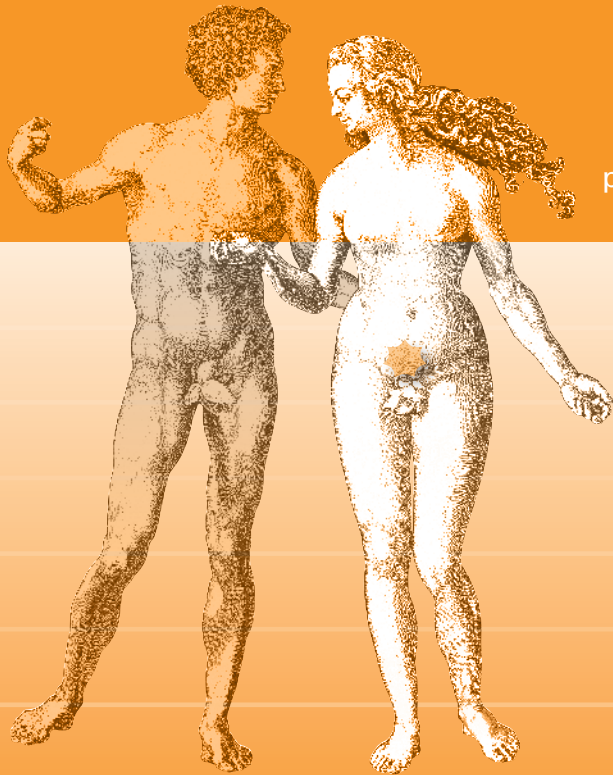




Le cancer de l'utérus

Carcinome de l'endomètre, sarcome de l'utérus



Une information de la Ligue
contre le cancer
pour les personnes concernées
et leurs proches

Impressum

Éditrice

Ligue suisse contre le cancer
Effingerstrasse 40
case postale 8219
3001 Berne
tél. 031 389 91 00
fax 031 389 91 60
info@liguecancer.ch
www.liguecancer.ch

Direction du projet

Susanne Lanz, Ligue suisse contre le cancer, Berne

Conseils scientifiques

Prof. Daniel Fink, médecin gynécologue et obstétricien FMH, spécialiste en oncologie gynécologique, directeur de la clinique de gynécologie, Hôpital universitaire de Zurich

Texte

Ruth Jahn, journaliste scientifique, Zurich
Susanne Lanz, Ligue suisse contre le cancer, Berne

Traduction

Evelyne Carrel, Arzier

Relecture

Cristina Martínez et Alexia Stantchev,
Ligue suisse contre le cancer, Berne

Couverture

Adam et Eve, d'après Albrecht Dürer

Illustrations

p. 8 et 9: Willi R. Hess, dessinateur scientifique, Berne

Photos

p. 4, 18: ImagePoint AG, Zurich
p. 36: Peter Schneider, Thoune

Design

Wassmer Graphic Design, Langnau i. E.

Impression

Ast & Jakob, Vetsch AG, Köniz

Cette brochure est également disponible en allemand et en italien.

© 2008, Ligue suisse contre le cancer, Berne

Sommaire

Avant-propos	5
Qu'est-ce que le cancer?	6
Le cancer de l'utérus	8
L'utérus et les organes voisins	9
La fonction de l'utérus	10
Les différents types de cancers de l'utérus	10
Causes possibles et facteurs de risques	11
Symptômes possibles	13
Examens et diagnostic	14
Les stades de la maladie	16
Traitement du cancer de l'utérus	19
Généralités	19
Choix du traitement	20
Effets indésirables	21
Répercussions sur la fertilité et la sexualité	22
Traitement dans le cadre d'une étude clinique	23
Traitement du carcinome de l'endomètre	24
Traitement des sarcomes de l'utérus	26
Traitement de la douleur	27
Suivi médical et réadaptation	27
Méthodes thérapeutiques	28
Opération	28
Radiothérapie	31
Traitements médicamenteux	32
Médecines complémentaires	35
Vivre avec la maladie	37
Annexes	38



Chère lectrice,

Cancer. Pour les malades comme pour leurs proches, l'annonce du diagnostic est toujours un choc. Du jour au lendemain, la vie bascule; le présent, l'avenir, tout est chamboulé et les questions se précipitent, chargées d'espoir un jour, lourdes d'angoisse le lendemain.

