



INFORMATION
& PRÉVENTION

Les cancers de l'appareil génital féminin

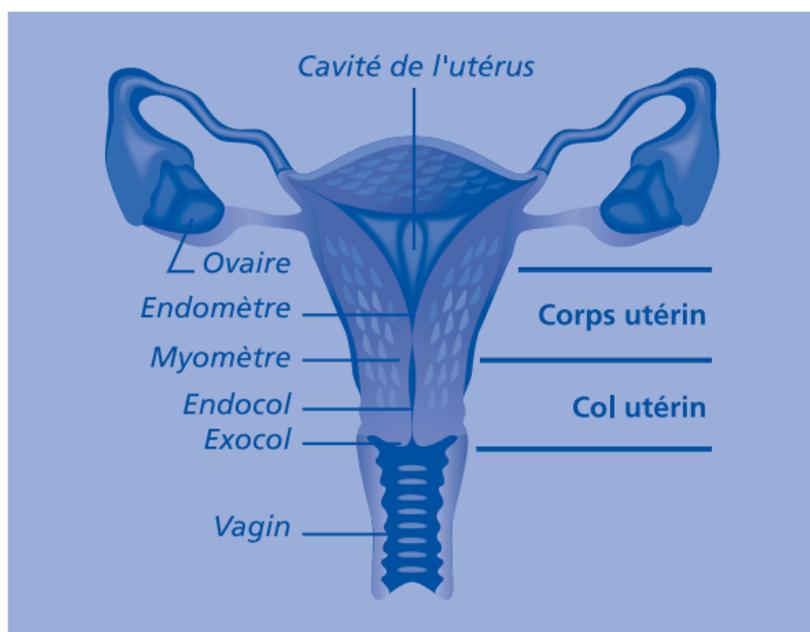
G R A N D P U B L I C

Les cancers de l'appareil génital féminin

Qu'appelle-t-on appareil génital ?

Un certain nombre d'organes sont réunis sous le terme général d'appareil génital :

- la **vulve** et le **vagin**,
- l'**utérus** qui est un muscle creux, à parois épaisses. Il est divisé en deux parties :
 - une partie basse que l'on peut atteindre au fond du vagin : c'est le **col de l'utérus**,
 - une partie plus haute : c'est le **corps de l'utérus**, organe à forte musculature qui augmente de volume de façon considérable pendant la grossesse puisque c'est dans l'utérus que l'embryon puis le fœtus vont se développer. Il se prolonge, de chaque côté, à sa partie supérieure, par les **trompes** qui débouchent sur les ovaires.
- les **ovaires** qui sont deux glandes profondément situées dans la cavité pelvienne. L'ovaire a deux fonctions : sécréter les hormones et "pondre" l'ovule qui sera acheminé dans l'utérus par l'intermédiaire des trompes.



Quels sont les cancers de l'appareil génital féminin ?

Les tumeurs sont relativement rares au niveau de la vulve, du vagin et de la trompe ; par contre, elles sont assez fréquentes sur :

- > le col utérin (environ 3 300 nouveaux cas et 1 000 décès par an en France en 2000),
- > le corps utérin (plus de 5 000 nouveaux cas par an et 1 800 décès),
- > les ovaires (environ 4 500 nouveaux cas par an et 3 500 décès).

Les cancers du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus est l'un de ceux pour lesquels il y a eu les plus grandes avancées au cours des 20 dernières années.

On constate en effet :

1. qu'un test de dépistage existe, simple, non douloureux, efficace : le frottis cervico-vaginal.
2. que ce test permet également de reconnaître les états précurseurs du cancer du col utérin : ces maladies, appelées dysplasies* (ou lésions intra-épithéliales de bas grade ou de haut grade), précèdent le plus souvent le cancer de 10 ans ou 15 ans. Leur traitement permet d'éviter leur transformation en cancer invasif du col utérin.

Ainsi en France, comme dans de nombreux autres pays européens, on enregistre depuis plus de 20 ans, grâce aux frottis cervico-vaginaux de dépistage, une importante diminution de la fréquence de ce cancer.

* cf glossaire p.22

A PARTIR DE QUEL ÂGE ET À QUEL RYTHME FAIRE UN FROTTIS

- > Compte tenu de l'âge habituel du début de la vie sexuelle, il est recommandé de commencer à faire les frottis vers l'âge de 20/25 ans.
- > Si les frottis réalisés au cours de la vie ont tous été négatifs, ils ne sont pas nécessaires après 65 ans. Dans le cas contraire, il faut demander l'avis d'un médecin.
- > Les 2 premiers frottis doivent être pratiqués à un an d'intervalle, puis, s'ils sont négatifs, tous les 3 ans tant que le frottis est normal.
- > Si le frottis présente des anomalies, il faut demander l'avis d'un médecin.
- > En cas de symptômes qui attirent l'attention, il faut consulter un médecin, même si le dernier frottis est négatif.

Les facteurs de risque

Deux grands facteurs de risque sont reconnus :

1. les infections génitales par le papilloma virus (HPV). Des premiers rapports sexuels à un âge précoce et plus encore la multiplicité des partenaires, favorisent la contamination par ce virus. L'infection virale du col utérin provoque fréquemment chez les femmes des lésions bénignes : les condylomes*, mais favorise aussi l'apparition de lésions dysplasiques* susceptibles de devenir cancéreuses. Ceci a fait écrire à tort que le cancer du col utérin pouvait être considéré comme une maladie sexuellement transmissible laissant supposer que les femmes qui en étaient atteintes étaient contagieuses, ce qui est bien évidemment faux. En réalité, ce qui est contagieux, c'est l'infection virale par le HPV.

