

CONTRE
LE CANCER

LA LIQUE
101
comités

pour la vie

Recherche
Information - prévention - dépistage
Actions pour les malades et leurs proches

Les cancers de l'appareil génital féminin

(col et corps de l'utérus, ovaires)

G R A N D P U B L I C

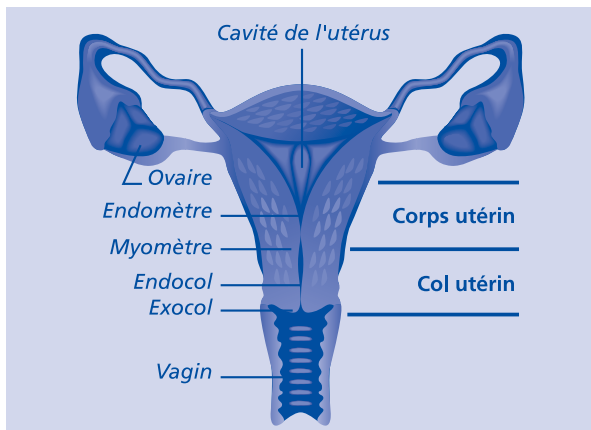
Janvier 2009

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, située au fond du vagin : c'est le **col de l'utérus** que l'on peut aisément examiner grâce au spéculum lors d'un examen gynécologique ;
 - 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** et 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 (3.068 nouveaux cas et 1.067 décès en France, en 2005) ;
- > le corps utérin (5.774 nouveaux cas et 1 800 décès) ;
- > les ovaires (4.375 nouveaux cas et 3.180 décès).

Le cancer du col de l'utérus

Il existe essentiellement deux types de cancer du col utérin :

- les «carcinomes épidermoïdes» naissant sur la partie externe du col (ou exocol) ; ce sont les plus fréquents (85 % des cas) ;
- les «adénocarcinomes» naissant sur la face interne du col (ou endocol) ; 15 % des cas. Ils sont en augmentation et plus difficiles à repérer.

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-utérin ;
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 de 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-utérins de dépistage, une importante diminution de la fréquence de ce cancer.

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 20/25 ans.
- > Si les frottis réalisés au cours de la vie ont tous été négatifs, ils ne sont plus nécessaires après 65 ans.
- > 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 anormaux (infection, pertes anormales, hémorragie) qui attirent l'attention, il faut consulter un médecin, même si le dernier frottis est négatif.

H. P. V. et cancer du col utérin

Le cancer du col de l'utérus est initié par la présence persistante de certains virus dans les cellules du col utérin. Ces virus sont de la famille des **Human Papilloma Virus (H.P.V.)**. Le virus est nécessaire (mais non suffisant) à la transformation maligne : on le retrouve dans 99 % des cancers du col.

L'infection génitale par HPV est une **maladie sexuellement transmissible** extrêmement fréquente que l'on contracte essentiellement dès le début de la vie

sexuelle, parfois même par simple contact de peau à peau. A l'âge de 20 ans, 20 à 50 % des femmes ont été contaminées. Certains facteurs favorisent cette contamination par le HPV comme la précocité des rapports sexuels et la multiplicité des partenaires.

Il existe de nombreux types de virus HPV (identifiés par un numéro). Certains provoquent chez la femme des lésions bénignes, verruqueuses appelées condylomes* ; d'autres peuvent provoquer des lésions précancéreuses puis ultérieurement cancéreuses. De ce fait, ces virus sont dits oncogènes*. Les plus fréquents sont les virus HPV 16 et 18 que l'on retrouve dans 75 % des cas de cancers du col de l'utérus en France.

L'infection virale à HPV s'élimine spontanément en deux ans, dans 90 % des cas chez la femme jeune, sans avoir donné de signes particuliers. Le problème se pose lorsque l'organisme n'élimine pas les virus HPV oncogènes ; les lésions précancéreuses se développent dans ce contexte d'infection virale persistante puis, si rien n'est fait, un cancer apparaît 15 à 20 ans après le début de l'infection.

Certains facteurs favorisent l'aggravation des lésions :

- > le tabagisme : c'est un facteur de risque à part entière, les fumeuses ayant un risque 2,4 fois plus important ;
- > un déficit immunitaire (traitement immunosuppresseur, sida).