Vous trouverez dans cette brochure une brève description du cancer de l'utérus, des examens réalisés en vue de poser le diagnostic ainsi que du traitement.

Quand vous lirez ce texte, il se peut que vous ayez déjà été opérée de votre cancer. En présence d'une tumeur de l'utérus, il est souvent nécessaire de pratiquer une intervention chirurgicale pour établir un diagnostic précis et mesurer l'ampleur exacte de la maladie. Le traitement peut alors être aménagé en fonction de votre cas personnel.

Grâce aux recherches de ces dernières années, les traitements sont aujourd'hui plus efficaces et plus faciles à supporter. Dans bien des cas, le cancer de l'utérus peut être guéri; dans d'autres, il est possible d'en ralentir l'évolution et d'en atténuer les symptômes de manière à préserver la qualité de vie, notamment lorsque la tumeur, découverte à un stade avancé, ne peut plus être opérée. La Ligue contre le cancer tient à votre disposition toute une série de brochures (voir p. 39) où vous trouverez des informations et des conseils qui pourront vous aider à mieux vivre avec la maladie.

N'oubliez pas, avant tout, que vous n'êtes pas seule. Vos proches, votre équipe médicale et soignante ainsi que les collaborateurs et collaboratrices de la Ligue contre le cancer sont là pour vous.

Nos vœux les plus chaleureux vous accompagnent.

Votre Ligue contre le cancer

Remarque

Dans le jargon médical, on désigne généralement le cancer du *corps* de l'utérus sous le nom de *carcinome de l'endomètre*. Il ne faut pas le confondre avec le cancer du *col* de l'utérus, qui présente d'autres caractéristiques et nécessite une prise en charge spécifique. Dans le cadre de cette brochure, nous nous intéresserons exclusivement au cancer du *corps* de l'utérus (ci-après cancer de l'utérus), parfois aussi appelé *cancer de la matrice* ou *sarcome de l'utérus*.

Qu'est-ce que le cancer?

Le terme de «cancer» est utilisé pour désigner de nombreuses maladies différentes qui ont pour point commun la présence de cellules cancéreuses.

Dans la plupart des types de cancers, ces cellules cancéreuses forment des tumeurs dites «malignes», qui ont tendance à s'accroître et à se disséminer. Les tumeurs sont des excroissances pathologiques (anormales).

Certaines, dites «bénignes», ne sont toutefois pas cancéreuses: elles peuvent comprimer des tissus ou des organes, mais elles demeurent localisées dans une partie du corps et ne mettent généralement pas la vie en danger. Il peut arriver qu'une tumeur bénigne s'aggrave et se transforme en cancer. Si ce processus a lieu, il est généralement lent.

Les tumeurs malignes, par contre, peuvent détruire des tissus proches par leur croissance rapide et leur caractère envahissant.

De plus, les cellules cancéreuses peuvent se mettre à circuler dans le sang ou le système lymphatique et envahir des ganglions (nodules répartis dans tout l'organisme et ayant une fonction immunitaire).

Les cellules cancéreuses ainsi disséminées peuvent également former de nouvelles tumeurs à distance du tissu d'origine: les métastases.

Le cancer porte le nom de l'organe dans lequel la tumeur maligne s'est formée. On parle ainsi de cancer du côlon, du sein, etc. Selon le type de cellule devenue cancéreuse, les spécialistes parlent aussi de carcinome ou de sarcome.

