflammation de la muqueuse qui tapisse la bouche et l'œsophage. Pour limiter ces effets, votre médecin vous prescrira des bains de bouche (sans alcool) à effectuer après chaque repas. Il faut aussi se laver les dents avec une brosse à dent souple, boire beaucoup (eau, tisanes, glace pilée) et éviter les aliments trop épicés ou trop acides ou favorisant l'apparition d'aphtes (noix, gruyère, ananas par exemple) ainsi que la consommation d'alcool ou de tabac.

- **Troubles nerveux des mains et des pieds (syndrome mains/pieds)**

Le Taxol notamment peut provoquer des troubles de la sensibilité à type de picotements, de brûlures, d'engourdissement ou de fourmillements touchant le plus souvent les mains et les pieds.

Il est très important de les signaler au médecin qui suit la chimiothérapie et qui évaluera leur éventuelle progression.

- **Chute des cheveux et des poils**

La chute des cheveux est souvent mal vécue sur le plan psychologique, car c'est la partie la plus visible de la maladie. Environ 2 ou 3 semaines après le début de la chimiothérapie (Taxol) les cheveux tombent, ainsi que les poils (jambes, aisselles, pubis) et les cils et sourcils. Ce phénomène est temporaire et les cheveux repousseront dans les 6 à 8 semaines suivant l'arrêt du Taxol. Votre médecin pourra vous prescrire le port d'une prothèse capillaire et vous pourrez, si vous le désirez, bénéficier dans certains centres de soins esthétiques spécifiques.

Dans le cadre de certains protocoles, cet effet peut être limité par le port d'un casque et/ou de gants réfrigérants pendant la séance de chimiothérapie.

- **Allergies et troubles cutanés**

La chimiothérapie entraîne une sécheresse cutanée importante, parfois accompagnée de démangeaisons ou de rougeurs. Ce sont le plus souvent des troubles mineurs que l'on peut limiter en :

- **Évitant de s'exposer au soleil** (le Taxol notamment est photosensibilisant)
- Privilégiant les savons doux qui ne dessèchent pas la peau
- Appliquant des lotions pour le corps adaptées

- **Fatigue**

La fatigue est due à la fois à la maladie et à ses traitements, elle peut être intense et invalidante. Parlez-en et évaluez-la avec votre équipe soignante. Si elle est supportable, une activité physique modérée mais régulière permet peu à peu d'en diminuer les effets.

4.3.4 Les thérapies ciblées

On appelle « cible » une caractéristique biologique de la cellule cancéreuse, déterminée en pratique par l'analyse anatomo-pathologique ou moléculaire des cellules constituant la tumeur.

Une thérapie ciblée est un traitement qui agit sur cette cible avec comme finalité, si cette cible est importante pour l'existence de la tumeur, une action destructrice. Si la cible n'est présente que sur les cellules tumorales, il est alors attendu une atteinte qui concerne principalement ces cellules.

Pour les cancers de l'ovaire on peut citer :

- **Le Bevacizumab commercialisé sous le nom d'Avastin®.**

Dans les stades III ou IV, il vous sera peut-être proposé une association de bevacizumab avec la chimiothérapie. Il s'agit d'un anticorps qui cible spécifiquement le VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor). C'est un facteur indispensable pour la croissance des petits vaisseaux qui nourrissent les tumeurs et leur apportent les nutriments et l'oxygène ; il s'agit donc d'un traitement antiangiogénique (angio=vaisseau).

Il a prouvé son efficacité pour augmenter l'activité de la chimiothérapie

Avant de vous prescrire l'Avastin®, le médecin contrôlera votre tension, ainsi que votre fonction cardiaque et vos fonctions rénales.

- **Les anti PARP (Poly-Adénosyl Ribose Polymérase).**

Les PARP sont des enzymes qui réparent certaines cassures monobrin survenant au niveau de l'ADN de nos cellules. Si la réparation de ces cassures monobrin ne s'effectue pas, la multiplication des cellules cancéreuses est plus difficile et particulièrement compromise quand les autres voies de réparation

des cassures de l'ADN se trouvent déficientes. C'est le cas notamment quand il existe une atteinte des gènes BRCA, qu'elle soit constitutionnelle (présente à la naissance) ou somatique (acquise au niveau de la tumeur).