* cf glossaire p.22

Les hommes sont souvent porteurs "sains", c'est-à-dire que le virus ne provoque aucune lésion chez eux mais qu'ils transmettent le virus à leur(s) partenaire(s) sexuelle(s). La découverte d'une infection à HPV chez une femme doit entraîner son traitement ainsi que celui de son (ou ses) partenaire(s). Cette découverte se fait grâce à un test, remboursé depuis le 14 février 2004, prescrit par le médecin en cas de lésions suspectes. En revanche, le test de recherche de l'infection par HPV ne fait pas actuellement partie des examens systématiques de dépistage du cancer du col utérin. Enfin, il existe plusieurs variétés de virus HPV, le pouvoir oncogène* variant d'un type de HPV à un autre.

BIENTÔT UN VACCIN CONTRE LE HPV

Plusieurs entreprises pharmaceutiques ont mis au point un vaccin préventif contre l'infection à HPV. Ce vaccin, qui devrait être disponible en France en 2007, ne protège pas contre tous les génotypes* du virus HPV, mais contre les deux principaux impliqués dans les lésions à partir desquelles est susceptible de se développer un cancer du col de l'utérus.

Ce vaccin sera donc indiqué chez les jeunes filles et les jeunes femmes. Les études ont montré que les vaccins qui seront prochainement disponibles sont efficaces et devraient à terme permettre une très nette réduction du nombre des cancers du col de l'utérus. Cependant, la vaccination ne dispensera pas d'une surveillance régulière par frottis de dépistage :

- > d'une part parce que les vaccins disponibles ne protégeront pas contre tous les génotypes du HPV mais seulement contre les plus fréquemment impliqués,
- > et d'autre part parce que le vaccin n'est pas curatif. Autrement dit, il ne permet pas d'éliminer le HPV chez une jeune femme qui aurait été contaminée avant d'être vaccinée.

* cf glossaire p.22

2. mais aussi le tabagisme

On pourrait en évoquer un troisième, l'infection à VIH (virus de l'immunodéficience humaine, responsable du SIDA) : les femmes infectées par ce virus ont un risque accru non seulement de développer un cancer du col de l'utérus mais d'avoir un cancer plus agressif.

Un fait capital, pour comprendre le cancer du col de l'utérus, est qu'**entre un col utérin sain et un col présentant un cancer, il existe un certain nombre d'états intermédiaires**. On peut admettre schématiquement les stades suivants :

- col sain,
 - col inflammatoire,
 - anomalies des cellules épithéliales,
 - cancer in situ*,
 - cancer infiltrant du col*.
- } Peuvent co-exister

L'évolution se fait généralement lentement, en 20 à 30 ans. La précocité des rapports sexuels rajeunit l'âge d'apparition des dysplasies* qui peuvent être observées dès 25 ou 30 ans, voire même plus tôt.

L'état qui précède le cancer infiltrant porte aussi le nom de cancer intra-épithélial, ou de cancer in situ*, ou encore de "stade 0". A ce stade, les cellules cancéreuses sont strictement limitées à leur lieu de naissance et n'ont pas franchi la frontière (membrane basale) qui les sépare des tissus voisins. Il s'agit donc d'un cancer strictement local. Le passage au stade de cancer invasif peut se faire après plusieurs années. On dispose donc souvent d'un temps assez long pour dépister et pour traiter cet état en prévenant ainsi la phase invasive, destructrice et susceptible d'essaimer à distance (métastases).

* cf glossaire p.22

La localisation de la tumeur

La tumeur siège le plus souvent sur la partie du col qui fait saillie dans le vagin (exocol : voir schéma page 1). Il s'agit de la partie directement accessible par le toucher vaginal et visible à l'inspection directe après la mise en place d'un écarteur vaginal (spéculum). Parfois, la tumeur siège à l'intérieur du col dans le canal qui relie le col à la cavité utérine proprement dite (endocol). Cette localisation à l'intérieur du col, moins accessible, peut entraîner un retard dans le diagnostic. Enfin, quelquefois, le cancer peut se développer sur un moignon de col laissé en place après une ablation partielle de l'utérus pratiquée quelques années auparavant (par exemple une hystérectomie* sub-totale pour fibrome). Ces patientes doivent donc aussi bénéficier du dépistage, exactement dans les mêmes conditions que les personnes non opérées.

Les signes

Il faut distinguer deux situations différentes :

1 > Le cancer du col découvert en l'absence de signe d'alerte

C'est celui qui est dépisté par un examen gynécologique systématique. C'est dire l'importance du rôle du médecin traitant ou du gynécologue, cet examen pouvant être pratiqué dans le cadre d'une consultation gynécologique ou même d'une consultation de médecine générale. Le frottis cervico-vaginal est l'examen le plus important pour dépister un cancer du col ou les états précurseurs de ce cancer. Le recueil des cellules au niveau du vagin

* cf glossaire p.22

et du col de l'utérus se fait grâce à une petite spatule en bois ou à une brosette. Cet examen, absolument indolore, est pratiqué après la simple mise en place d'un spéculum. Après étalement des prélèvements sur une lame de verre, on peut analyser l'échantillon (examen cytologique) et connaître la nature des cellules recueillies par le frottis.