Les carcinomes, comme celui de l'endomètre, se développent à partir de cellules épithéliales (cellules de la peau, des muqueuses), alors que les sarcomes, beaucoup plus rares, se développent à partir de tissu conjonctif (tissu de soutien); c'est ainsi que le sarcome de l'utérus prend naissance dans l'enveloppe musculaire de la matrice (myomètre).

Les métastases peuvent se former dans toutes sortes d'organes, par exemple dans l'ovaire dans le cas d'un cancer de l'utérus. Pour différencier ces tumeurs secondaires du cancer primitif, on procède à un examen histologique (du grec *histos*, tissu = examen microscopique des tissus) afin d'établir un plan de traitement optimal.

Tout commence dans la cellule

Les tissus et les organes de notre corps sont constitués de milliards de cellules assemblées les unes aux autres. Le noyau de chacune de ces cellules contient le matériel génétique héréditaire (les chromosomes, portant les gènes et composés de longs filaments d'acide désoxyribonucléique ou ADN), qui fonctionne comme un plan de construction.

Habituellement, les cellules suivent les instructions contenues dans leur noyau concernant leur rythme de division et les fonctions qu'elles doivent assumer. Chaque type de cellule a en effet une morphologie (forme) et des fonctions très spécifiques selon l'organe et le tissu dans lequel elle se trouve.

De nombreuses causes possibles

Le matériel génétique cellulaire subit régulièrement des altérations liées à l'âge, au hasard, à des influences externes telles que radiations, virus ou substances toxiques ou, plus rarement, à certains facteurs génétiques. L'organisme est doté de systèmes de réparation pour remédier à ces «erreurs».

Il arrive toutefois que ces mécanismes soient dépassés et que les cellules concernées se mettent à se diviser et à proliférer de manière anarchique. Des groupes de cellules peuvent alors former une masse appelée tumeur.

Des dimensions inimaginables

Une tumeur n'apparaît pas du jour au lendemain. Une masse tumorale d'un centimètre de diamètre contient en effet déjà des millions de cellules et peut croître depuis plusieurs années.

La vitesse de division cellulaire varie beaucoup d'une tumeur à l'autre. Pour en savoir plus sur la façon dont les tumeurs se forment, vous pouvez consulter le CD-ROM «Le cancer: des gènes à l'homme» (voir p. 40).

Facteurs de risque

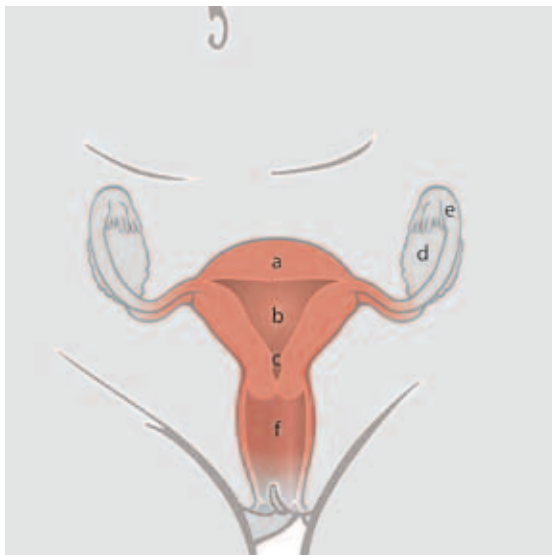
Le cancer peut toucher chacun d'entre nous. Pour certains types de cancers, il est possible de réduire le risque d'être atteint, notamment en renonçant à la fumée, en adoptant une alimentation saine et en pratiquant régulièrement une activité physique. Pour d'autres, on ne connaît aucune possibilité pour diminuer le risque. Finalement, il n'existe pas de recette miracle, et nul ne peut savoir à l'avance s'il développera ou non la maladie.