- **L'hormonothérapie.**

Il existe, dans certains types de tumeurs malignes de l'ovaire, des récepteurs aux hormones (œstrogènes et progestérone). Ces hormones peuvent être impliquées dans la prolifération des cellules cancéreuses. En bloquant ces récepteurs, on observe une entrave à la croissance tumorale. Les médicaments les plus prescrits, essentiellement dans les situations de rechute, sont le tamoxifène® ou les anti-aromatases.

De nombreuses autres voies d'intérêt sont en cours d'exploration dans des essais thérapeutiques et semblent prometteuses.

4.3.5 L'immunothérapie

L'immunothérapie représente une nouvelle voie de traitement des cancers de l'ovaire.

Ces molécules (anti-CTLA4*, anti-PD1* ou anti PDL1*) ont un mode d'action original rétablissant les fonctions des lymphocytes T avec pour but ultime l'élimination des cellules cancéreuses par les propres défenses des patientes. Ces médicaments peuvent être associés entre eux ou avec une chimiothérapie ou un traitement antiangiogénique. Néanmoins, la meilleure façon de les prescrire reste encore à déterminer et de nombreux essais sont en cours, tant en primo-traitement qu'en rechute pour déterminer leur place dans le cancer de l'ovaire.

4.3.6 Essais cliniques

Selon le type de cancer dont vous souffrez, on vous propose le traitement de référence dans ce type de cancer.

Le traitement de référence, comme son nom l'indique, est celui classiquement utilisé dans un cas tel que le vôtre, parce qu'il a été expérimenté, éprouvé et qu'il est alors la référence pour tous les patients concernés par la maladie en cause. Les traitements de référence utilisés dans le cancer ont été l'objet d'essais cliniques préalables.

Il se peut donc que l'on vous propose de participer à un essai clinique. Tous les patients ne sont pas concernés par les essais cliniques et la proposition se fera au cas par cas en fonction par exemple du type de tumeur, de sa taille ou tout autre critère.

La participation à un essai clinique permet de bénéficier des traitements les plus innovants tout en faisant progresser la recherche médicale.

Si vous désirez vous informer, ou si l'on vous propose de participer à un essai clinique vous pouvez consulter le registre des essais cliniques ouverts sur les sites suivants :

- ARCAGY – Association de Recherche sur les Cancers dont Gynécologiques

GINECO - Groupe d'Investigateurs Nationaux pour l'Étude des Cancers Ovariens et du sein

<http://arcagy.org/arcagy-gineco-organisation-et-recherche/etudes-gineco/178>

- INCA

<http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Le-registre-des-essais-cliniques/Le-registre-des-essais-cliniques>

5. Surveillance

Le cancer de l'ovaire est une maladie que l'on peut maintenant guérir ou contrôler, y compris en cas de récurrence. Ceci explique l'importance, pour toutes les patientes traitées, du suivi médical pendant et après la fin des traitements.

5.1 Rythme

Pendant les traitements, la surveillance se fera selon le calendrier établi par votre oncologue. Le rythme des consultations et les examens complémentaires demandés sont fonction du protocole.

À la fin des traitements, la surveillance continue, mais selon un rythme moins soutenu.

5.2 Examens

5.2.1 Examen clinique

Au cours de ces visites, votre médecin s'informe sur les symptômes éventuellement ressentis et sur votre état général.

5.2.2 Examens complémentaires

En général, on vous demandera une prise de sang régulièrement pour vérifier entre autres le taux d'un marqueur tumoral, le CA 125.

Selon les résultats des examens cliniques et biologiques, votre médecin pourra vous prescrire une échographie ou un scanner

5.3 Rémission*

Le cancer est une maladie sévère qui a tendance à récidiver; c'est pourquoi les oncologues ne parlent pas souvent de guérison, mais de rémission*.

La rémission* est déclarée lorsque la maladie a régressé et elle est dite complète lorsqu'il n'y a plus de trace visible de la maladie, que ce soit à l'examen clinique ou sur les examens complémentaires pratiqués.

La rémission signifie que les traitements ont été efficaces, du moins en partie.

6. Récidive

Le pronostic du cancer de l'ovaire a fait quelques progrès ces dernières années, mais il reste sévère. Le risque de récurrence est certes important, mais il n'est pas automatique et dépend de plusieurs facteurs comme le type de tumeur, son grade, son stade...