L'ancienne classification dite de PAPANICOLAOU, initiateur de la méthode, donnait 5 classes de lecture, de gravités croissantes (les cellules classées I ou II étant normales). Depuis, d'autres classifications internationales ont été établies, appelées du nom anglais "cervical intra-epithelial neoplasia" (CIN) : CIN I, CIN II, CIN III. Si le frottis signale des anomalies, le diagnostic doit être confirmé par un examen histologique* fait sur une biopsie*. Le repérage précis du siège du prélèvement est aidé par un examen à la loupe binoculaire, appelé colposcopie. C'est grâce au frottis cervico-vaginal que l'on découvre de plus en plus de lésions pré-cancéreuses ou de cancers à un stade intra-épithélial, ce qui entraîne bien entendu une diminution des cancers découverts à un stade invasif.

Cependant, il y a encore une lacune importante dans le dépistage des cancers du col utérin. En effet, 5 millions de frottis environ sont réalisés chaque année. Ceci permettrait en théorie d'assurer un dépistage efficace. Malheureusement, on constate une répartition inégalitaire de la réalisation de ces frottis avec parfois une répétition annuelle de l'examen chez des personnes à faible risque, alors que des populations à risque plus élevé ne sont pas sensibilisées à la nécessité de la surveillance gynécologique. Il est également regrettable que la pratique du frottis cervico-vaginal soit abandonnée le plus souvent après l'âge de 50 ans, alors que le risque de cancer du col augmente après cet âge. Ainsi, on estime que 60 % seulement des femmes qui devraient bénéficier de frottis cervico-vaginaux réguliers se soumettent à cet examen de dépistage. Il est important de sensibiliser les 40 % restants !

* cf glossaire p.22

2 > Le cancer révélé par des signes cliniques

Ces signes sont relativement discrets au début et se caractérisent essentiellement par des pertes anormales. Le plus souvent, ce sont de légers saignements de très faible quantité survenant entre les règles ou après la ménopause. Ces petits saignements ont une grande valeur d'alarme. Ils peuvent être provoqués par de légers traumatismes : rapports sexuels, voyages, toilettes. Même si ces saignements vaginaux sont de très faible abondance, ils doivent être considérés comme un signal d'alarme et justifier systématiquement une consultation médicale. Il est faux de parler d' "hémorragie" au sens où l'entend le grand public : saignements abondants avec présence de caillots, ce symptôme caractérisant des formes beaucoup plus évoluées ou une lésion très différente, notamment un fibrome. Quelquefois, les saignements sont remplacés par de petites pertes rosées ou brunâtres qui doivent également alerter. La prudence doit donc faire pratiquer un examen gynécologique pour toute perte sanglante, ou non, quelle que soit son abondance et quel que soit l'âge de la femme (ménopausée ou non). L'examen clinique permet un premier bilan d'extension de la tumeur. Il est parfois nécessaire d'endormir la patiente (courte anesthésie générale) pour faire au mieux cette évaluation. Ce bilan clinique est complété par différents examens radiologiques. On détermine ainsi le stade clinique d'extension de la maladie. Ce stade déterminera le traitement à proposer :

- > **au stade I**, le cancer est strictement limité au col ;
- > **au stade II**, il déborde sur la partie avoisinante ; du vagin et/ou infiltre partiellement le tissu qui entoure normalement l'utérus (les paramètres) ;
- > **au stade III**, atteinte de plus des 2/3 du vagin et/ou du tissu péri-utérin jusqu'à la paroi ;
- > **au stade IV**, il commence à infiltrer les organes voisins (vessie en avant, rectum en arrière) et/ou en dehors du bassin et/ou métastase à distance.

Le traitement

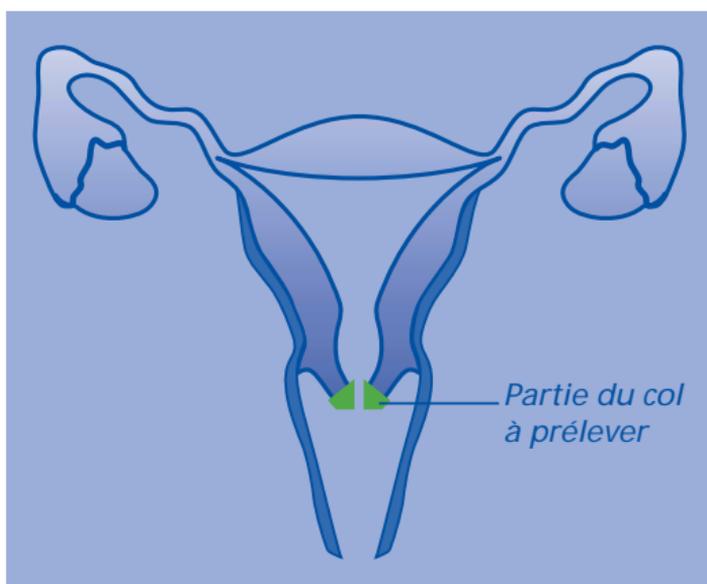
Deux notions générales sont fondamentales pour comprendre le traitement des cancers du col utérin :

- 1.** Ce cancer se développe lentement, précédé par des états pré-cancéreux que l'on peut guérir.
- 2.** Même lorsqu'il s'agit d'un cancer invasif, il garde pendant longtemps une extension purement locale ou régionale (ganglions de voisinage).

Les métastases à distance sont relativement rares et tardives. Pendant très longtemps, la tumeur sera donc accessible à des traitements locaux ou régionaux comme la chirurgie ou la radiothérapie. Les modalités du traitement doivent être décidées, de manière concertée, entre les différents intervenants médicaux et la patiente.