Dans certaines familles, on observe une accumulation de cancers bien précis, dont le cancer de l'utérus (voir p. 11, Causes possibles et facteurs de risque). Pour en savoir plus sur la question, vous pouvez consulter la brochure «Prédispositions héréditaires au cancer».

Le cancer de l'utérus

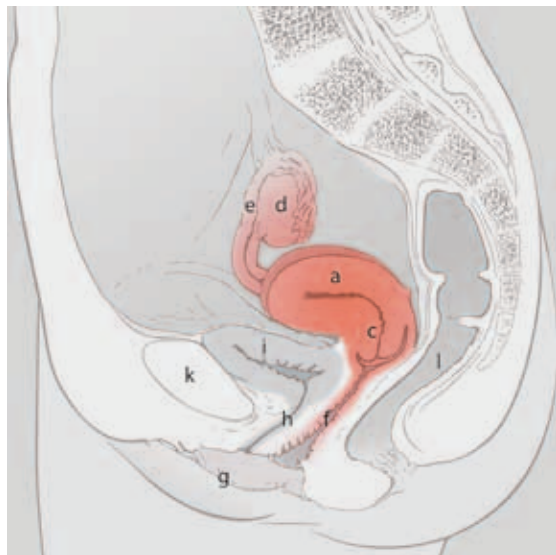
L'utérus peut être touché par un cancer à deux endroits bien distincts: sur le col ou dans le corps. Dans le langage courant, on ne fait souvent pas la différence entre ces deux formes de cancer, et on parle de cancer de l'utérus en général.

Dans le cadre de cette brochure, nous réservons ce terme au cancer du corps de l'utérus, aussi appelé carcinome de l'endomètre; nous ne parlerons pas ici du cancer du col de l'utérus, qui présente d'autres caractéristiques et nécessite une prise en charge spécifique.



L'utérus et les organes voisins

- a Corps de l'utérus (matrice)
- b Cavité utérine
- c Col de l'utérus
- d Ovaire
- e Trompe de Fallope



- f Vagin
- g Lèvres (vulve)
- h Urètre
- i Vessie
- k Pubis
- l Rectum

L'utérus et les organes voisins

L'utérus (du latin uterus, du grec hystera) fait partie des organes génitaux féminins internes. Il se compose du corps de l'utérus et du col de l'utérus et se situe dans le petit bassin, entre la vessie et le rectum. La taille et la forme ressemblent à celles d'une petite poire.

Le col de l'utérus s'ouvre sur le vagin. Cette partie porte aussi le nom de «museau de tanche».

Le corps de l'utérus – un organe creux – est constitué pour l'essentiel d'une épaisse couche de muscle (myomètre), elle-même tapissée de tissu conjonctif, le périmètre. L'intérieur du corps de l'utérus, la cavité utérine, est recouvert d'une muqueuse qui contient de nombreuses glandes, l'endomètre. Les trompes de Fallope sont situées de part et d'autre de l'utérus, dans la zone supérieure.

Le péritoine, l'épiploon (ou omentum = repli du péritoine recouvrant l'intestin) et les ganglions lymphatiques, qui ne figurent pas sur ce schéma, peuvent également être touchés par une tumeur de l'utérus.

La fonction de l'utérus

La fonction principale de l'utérus consiste à recueillir des ovules fécondés, à les approvisionner en nutriments et à abriter la croissance du fœtus jusqu'à la naissance.

De la puberté à la ménopause, un ovule est libéré une fois par mois dans l'un des deux ovaires; c'est l'ovulation. Si l'ovule est fécondé au cours de son voyage à travers la trompe, il s'implante quelques jours plus tard dans l'utérus où il poursuivra son développement sous forme d'embryon.

Sous l'influence des hormones, la muqueuse qui tapisse l'utérus, l'endomètre, se prépare chaque mois à accueillir l'ovule fécondé. En l'absence de fécondation, la couche de muqueuse destinée à assurer la nidation de l'œuf est expulsée de l'organisme, ce qui se traduit par l'apparition des règles (menstruations).