Si une récurrence survient, votre dossier sera à nouveau évalué afin de trouver le traitement le plus adapté à votre cas.

7. Qualité de vie

La maladie et ses traitements ont un impact certain sur la qualité de vie des patientes, que ce soit sur le plan physique, psychique ou social. Mais aujourd'hui, les équipes soignantes vous accompagnent tout au long de votre parcours de soin pour que votre qualité de vie soit la meilleure possible malgré tout.

La préservation ou l'amélioration de la qualité de vie occupe une place très importante dans la prise en charge du cancer. Le cancer de l'ovaire tend parfois à devenir une maladie chronique. L'objectif est donc de vivre de mieux en mieux et de plus en plus longtemps avec la maladie et les traitements.

En plus des traitements spécifiques contre le cancer de l'ovaire (chirurgie, chimiothérapie), des soins et soutiens complémentaires peuvent être nécessaires pour traiter les conséquences de la maladie et de ses traitements, notamment : douleur, fatigue, troubles alimentaires, besoin de soutien psychologique, problèmes sociaux, troubles de la sexualité.

Les centres de soins proposent en général une prise en charge par du personnel spécialisé.

Diététiciennes, nutritionnistes, kinésithérapeutes, psychologues, animateurs en activités physiques adaptées, socio-esthéticiennes... sauront vous guider pour vous permettre de mieux vivre cette période difficile et éventuellement de reprendre une vie professionnelle pendant les traitements.

8. Adresses et contacts utiles

- **Je me renseigne auprès des centres spécialisés de ma région**

Ces centres ont pour mission de mettre à disposition de tous des aides à la décision pour la prise en charge des patientes. Ils se situent dans les grands hôpitaux ou dans les centres Unicancer.

Ils définissent ensemble les bonnes pratiques cliniques nationales, mettent à jour des informations médicales sur ces tumeurs rares et participent de façon active à la recherche dans ce domaine.

Pour les tumeurs rares, la liste des centres experts est à retrouver sur le site de l'observatoire des tumeurs malignes en gynécologie.

www.ovaire-rare.org/TMRG/public/accueil_public.aspx

- **Organisations de lutte contre le cancer en France**

- **ARCAGY-GINECO**

ARCAGY-GINECO est un groupe coopérateur spécialisé en recherche clinique et translationnelle dans le domaine des cancers de la femme.

Sa mission est de contribuer à l'amélioration de la survie et de la qualité de vie des patientes atteintes d'un cancer gynécologique, en mettant en place et en coordonnant des essais cliniques en France comme à l'international.

<http://arcagy.org/infocancer/>

- **Fédérations hospitalières**

<http://www.unicancer.fr>

<https://www.fhf.fr/>

- **INCA**

Institut National du Cancer

<http://www.e-cancer.fr/>

- **LIGUE NATIONALE CONTRE LE CANCER**

Créée en 1918, la Ligue contre le cancer est une association loi 1901 reconnue d'utilité publique, composée de 103 Comités départementaux indépendants présents sur tout le territoire national. La Ligue est le seul acteur indépendant à avoir une approche globale du cancer en intervenant dans quatre champs complémentaires :

- financement de la recherche contre le cancer : la Ligue est le 1er financeur privé et indépendant de la recherche contre le cancer en France ;
- prévention et promotion des dépistages ;

- actions auprès des personnes malades et de leurs proches ;
- mobilisation de la société face au cancer.

www.ligue-cancer.net

- **Associations de Patients spécialisées en cancers Gynécologiques**

- **IMAGYN**

Initiative des MALades atteintes de cancers GYNécologiques est une association de patientes atteintes de cancers gynécologiques visant à sensibiliser, soutenir et informer les patientes, leur famille, leurs proches et toute personne concernée par tous les aspects des maladies gynécologiques.

Elle permet aux femmes atteintes de se rencontrer au cours de « cafés IMAGYN » ou de correspondre avec « IMAGYN-écoute ».

L'association a aussi pour but de soutenir toute diffusion d'information sur les cancers gynécologiques à travers la création et la diffusion sur tout support de communication (papier, photo, vidéo, internet).