Le traitement au stade d'épithélioma intra-épithélial ("cancer in-situ")

A ce stade, la guérison est pratiquement obtenue dans tous les cas. Le traitement est chirurgical (conisation réalisée chirurgicalement : voir schéma ci-contre) ; il consiste à enlever la partie de l'utérus porteuse de la maladie, l'intervention se faisant par voie vaginale, sans incision abdominale. L'ablation du col utérin n'entraîne pas, dans la grande majorité des cas, la perte de la fécondité et des grossesses peuvent le plus souvent être menées ensuite, à terme, sous couvert d'une surveillance attentive pendant la grossesse. Les risques sont d'une part un délai un peu plus long pour obtenir une grossesse et d'autre part l'éventuelle nécessité d'effectuer un cerclage du col pour éviter un accouchement prématuré.



Le traitement aux stades I et II (sauf en cas d'atteinte du tissu cellulaire avoisinant)

Dans ces stades, la tumeur est strictement localisée et plusieurs procédés thérapeutiques donneront les mêmes taux élevés de guérison :

- > chirurgie seule : hystérectomie* totale avec ablation des ganglions du pelvis et souvent ablation des ovaires (selon l'âge de la patiente et les caractéristiques de la tumeur),
- > radiothérapie associant une application endo-vaginale de césium* (curiethérapie) et un traitement par irradiation externe,
- > traitement mixte associant le césium, la chirurgie et l'irradiation externe,
- > dans certains cas, une chimiothérapie est réalisée (le plus souvent une fois par semaine) en même temps que la radiothérapie pour augmenter son efficacité.

Le traitement du cancer du col utérin est un des chapitres de la cancérologie où la patiente peut connaître le plus grand désarroi devant la multiplicité des traitements que l'on peut lui proposer selon qu'elle consulte telle équipe médicale ou telle autre. Il y a toutefois, dans cette

* cf glossaire p.22

apparente complexité, un fait rassurant : chacun des traitements proposés, quand il est appliqué de façon rigoureuse, permet d'envisager la guérison de 85 % des tumeurs au stade I et de 70 % des tumeurs au stade II.

Dans quelques cas très précis, pour de petites tumeurs invasives très localisées, ayant des caractéristiques histologiques bien définies, chez des femmes jeunes désireuses de maternités, une chirurgie plus large que la conisation, mais laissant en place la partie supérieure de l'utérus (trachélectomie) peut être envisagée. Il faut bien sûr au préalable informer la patiente de façon complète et précise des risques (pour la maladie et des complications possibles de l'opération) et des résultats sur la fertilité observés jusqu'à présent avec ce type d'opération. La patiente doit aussi être informée de la possibilité pour le chirurgien de devoir compléter cette opération (ablation de tout l'utérus ou radiothérapie) si les lésions sont plus évoluées que ce que faisait envisager les examens faits en pré-opératoire.

Le traitement des stades II (avec atteinte des paramètres) III et IV

Il fait appel, le plus souvent, à la radiothérapie et à la chimiothérapie.

CONCLUSIONS

La lutte contre le cancer du col utérin est exemplaire. On note en effet des progrès dans le dépistage et le traitement. Il est toutefois important d'assurer une bonne information du public, notamment sur le dépistage par frottis cervico-vaginaux car cet examen n'est pas encore suffisamment généralisé, surtout dans les populations rurales ou chez les personnes vivant de manière précaire.

Les cancers du corps utérin

On l'appelle aussi cancer de l'endomètre, car c'est le nom de la muqueuse qui tapisse intérieurement la cavité utérine. Bien qu'il soit de localisation très voisine, il est tout à fait différent du col de l'utérus par ses facteurs de risque, son diagnostic et son traitement.

Les facteurs de risque

Ce cancer ne se manifeste habituellement qu'après la ménopause. Comme dans la plupart des cancers, sa fréquence augmente avec l'âge.

Le rôle favorisant de la prise d'estrogènes*, dans des indications diverses, a été démontré.

Cependant, si la prescription d'estrogènes* est associée à la prise de progestérone* (ce qui est maintenant la règle), la majoration du risque de cancer de l'utérus n'est plus observée.

Ce cancer peut aussi être favorisé par un traitement "anti-hormone" prescrit après un cancer du sein (Tamoxifène), mais il faut une très longue durée de ce traitement pour favoriser un cancer de l'endomètre. Les bénéfices obtenus dans la guérison des cancers du sein sont, sans conteste, supérieurs à ce risque.

Enfin, ce cancer est observé plus fréquemment en cas de surcharge pondérale et de régime hypercalorique. C'est ainsi que l'on constate une association fréquente avec d'autres troubles métaboliques provoqués par la suralimentation : obésité, hypertension, diabète.

* cf glossaire p.22

La fréquence du cancer de l'endomètre est en légère augmentation. Il est devenu actuellement plus fréquent (5 000 nouveaux cas par an environ) que le cancer du col de l'utérus (environ 3 300 nouveaux cas) ou le cancer des ovaires (4 500 nouveaux cas par an).

Les signes

Le signe d'alerte essentiel du cancer du corps utérin est un saignement se manifestant le plus souvent en période post-ménopausique ou en dehors de la période des règles lorsque la patiente n'est pas encore ménopausée (ce sont les "métrorragies"). Cependant, il est parfois sous-estimé par la patiente, soit parce que la perte sanglante est minime, soit par négligence. Tout saignement survenant après la ménopause doit conduire à consulter son médecin et à pratiquer un certain nombre d'examen à la recherche d'une lésion sans que l'on s'attarde à des diagnostics de facilité comme celui de "retour d'âge". Quelquefois, il ne s'agit pas de perte de sang mais de pertes troubles ou franchement purulentes provenant de la surinfection de la tumeur. Ces signes inquiètent plus rapidement les patientes (particulièrement si elles sont ménopausées), ce qui permet un diagnostic à un stade précoce de la maladie.