Jusqu'à ce jour, seul le dépistage chez les femmes suivies par frottis cervico-utérin a permis d'éviter l'évolution vers le cancer du col de l'utérus.

Aujourd'hui, une nouvelle stratégie peut être associée : la vaccination anti-HPV.

Vaccin anti-HPV et cancer du col utérin

Grâce à la reconnaissance du rôle des virus HPV dans le développement des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin, deux vaccins contre les virus oncogènes les plus répandus dans le monde (HPV 16 et 18) ont été mis au point. Ils ont prouvé leur efficacité pour prévenir ces lésions. Le vaccin n'agit pas sur les lésions constituées, mais empêche le virus de pénétrer dans les cellules du col. Il doit donc être administré avant l'infection, c'est-à-dire avant la pénétration du virus dans les cellules. **C'est pourquoi la vaccination anti-HPV doit être administrée avant le début de la vie sexuelle.**

En France, le comité technique des vaccinations recommande la vaccination :

- > des jeunes filles de 14 ans, avant l'exposition au virus ;
- > des jeunes femmes de 15 à 23 ans n'ayant pas eu de rapports sexuels ou ayant commencé leur vie sexuelle depuis moins d'un an.

Ces deux vaccins sont actuellement commercialisés en France. L'un d'eux protège également contre l'infection à HPV 6 et HPV 11, responsables de lésions génitales verruqueuses (condylomes), bénignes mais inconfortables, siégeant au niveau vulvaire ou vaginal chez la femme, pénien chez l'homme, voire anal dans les deux sexes. Il n'a pas été mis en évidence d'effets secondaires majeurs. Les réactions locales et générales sont celles rencontrées avec la plupart des vaccins.

La vaccination comprend trois injections faites sur 6 mois (0, 3 et 6 mois) et assure une protection vis-à-vis des virus HPV. Le rappel vaccinal n'est pas nécessaire. Cette vaccination coûteuse est actuellement remboursée à 65 % par l'Assurance Maladie pour les jeunes filles et jeunes femmes chez lesquelles la vaccination est recommandée. Pour les garçons, les

études ne permettent pas de dire si leur vaccination empêcherait la transmission du virus.

Pour les femmes vaccinées, les risques de cancers du col utérin sont très fortement diminués mais **NON TOTALEMENT** exclus. C'est pourquoi la vaccination ne dispense pas du frottis de dépistage et du suivi gynécologique. **C'est en associant VACCIN et FROTTIS que la fréquence des cancers du col continuera à diminuer au bénéfice de la population féminine.**

Les stades évolutifs du cancer du col de l'utérus

La survenue d'un cancer du col utérin passe schématiquement par les stades suivants, dont certains peuvent co-exister :

- col sain ;
- col inflammatoire ;
- anomalies des cellules épithéliales (dysplasies) ;
- cancer in situ* ;
- cancer infiltrant* du col utérin.

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

L'état qui précède le cancer infiltrant porte aussi le nom de cancer intraépithélial, 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 encore franchi la frontière (membrane basale) qui les sépare des tissus profonds. 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 par le frottis cervico-utérin et pour traiter cet état en prévenant ainsi la phase invasive, destructrice et susceptible d'essaimer à distance (métastases).

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 ; visible à l'inspection directe après la mise en place d'un spéculum et accessible aux prélèvements (frottis et biopsies*). 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