« Connaître la maladie, c'est la reconnaître afin qu'elle soit diagnostiquée à des stades moins avancés »

Elle a également pour but de soutenir l'organisation et/ou la participation à des congrès, des formations ou tout évènement lié aux cancers gynécologiques et à la recherche médicale en onco-gynécologie.

www.monimagyn.org

<https://www.facebook.com/association.imagyn/>

☎ 01 42 34 83 23

- **BRCA**

Ses buts : diffuser l'information de prise en charge aux personnes et à leur famille (dépistage, prévention, nouvelles thérapeutiques), organiser des rencontres régulières entre patients et des réunions scientifiques et d'information regroupant professionnels de santé et patients. Harmoniser les pratiques en relayant les recommandations de l'INCA.

www.brcafrance.fr/association-brca

- **OVARIOR**

<https://www.facebook.com/association.ovarior.lateamtantan>

Glossaire

A

Anamnèse : informations recueillies par le médecin lors de l'échange avec son patient. Il note les antécédents médicaux ou chirurgicaux, les médicaments que l'on prend éventuellement, la profession, la consommation éventuelle de tabac ou d'alcool, les allergies connues, les symptômes ressentis.

Anatomopathologie : ou anatomocytopathologie, examen pratiqué sur un échantillon de tissu ou de tumeur prélevé lors d'une biopsie ou d'une chirurgie, afin d'observer les cellules de ce prélèvement par diverses techniques (microscope, colorations, etc...) Dans les cancers gynécologiques, ce n'est qu'après cet examen que l'on pourra définir le stade exact (diffusion de la maladie) et le grade (selon le type de cellules qui constituent la tumeur, leur taux de multiplication...).

Anémie : baisse du taux de globules rouges dans le sang.

B

Biopsie : prélèvement d'un morceau de tissu ou d'organe ou de tumeur en vue de son analyse anatomopathologique (analyse des cellules pour voir si elles sont normales ou altérées). Le prélèvement se fait sous anesthésie locale ou générale en fonction du type de biopsie réalisée. La biopsie peut être osseuse, cutanée, hépatique, tumorale...

Borderline : ou frontière en français. Tumeur à la limite entre tumeur bénigne et tumeur maligne. Ce type de tumeur survient plutôt chez la femme jeune.

C

Carcinose : c'est la présence, dans le péritoine ou la plèvre, de petites tumeurs secondaires à la tumeur initiale

Chimiothérapie adjuvante : chimiothérapie qui vient en plus du traitement chirurgical. On parle de chimiothérapie **néo-adjuvante** lorsque l'on administre quelques cycles de chimiothérapie avant de procéder à la chirurgie.

Cœlioscopie : chirurgie de l'abdomen mini invasive, grâce à trois incisions de la paroi abdominale par lesquelles le chirurgien introduit des instruments spéciaux. Elle permet de pratiquer des actes de portée limitée comme l'ablation de la vésicule biliaire, ou des prélèvements pour déterminer si une masse suspecte est réellement maligne ou non.

Colostomie : mise à la peau du côlon, provisoire ou permanente, pratiquée dans certains actes de chirurgie, lorsque l'évacuation des selles ne peut plus se faire par les voies naturelles.

Corps jaune : glande située dans le follicule, la zone ovarienne abritant l'ovule. Il s'y développe de manière temporaire avant d'être relâché lors de l'ovulation.

Curage ganglionnaire pelvien : retrait des ganglions lymphatiques du pelvis* (petit bassin ou bas ventre).

D

Diaphragme : muscle qui sépare le thorax de l'abdomen et permet la respiration. Il est constitué de deux « coupes » et son fonctionnement est périodique et automatique.

G

Gènes : unité contrôlant un caractère héréditaire particulier. (qui se transmet) Certains gènes déterminent prédisposent à certaines maladies.

Les cellules du corps possèdent des noyaux qui contiennent tout le patrimoine héréditaire d'un individu, sous formes de chromosomes (il y en a 26 paires chez l'homme). Un chromosome est constitué de gènes. Dans certaines maladies, dont les cancers, on a identifié des gènes qui y prédisposent.

Ainsi les gènes BRCA 1 et 2 ont été trouvés dans des formes familiales de cancer du sein et des ovaires. Le gène RAD51 serait surreprésenté dans certaines formes de cancers résistants à la chimiothérapie.

Gingivorragies : saignement des gencives.

Glandes corticosurrénales : glande endocrine qui assure la sécrétion des stéroïdes.