Les moyens de diagnostic

Le diagnostic repose sur un prélèvement histologique (biopsie* ou frottis endométrial) qui peut être fait lors d'une consultation (pipette aspirant des éléments contenus dans la cavité utérine). Il peut aussi être fait lors d'une hystérocopie*. Cet examen se fait sans anesthésie générale et consiste,

* cf glossaire p.22

à l'aide d'un "câble" optique à voir l'intérieur de l'utérus et à faire des biopsies au niveau de zones anormales. Parfois, ces prélèvements sont impossibles car l'orifice du col de l'utérus est fermé. Il faut alors endormir la patiente pour réaliser un curetage après dilatation du col.

L'échographie utérine permet d'apprécier le volume de l'utérus, l'épaisseur de ses parois et l'aspect de l'endomètre. L'IRM* peut dans certains cas orienter le diagnostic et mieux apprécier l'extension de la tumeur.

Le traitement

Le traitement le plus courant est l'ablation de l'utérus et des ovaires (hystérectomie totale non conservatrice) et des ganglions pelviens. Souvent, cette intervention peut être faite par les voies naturelles (sans ouvrir le ventre). Une curiethérapie vaginale est fréquemment proposée pour éviter les récurrences possibles sur la partie haute du vagin qui peuvent se produire après l'hystérectomie. Dans certains cas, une radiothérapie externe est nécessaire après cette opération (en fonction de l'importance de la tumeur, de ses caractéristiques histologiques et de l'atteinte des ganglions). En cas de contre-indication opératoire (grand âge de la patiente, forte hypertension, obésité) ou de tumeurs non opérables, de bons résultats peuvent être obtenus avec la radiothérapie seule. Dans l'ensemble, on peut espérer guérir 70 à 80 % des tumeurs du corps utérin.

* cf glossaire p.22

Les cancers de l'ovaire

Les ovaires sont deux glandes situées de part et d'autre de l'utérus (voir schéma page 1). Durant toute la période de la vie génitale "active", l'ovaire sécrète les hormones sexuelles et chaque mois, expulse dans la trompe un ovule qui, s'il est fécondé, deviendra un embryon.

C'est un cancer qui se développe lentement et, de ce fait, il n'est encore trop souvent diagnostiqué qu'à un stade évolué. C'est le seul cancer gynécologique qui n'a pas d'examen de dépistage systématique. Mais des progrès thérapeutiques récents, notamment dans le cadre de la chimiothérapie, ont nettement amélioré le pronostic de ces cancers.

Les facteurs de risque

Les facteurs impliqués dans l'origine de ces cancers sont, comme pour les cancers du sein, mal définis. On observe une augmentation du risque chez les femmes nullipares (infertilité) ; à l'opposé, une réduction nette du risque (40 %) chez les utilisatrices de contraceptifs oraux a été suggérée par des études maintenant anciennes, plus ou moins contredites par des études plus récentes. Enfin, une susceptibilité familiale est retrouvée, en association avec d'autres cancers (sein, côlon) ; mais comme pour ces autres localisations, ces cas familiaux ne représentent qu'une très faible proportion (moins de 5 %) des cancers de l'ovaire.

Localisations des tumeurs

L'ovaire peut être le siège :

- > soit de tumeurs bénignes, le plus souvent kystiques, c'est-à-dire à contenu liquidien,
- > soit parfois de tumeurs malignes,
- > soit enfin de tumeurs qui sont à la limite de la malignité : on parle alors de tumeurs frontières ou "border-line", ce qui signifie qu'elles sont intermédiaires entre une tumeur bénigne et une tumeur maligne.

Schématiquement, un ovaire est constitué par divers types de tissus :

- > une coque de revêtement,
- > un stock d'ovules,
- > un tissu conjonctif "d'emballage",
- > et parfois des résidus embryonnaires.

Chacun de ces tissus peut être à l'origine de diverses variétés de tumeur, mais la grande majorité des cancers ovariens se développe à partir du revêtement : on les appelle adénocarcinomes (= cancer glandulaire) ou encore épithéliomas papillaires, en raison de leur tendance à former des franges, fragiles, friables, qui peuvent se séparer de la tumeur et se greffer dans la cavité péritonéale*. C'est cette propriété qui explique la fréquence de foyers tumoraux sur le péritoine* ou dans le petit bassin*.

Les signes d'alerte

Ils sont **souvent discrets**, trompeurs, d'une grande banalité, peu inquiétants et n'attirent donc pas l'attention. C'est pourquoi, bien souvent, le diagnostic ne se fait que tardivement.

Il peut s'agir de douleurs pelviennes, sourdes ou aiguës, réveillées par un mouvement brusque, ou encore de troubles des règles, ou de saignement

* cf glossaire p.22

chez une femme déjà ménopausée. Chacun de ces troubles justifie toujours une consultation médicale.

Mais parfois l'attention n'est attirée qu'au stade d'**une tumeur déjà évoluée**, par une augmentation de volume de l'abdomen, qui peut être due soit à la tumeur elle-même, soit à la présence de liquide dans le ventre, provoquée par une réaction du péritoine à la tumeur : c'est ce que l'on appelle de l'ascite. Parfois, le signe révélateur sera une pleurésie, c'est-à-dire un épanchement dans la plèvre (membrane entourant les poumons).