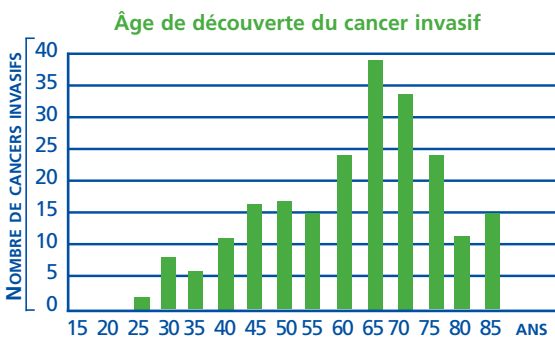
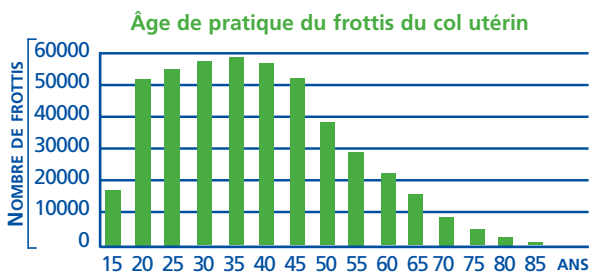
C'est celui qui est dépisté par un examen gynécologique systématique. C'est dire l'importance du rôle du médecin praticien ou du gynécologue, cet examen pouvant être pratiqué dans le cadre de consultations gynécologiques ou de médecine générale. Le frottis cervico-utérin est l'examen le plus important pour dépister un cancer du col ou les états précurseurs de ce cancer. Le recueil des cellules au niveau du vagin et du col de l'utérus se fait grâce à une petite spatule en bois ou à une brochette. 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.

Une classification internationale a été établie, appelée du nom anglais «cervical intraepithelial 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-utérin que l'on découvre de plus en plus de lésions pré-cancéreuses ou de cancers à un stade intraépithélial, ce qui entraîne bien entendu une diminution des cancers découverts à un stade invasif.

Cependant, il existe encore une lacune importante dans le dépistage des cancers du col utérin. En effet, 6 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-utérin 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-utérins réguliers se soumettent à cet examen de dépistage. Il est important de sensibiliser les 40 % restants !

Âge des femmes pratiquant des frottis cervico-utérins (source : Fédération des CRISAP)



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, 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 des lésions très différentes, notamment un fibrome

ou un cancer du corps de l'utérus. Quelquefois, il s'agit de petites pertes rosées ou brunâtres qui doivent alerter. La prudence doit 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 d'évaluer l'extension locale et régionale. Mais l'imagerie est essentielle (échographie, scanner ou IRM*). On détermine ainsi le stade d'extension de la maladie qui induit 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, le cancer commence à infiltrer les organes voisins (vessie en avant, rectum en arrière) et/ou en dehors du bassin, avec ou non métastase à distance.

Le traitement

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

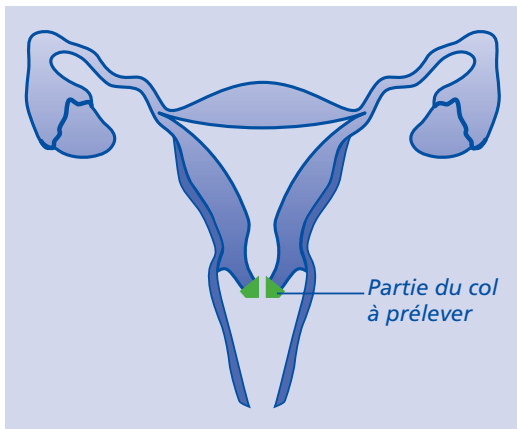
1. Ce cancer se développe lentement, précédé par des états pré-cancéreux que l'on peut guérir.
2. Même lorsqu'il s'agit d'un cancer invasif, il garde pendant longtemps une extension purement locale ou régionale (ganglions de voisinage).

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 intraépithélial ("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-dessous) ; 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 utérin 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 protocoles 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 endovaginale 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 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 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

évolutifs et des complications opératoires possibles ainsi que des résultats de ce type d'opération sur la fertilité. La patiente doit aussi être informée de la possibilité pour le chirurgien de devoir compléter cette opération par une ablation de tout l'utérus ou par une radiothérapie, si les lésions sont plus évoluées que le prévoient les examens pré-opératoires.

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.

CONCLUSION

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 des femmes, notamment sur le dépistage par frottis cervico-utérin car cet examen n'est pas encore suffisamment généralisé, surtout dans les populations rurales ou chez les personnes vivant de manière précaire.

Le cancer du corps utérin

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

La fréquence du cancer de l'endomètre est en légère augmentation (5.774 nouveaux cas par an en 2005).

Il est devenu plus fréquent que le cancer du col de l'utérus ou le cancer des ovaires.