H

HCTZ : ou hydrochlorothiazide, médicament diurétique utilisé dans le traitement de l'hypertension artérielle. Il permet l'évacuation urinaire d'une plus grande quantité d'eau et de sel.

Histologie : étude des cellules (dite aussi cytologie), au moyen de microscopes, de colorations et de procédés particuliers, faite à partir de prélèvements divers(sang, urines, frottis, biopsies). On regarde si les cellules sont normales ou altérées.

Dans le cas d'un cancer, les altérations sont nombreuses et cette étude permet de préciser de quel type et de quel grade il s'agit. Cette étape est essentielle pour faire un diagnostic complet et pour décider quel est le traitement le plus adapté. Cette étude est faite par un spécialiste de l'anatomopathologie et les résultats figurent dans le compte-rendu d'anatomopathologie, ou encore « ana-path ».

Hystérocopie : examen qui permet de voir l'intérieur de l'utérus à l'aide d'un instrument spécial, l'hystéroscope.

M

Marqueur tumoral : se dit d'une substance que l'on peut doser dans le sang ou dans les urines et dont l'élévation peut orienter vers une inflammation ou vers un cancer. Cette élévation seule ne suffit pas au diagnostic mais permet le suivi des traitements. Le CA125 par exemple, peut être élevé dans d'autres pathologies que le cancer de l'ovaire (fibrome, l'endométriose ou même les règles ou la grossesse). Il en existe de plusieurs types :

CA 125 dans le cancer de l'ovaire, CA 15.3 dans le cancer du sein, CA 19.9 dans les cancers digestifs, du sein ou de l'ovaire.

Monothérapie : traitement qui n'utilise qu'un seul médicament (au lieu de deux :-bithérapie, ou trois :-trithérapie...).

R

RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) : réunions qui regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science du moment. Au cours des RCP, les dossiers des patients sont discutés de façon collégiale. La décision prise est tracée, puis est soumise et expliquée au patient.

Une RCP à visée diagnostique ou thérapeutique doit se faire en présence d'au moins 3 médecins de spécialités différentes. La présence du médecin traitant du patient est sollicitée, mais n'est pas obligatoire.

Rémission : c'est la diminution (rémission partielle) ou la disparition (rémission complète) des signes et des symptômes de la maladie.

S

Second look : Chirurgie pratiquée dans un deuxième temps, après une chirurgie initiale, soit pour vérifier l'absence d'évolution, soit après un traitement de chimiothérapie intermédiaire.

Sepsis : « infection du sang », ce terme étant utilisé lors d'une infection sévère étendue à tout l'organisme.

Séreux : désignant tout ce qui présente les caractéristiques de la sérosité, du sérum (partie liquidienne du sang) ou ayant l'apparence du sérum. Ce terme désigne également ce qui se rapporte à une membrane séreuse comme le péritoine, la plèvre.

Splénectomie : ablation de la rate.

U

Urétrostomie : déviation, le plus souvent temporaire, d'un ou des deux uretères (conduits qui vont des reins à la vessie) pour qu'ils débouchent ailleurs, soit dans l'intestin, soit à la peau, que l'on pratique dans certaines interventions chirurgicales notamment en cas de cancer.

V

Vulve : ensemble des organes génitaux externes constituée principalement des grandes et des petites lèvres enserrant l'entrée du vagin, de la partie externe du clitoris et du méat urinaire.

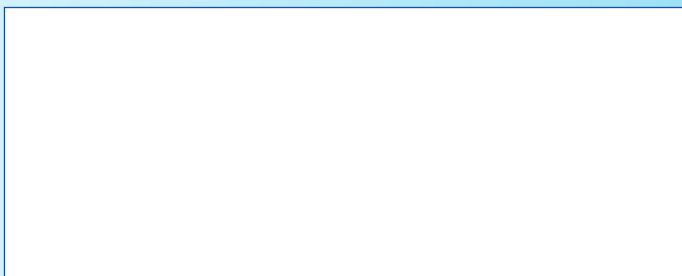


0 800 940 939

écoute, aide, soutien

(service et appel gratuits à partir d'un fixe ou d'un mobile en France)

Votre Comité départemental :



**LIGUE NATIONALE CONTRE
LE CANCER**

14 rue Corvisart - 75013 Paris

Tél. : 01 53 55 24 00

www.ligue-cancer.net

 twitter.com/laliguecancer

 www.facebook.com/laliguecontrecancer