Dans d'autres cas, une tumeur, jusque là muette, sera découverte lors d'une intervention chirurgicale pratiquée en urgence à l'occasion d'une **complication aiguë** comme une torsion de l'ovaire ou une hémorragie intra péritonéale.

Enfin, il existe des formes **plus rares** de tumeurs développées à partir de l'ovule ou des résidus du bourgeon génital. Elles se manifestent par des troubles hormonaux variés : réapparition des règles chez une femme ménopausée ou syndrome de masculinisation chez une femme non ménopausée. Parfois même, chez une petite fille, un cancer de l'ovaire peut se développer sur des résidus embryonnaires, provoquant alors une puberté précoce.

Le diagnostic

Il est réalisé grâce à :

- > **l'examen gynécologique** (toucher vaginal, toucher rectal) : il est indispensable et peut permettre de déceler un gros ovaire. Mais il ne sera pas toujours suffisant pour déceler une tumeur de petite taille, ou dans les cas où l'ovaire et la tumeur sont placés en situation haute dans l'abdomen.

- > **l'échographie pelvienne** : c'est l'examen le plus sensible. Elle peut montrer un gros ovaire, manifestation tumorale, ou encore un kyste (formation liquidienne) qui attire l'attention car ses parois sont irrégulières, avec présence de végétations saillant à l'intérieur de la cavité kystique.
- > **la coelioscopie** peut être un examen de diagnostic précieux dans les cas difficiles. Il s'agit d'une intervention pratiquée sous anesthésie générale, permettant une exploration visuelle directe de la totalité de la zone pelvienne et abdominale, grâce à l'introduction d'un tube porteur d'une optique lumineuse.
- > **le dosage dans le sang d'un marqueur tumoral**, le CA 125 peut être un argument évocateur supplémentaire, s'il est augmenté.

Le diagnostic ne sera confirmé que par l'examen histologique* de la tumeur. Les prélèvements nécessaires seront réalisés soit par coelioscopie, soit par laparotomie, c'est-à-dire ouverture chirurgicale de la paroi abdominale ce qui est la règle si le kyste apparaît suspect.

Les traitements

Ils font appel essentiellement à la combinaison de la chirurgie et de la chimiothérapie.

- > Les indications de **la radiothérapie** sont très rares.
- > **La chirurgie** est essentielle et doit être très large. Le chirurgien fait un bilan précis de toute la cavité abdomino-pelvienne, et retire l'utérus et les ovaires, la partie du péritoine qui recouvre les viscères abdominaux (appelé épiploon), les ganglions lymphatiques qui s'échelonnent le long de l'aorte et, bien sûr, toutes les autres éventuelles

* cf glossaire p.22

lésions tumorales. L'idéal est de pouvoir enlever toutes les lésions visibles à l'œil nu. S'il existe un envahissement digestif, il est parfois nécessaire d'enlever la partie envahie par la tumeur.

Du fait de l'existence possible de foyers microscopiques, une chimiothérapie post-opératoire est généralement prescrite.

Mais parfois, il est impossible de retirer la totalité de la masse tumorale : le maximum de tumeur sera alors enlevé en fonction des possibilités techniques, réalisant une "réduction tumorale", les foyers restants étant ensuite soumis à une chimiothérapie. Après 3 ou 6 cures de chimiothérapie, si le scanner montre une régression des lésions, on peut proposer une nouvelle opération afin d'enlever les lésions résiduelles.

- > **La chimiothérapie** a largement progressé ces dernières années, grâce à l'arrivée de nouveaux médicaments très actifs et à de nouvelles modalités d'administration de ces produits : outre la chimiothérapie par voie générale, la plus importante, la chimiothérapie par voie intrapéritonéale* permet, dans certains cas, d'agir plus directement sur les foyers tumoraux intrapelviens.

Les médicaments qui ont fait leurs preuves dans le cancer de l'ovaire sont multiples. Aujourd'hui, le traitement initial de référence est l'association d'un sel de platine (notamment le carboplatine), avec une classe médicamenteuse appelée taxane (docétaxel, paclitaxel). Ce traitement initial, réalisé après la chirurgie, est indiqué dans la majorité des cas. Seuls quelques cancers très localisés ou les tumeurs "border-line" ne nécessitent pas de chimiothérapie après la chirurgie.

En cas de récurrence, les modalités varient suivant les traitements antérieurs (choix des médicaments, doses, durée, etc.).

* cf glossaire p.22

LE TRAITEMENT DES TUMEURS "BORDER-LINE"

Ces tumeurs surviennent souvent chez des femmes plus jeunes. Elles ont un excellent pronostic. Leur traitement se limite à un geste chirurgical, qui sera généralement moins étendu que dans les autres formes, et permettra en particulier, à une jeune femme qui le souhaite, d'envisager une grossesse ultérieure.

La surveillance après traitement

Elle doit être régulière et prolongée. Elle s'appuiera sur l'examen clinique, complété par divers examens (échographie, scanners abdomino-pelviens, dosage des marqueurs* biologiques, essentiellement le CA 125).

La prévention et la détection précoce

A l'heure actuelle, on peut recommander à toute femme d'effectuer un suivi gynécologique régulier. Les femmes qui ont, dans leur famille proche, des antécédents de cancer de l'ovaire, doivent être particulièrement vigilantes.

Sur le plan statistique, on a pu montrer que la contraception orale (par estro-progestatifs) réduit le risque de cancer de l'ovaire.

CONCLUSIONS

Le cancer de l'ovaire réalise une parfaite illustration d'un domaine où la collaboration entre le chirurgien, le chimiothérapeute, l'anatomopathologiste* et le radiologue, est indispensable et nécessite une étroite coordination avant et au cours du traitement, ainsi que l'exige la cancérologie moderne.