Les facteurs de risque

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

Le rôle favorisant de la prise d'estrogènes* a été démontré. Cependant, si celle-ci 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 et 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 qu'il s'associe fréquemment à d'autres troubles métaboliques liés à la suralimentation : obésité, hypertension, diabète.

Les signes

Le signe d'alerte essentiel 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'exams à la recherche d'une lésion sans s'attarder 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 précoce.

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 hystéroscopie*. Cet examen fait sans anesthésie générale utilise un "câble" optique pour voir à l'intérieur de l'utérus et 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 est 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 sont obtenus avec la radiothérapie seule. Dans l'ensemble, on peut espérer guérir 70 à 80 % des tumeurs du corps utérin.

Le cancer 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 à bas bruit et, de ce fait, est encore trop souvent diagnostiqué à un stade évolué. C'est un cancer gynécologique qui ne permet pas 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). A l'opposé, une réduction nette du risque de 40 % a été suggérée chez les utilisatrices de contraceptifs oraux.

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 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 dissémination 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

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 intrapéritonéale.

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 déplacés en situation haute dans l'abdomen.
- > **l'échographie pelvienne** : elle peut montrer un gros ovaire, manifestement tumoral, 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.

- > **l'imagerie abdominale (scanner, IRM) : elle est essentielle.**
- > **la coelioscopie*** : c'est 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 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, durées, etc.).

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, dosages des marqueurs biologiques).

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.

CONCLUSION

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

Glossaire

Anatomopathologiste

médecin qui étudie au microscope les modifications de structure des organes, des tissus ou des cellules, provoquées par une maladie. C'est sur lui que reposent les éléments du diagnostic et la classification des tumeurs selon leur gravité.

Biopsie

prélèvement d'un fragment de tissu pour réaliser un examen histologique par un médecin anatomopathologiste.

Cancer in situ

cancer strictement limité au tissu dans lequel il débute, sans envahir les tissus profonds.

Cancer infiltrant

cancer ayant envahi 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 due à un virus.

Dysplasies

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

Estrogènes

hormones sécrétées par les ovaires.

Examen histologique

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

Hystérectomie

ablation de l'utérus pouvant être partielle ou totale.

Hystéroscopie

examen endoscopique de la cavité utérine.

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

technique d'imagerie médicale analysant les réactions cellulaires provoquées par un champ magnétique.

Marqueur biologique tumoral

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.

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 intrapéritonéale

introduction dans la cavité abdominale d'une substance médicamenteuse.

Brochure réalisée par le Dr Catherine LHOMME (Institut Gustave Roussy, Villejuif), le Pr Hélène SANCHO-GARNIER et le Dr Françoise MAY-LEVIN – Août 2002

Mise à jour : Janvier 2009 – Dr Marie-Christine DULUCQ, Dr Rolande FAIVRE, Dr Marise WEIL, Dr Henri BASTIEN.

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 depuis 2004 la première cause de mortalité générale et prématurée (avant 65 ans) avant les maladies cardio-vasculaires, et 146.000 décès lui sont imputables chaque année.
- Environ 320.000 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 (predispositions 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 prévention et de dépistage. 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 et l'alcoolisme ; la promotion d'une alimentation saine, d'un exercice physique régulier ; la réduction de l'exposition solaire ou aux cancérogènes lors des activités 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 ; le cancer colorectal par la recherche de sang dans les selles. 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.

La Ligue contre le cancer en quelques mots

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 plus de 730 000 adhérents, la Ligue est un mouvement populaire organisé en une fédération de 103 Comités départementaux qui, ensemble, luttent dans trois directions :

- la recherche contre le cancer ;
- l'information, la prévention, la promotion des dépistages ;
- les actions pour les personnes malades et leurs proches.

• LA RECHERCHE CONTRE LE CANCER

La Ligue est le premier financeur privé et indépendant de la recherche en cancérologie en France. Cette dernière s'organise autour de différents pôles : la recherche fondamentale (déterminante et essentielle, elle conditionne l'ensemble de la recherche), la recherche clinique (amélioration des traitements), la recherche épidémiologique (étude des facteurs de risque pour, par exemple, l'amélioration des conditions de prévention et de dépistage) et la recherche en sciences humaines et psychosociales (étude de la qualité de vie des malades pendant et après les traitements du cancer). Elle est pilotée en toute indépendance et transparence par un conseil scientifique national et des conseils scientifiques régionaux et interrégionaux. En labellisant des équipes rigoureusement sélectionnées pour leur excellence par des commissions d'expertise, la Ligue assure durablement le financement de programmes de recherche et suscite des avancées très importantes dans le traitement et la qualité de vie des malades.