Brochure réalisée en collaboration avec le Dr Catherine Lhomme, chef du service de gynécologie de l'Institut Gustave Roussy (Villejuif), le Pr Hélène Sancho-Garnier et le Dr Françoise May-Levin (Ligue nationale contre le cancer)

Mise à jour novembre 2006.

Validée par le Dr Marie-Christine Lafay-Pillet (service de gynécologie-obstétrique Hôpital Saint-Vincent-de-Paul, Paris)

Références utilisées :

1. Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000, Institut national de veille sanitaire.
2. Le cancer du col utérin, Réseaux Cancer n° 13, septembre 2003.
3. Le cancer de l'ovaire, Réseaux Cancer n°12, juin 2003.
4. La lettre de la Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer n°2, octobre 2004.
5. Hormones et contraception
Enseignement de pharmacologie du CHU Pitié-Salpêtrière.
<http://www.chups.jussieu.fr/polys/pharmaco/poly/contracep.html>
6. Cancer de l'ovaire. Enseignement du Dr J. Raiga et des Prs JP. Brettes et Dufour
http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/cours_en_ligne/e_cours/cancero/Cancer_ovaire.pdf

Glossaire

Anatomopathologiste

médecin qui étudie les modifications de structure des organes, des tissus ou des cellules, provoquées par une maladie, avec différents appareils d'optique (de la loupe au microscope électronique). Il s'aide de colorations spéciales des cellules et de leur contenu. C'est sur lui que repose la certitude de diagnostic et la classification des tumeurs selon leur gravité.

Biopsie

prélèvement d'un fragment de tissu sur un être vivant pour permettre la réalisation d'un examen histologique par l'anatomopathologiste.

Cancer in situ

présence dans un tissu de cellules cancéreuses qui n'ont pas encore proliféré au-delà des limites de ce tissu.

Cancer infiltrant

tumeur formée de cellules cancéreuses, qui a pénétré les tissus avoisinants.

Cavité péritonéale

espace situé dans l'abdomen à l'intérieur de la membrane nommée péritoine.

Césium

corps radioactif à faible pénétration et donc idéal pour un traitement local, superficiel.

Condylome

excroissance bénigne de cellules normales.

Dysplasies

anomalies cellulaires. Les dysplasies sont l'étape préalable à la transformation cancéreuse. Suivant leur importance, on les classe en légères, moyennes ou sévères.

Estrogènes

hormones sécrétées par les ovaires.

Génotypes

un virus peut se présenter sous différentes formes appelées génotypes, identifiés par des nombres. Il existe ainsi de très nombreux génotypes différents du HPV, certains ayant un pouvoir oncogène (par exemple les génotypes 16 et 18), d'autres pas.

Examen histologique

étude au microscope d'un fragment de tissu prélevé par biopsie ou ablation chirurgicale.

Hystérectomie

ablation de l'utérus.

Hystéroscopie

examen endoscopique de la cavité utérine.

I.R.M. (imagerie par résonance magnétique)

technique d'imagerie médicale utilisant non pas des rayons ionisants mais l'analyse des réactions provoquées par un champ magnétique.

Marqueur biologique

substance présente normalement dans le sang, mais dont l'élévation accompagne fréquemment l'évolution d'une tumeur. La majorité des marqueurs sont spécifiques d'une tumeur donnée : exemple CA 125 pour les cancers de l'ovaire (il peut parfois être augmenté dans d'autres pathologies comme l'endométriose).

Oncogène (pouvoir oncogène)

pouvoir que peut avoir un virus d'induire un cancer.

Péritoine

membrane séreuse qui revêt la plus grande partie de la cavité abdominale et les organes qui y sont logés.

Petit bassin

partie inférieure de l'abdomen qui contient la vessie et l'appareil génital.

Progestérone

hormone sécrétée par les ovaires.

Voie intra-péritonéale

introduction dans la cavité abdominale d'une substance médicamenteuse.

Le cancer

Le cancer se caractérise par un développement anarchique et ininterrompu de cellules "anormales" dans l'organisme qui aboutit à la formation d'une tumeur ou "grosseur". Cette population de cellules agresse et détruit l'organe dans lequel elle est implantée et peut migrer dans d'autres parties du corps (on parle alors de métastases). Si la prolifération n'est pas stoppée, le cancer se généralise plus ou moins rapidement.

Quelques chiffres

- En France, le cancer est la seconde cause de mortalité après les maladies cardio-vasculaires et plus de 150 000 décès lui sont imputables chaque année. C'est la première cause de décès prématuré (avant 65 ans) et la première cause de mortalité chez l'homme.
- Près de 280 000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués chaque année.
- Actuellement, un cancer sur deux en moyenne (toutes localisations confondues) peut être guéri.

Le cancer n'est pas contagieux. Le cancer n'est pas héréditaire, sauf dans de très rares cas, mais il existe des terrains (prédispositions familiales) qui fragilisent le sujet vis-à-vis des facteurs toxiques, notamment ceux liés au mode de vie, qui peuvent le favoriser. Environ 70 % des cancers (plus de 85 % des cancers du poumon) sont attribuables à des modes de vie et aux comportements. La prévention et le dépistage sont donc essentiels.

Le rôle du médecin

Le médecin généraliste a un rôle fondamental dans les stratégies de prévention et de dépistage. N'hésitez pas à le consulter. Il est là pour vous informer sur les facteurs de risque, les moyens de dépistage et de prévention. En général, plus un cancer sera décelé tôt, plus vite il sera soigné et aura des chances de guérir.