Elle initie également des programmes de recherche exclusifs ou innovants tels que «cancer et adolescents» ou «la Carte d'Identité des Tumeurs» qui accompagne la révolution thérapeutique à venir pour de nombreuses localisations de cancers.

- **L'INFORMATION, LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DES DÉPISTAGES**

L'objectif est triple. Sensibiliser chacun au danger de certains comportements (consommations de tabac et d'alcool, exposition prolongée au soleil, etc.), alerter sur les facteurs de risque, organiser la protection face aux risques, communiquer sur les avantages des dépistages de certains cancers et informer sur l'identification de certains symptômes ou modes de vie susceptibles d'être bénéfiques.

Pour répondre aux interrogations légitimes du public concerné, de nombreux moyens de communication adaptés 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 départementaux 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 États généraux des malades du cancer et de leurs proches, la Ligue a donné une très forte impulsion pour que les malades soient mieux pris en charge et mieux considérés. 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.

Les moyens donnés pour le dispositif d'annonce, les groupes de parole, les espaces d'information installés dans les lieux de soins et dans les lieux de vie pour soutenir et rompre l'isolement des personnes malades et de leurs proches, en sont des exemples. La Ligue leur dédie également un espace d'expression et d'information avec la revue Les proches. Enfin, la Ligue soutient les patients dans leurs difficultés rencontrées pour défendre leurs droits, retrouver un emploi, bénéficier d'un prêt bancaire... Elle a, par exemple, créé une ligne téléphonique d'accompagnement pour emprunter « Aidéa » : 0 810 111 101.

• AU CŒUR DE LA SOCIÉTÉ

Parce que le cancer est un problème de santé mais aussi un enjeu de société, la Ligue intervient en communiquant activement sur la nécessité de modifier l'image sociale du cancer. Parce que le savoir et la connaissance sont des armes efficaces contre le cancer, par le biais de son école 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, elle a créé et développé le numéro de téléphone Cancer Info Service (0 810 810 821) 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 8 h à 20 h.

Elle édite également une revue trimestrielle Vivre, vendue en kiosque, informant ses adhérents et le grand public, sur ses actions et celles de ses Comités départementaux et sur les dernières avancées thérapeutiques contre le cancer.

Parce que le cancer ne peut plus être envisagé sous le seul angle médical et que la revendication légitime des malades d'être consultés et respectés dans les

choix médicaux qui les concernent suscite de nouvelles situations porteuses de dilemmes éthiques, la Ligue met à la disposition de tous, un comité éthique, consultatif, indépendant et permanent qui peut être saisi à tout moment, par toute personne physique ou morale sur toute question légitime relevant de l'éthique en relation avec la pathologie cancéreuse (www.ethique-cancer.fr) et publie le journal Ethique et cancer, 3 fois par an.

Enfin, parce que l'avenir de la lutte contre le cancer ne peut se concevoir qu'avec un changement radical du rapport de la société à la maladie, au malade, à ses proches et aux soignants, la Ligue initie un processus conventionnel biennal (2008-2010) né de la 1^{re} convention de la société face au cancer du 23 novembre 2008, réunissant plus de 2.280 personnes issues de toute la société, au cours de laquelle le président de la République et la ministre de la santé ont manifesté le soutien de la Nation dans cette démarche socialement et médicalement révolutionnaire. Ce processus conventionnel engage la société dans un élan collectif et décisif pour définitivement modifier le regard porté sur le malade ou l'ancien malade, pour inverser radicalement la mortalité par cancer et pour améliorer durablement la qualité de vie des malades et de leurs proches (www.convention-cancer.fr).

**« Tout ce qu'il est possible de faire
contre le cancer, la Ligue le fait. »**

www.ligue-cancer.net

0 810 111 101



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

www.ligue-cancer.net

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



pour la vie

Recherche
Information - prévention - dépistage
Actions pour les malades et leurs proches