Prévention et dépistage

La prévention des cancers tend à diminuer ou supprimer l'exposition à des "facteurs de risque". Les actions de prévention ont souvent un caractère éducatif et collectif comme par exemple la lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme, l'exposition solaire, les expositions professionnelles...

Le dépistage consiste à détecter des lésions précancéreuses ou cancéreuses à un stade très précoce, avant même que le patient n'en ressente les premiers symptômes. Par exemple, le cancer du sein peut être dépisté au moyen d'examens tels que la mammographie ; le cancer du col de l'utérus par le frottis cervical. Plus le diagnostic est précoce, moins les traitements sont lourds et plus les chances de guérison sont grandes.

Les connaissances s'améliorent en permanence, il faut donc s'informer régulièrement auprès d'un médecin, en consultant des brochures, le site www.ligue-cancer.net, ou Cancer Info Service sur les facteurs de risque, les examens à pratiquer, les signes d'alarme qui peuvent révéler la maladie.

Les signes d'alarme

1. La peau : apparition ou modification de forme, de couleur, d'épaisseur d'un grain de beauté ou d'une tache ocrée.
2. Changements dans le fonctionnement des intestins (constipation, diarrhée) ou de la vessie (fréquente envie d'uriner).
3. Persistance d'une voix enrouée ou de toux.
4. Troubles permanents pour avaler de la nourriture.
5. Une enflure ou une boule non douloureuse et qui ne disparaît pas (dans le sein, au cou, dans l'aîne, dans les testicules).
6. Apparition de sang dans les urines, les selles, en dehors des règles chez les femmes.
7. Perte de poids, anémie, fatigue inhabituelle.

Qu'est-ce que la Ligue nationale contre le cancer ?

Créée en 1918, la Ligue nationale contre le cancer est une association loi 1901 à but non lucratif et reconnue d'utilité publique. Elle est une ONG indépendante reposant sur la générosité du public et sur l'engagement de ses militants.

Forte de ses 700 000 adhérents, la Ligue est un mouvement populaire organisé en une fédération de 103 Comités départementaux qui ensemble, luttent dans trois directions : la recherche médicale, l'information - la prévention - le dépistage et les actions pour les malades et leurs proches.

• LA RECHERCHE MÉDICALE

La Ligue est le premier financeur associatif de la recherche sur le cancer en France. Cette dernière s'organise autour de différents pôles : la recherche fondamentale, la recherche clinique (amélioration des traitements) et la recherche épidémiologique (étude des facteurs de risque pour l'amélioration des conditions de prévention et de dépistage).

Elle est pilotée en toute indépendance et transparence par un conseil scientifique national et des conseils scientifiques régionaux et départementaux.

En labellisant des équipes rigoureusement sélectionnées pour leur excellence par des commissions d'expertise, la Ligue assure le financement de programmes de recherche et suscite des avancées très importantes dans le traitement et la qualité de vie des malades.

• L'INFORMATION, LA PRÉVENTION ET LE DÉPISTAGE

L'objectif est triple. Sensibiliser chacun au danger de certaines pratiques (consommation de tabac et d'alcool, exposition prolongée au soleil, etc.), alerter sur les facteurs de risque, communiquer sur les avantages du dépistage précoce et informer sur l'identification de certains symptômes.

Pour répondre aux publics concernés, de nombreux moyens de communication sont régulièrement actualisés et disponibles au siège de la Ligue ou auprès des Comités départementaux.

• LES ACTIONS POUR LES PERSONNES MALADES ET LEURS PROCHES

Les Comités de la Ligue apportent leurs soutiens matériel et financier, moral et psychologique aux personnes malades, aux anciens malades et à leurs proches. En organisant, en 1998, en 2000 et en 2004 en présence du Président de la République, les Etats Généraux des malades atteints du cancer et de leur proches, la Ligue a donné une très forte impulsion pour que les malades soient mieux pris en charge.

En leur donnant la parole, la Ligue a mis en lumière, pris en compte et traduit en actes leurs attentes et leurs besoins pour l'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie.

Pour ce faire des groupes de parole ont été institués afin de répondre à un besoin formulé par les personnes malades et leurs proches. Enfin, pour soutenir et rompre l'isolement de ces derniers, la Ligue leur dédie un espace d'information avec le journal *De proche en proches*.

• AU CŒUR DE LA SOCIÉTÉ

Parce que le cancer est un problème de santé mais aussi une question de société, la Ligue intervient en communiquant activement sur la nécessité de modifier l'image sociale du cancer. Par le biais de son Ecole de formation, la Ligue facilite l'engagement militant en s'appuyant sur des connaissances validées.

Parce que la Ligue nationale contre le cancer est un acteur reconnu et sérieux, elle a créé et développé le numéro de téléphone Cancer Info Service (0810 810 821) et le gère désormais en collaboration avec l'Institut national du cancer (INCA). Ce numéro azur est à la disposition du public tous les jours, sauf le dimanche, de 8h à 20h.

« Contre le cancer,
nous avons tous un rôle à jouer ! »



La Ligue vous aide et vous informe :



Votre Comité départemental



LIGUE NATIONALE CONTRE LE CANCER

14, rue Corvisart - 75013 Paris - Tél. : 01 53 55 24 00

PARTOUT EN FRANCE

0 810 111 101

PRIX APPEL LOCAL

www.ligue-cancer.net

La Ligue tient à votre disposition
les coordonnées des Comités départementaux.



pour la vie

Recherche
Prévention
Action pour les malades