Les différents types de cancers de l'utérus

L'utérus est constitué de plusieurs tissus différents. Chaque tissu peut donner naissance à une tumeur cancéreuse. Il existe donc différents types de cancers de l'utérus. Les plus fréquents sont les suivants:

Carcinomes de l'endomètre

Ces tumeurs prennent naissance dans la muqueuse qui tapisse l'intérieur de l'utérus (endomètre); elles représentent environ 90% des cancers de l'utérus. On parle aussi de cancers de la matrice. On distingue deux principaux groupes:

- > les tumeurs œstrogéno-dépendantes (type 1)
- > les tumeurs non hormono-dépendantes (type 2). Moins fréquentes, elles sont plus agressives que les tumeurs de type 1; on parle aussi d'adénocarcinomes séreux et d'adénocarcinomes à cellules claires.

Sarcomes de l'utérus

Plus rarement, les tumeurs se développent à partir de la paroi musculaire de la matrice. Dans le jargon médical, on parle de sarcomes de l'utérus. Ces tumeurs représentent 10% des cancers de l'utérus. On distingue quatre formes:

- > les sarcomes stromaux, endométriaux
- > les léiomyosarcomes
- > les carcinosarcomes (tumeur mullérienne mixte)
- > les adénosarcomes

Dans de rares cas, les tumeurs peuvent également se développer à partir de myomes, des excroissances bénignes de la couche musculaire de l'utérus très fréquentes qui – contrairement aux tumeurs malignes – n'envahissent pas d'autres organes. La croissance des myomes est œstrogéno dépendante. Lorsque les ovaires ne produisent plus d'œstrogènes à la ménopause, il ne se forme plus de myomes.

Sans intervention chirurgicale, il est parfois difficile de distinguer un myome bénin d'un sarcome malin.

Aux stades avancés, les tumeurs de l'utérus peuvent se propager à la cavité abdominale ou à d'autres organes soit directement, soit par le biais de la circulation lymphatique ou sanguine.

Les ganglions lymphatiques voisins, les trompes de Fallope, les ovaires, l'épiploon, le péritoine, le vagin, la vessie et le rectum peuvent être atteints. Aux stades très avancés, des métastases peuvent se former aussi dans les poumons, plus rarement dans le foie ou dans les os.

Causes possibles et facteurs de risque

On ignore les causes exactes du cancer de l'utérus. L'expérience et des études montrent que certains facteurs et modes de vie peuvent augmenter le risque d'être atteinte (mais pas forcément, voir également p. 7). Par conséquent, il ne sert à rien de vous culpabiliser et de penser que votre maladie pourrait avoir pour cause un «mode de vie inapproprié».

Facteurs de risque possibles:

- > âge;
- > pour les carcinomes de l'endomètre de type 1 (voir p. 10): facteurs «prolongeant» l'effet des œstrogènes sur le métabolisme: premières règles

Chez plus de la moitié des femmes touchées, le cancer se limite à l'utérus au moment du diagnostic et n'a donc pas encore formé de métastases.

- précoces, absence de grossesse, ménopause tardive;
 - > forte surcharge pondérale (les cellules adipeuses produisent des œstrogènes);
 - > traitement hormonal de substitution prolongé avec des œstrogènes, mais sans progestérone;
 - > antécédents personnels de cancer du sein ou certains traitements par (anti)hormonothérapie (Tamoxifen) d'un cancer du sein ayant pu stimuler la croissance de l'endomètre;
 - > facteurs génétiques;
 - > hyperplasie atypique de l'endomètre (voir encadré);
 - > des radiothérapies dans la région du bassin peuvent augmenter le risque de sarcomes de l'utérus;
- > sans que l'on sache pourquoi, le carcinome de l'endomètre non hormonodépendant (type 2) peut également survenir chez des femmes jeunes et minces, qui n'avaient pas été exposées aux facteurs de risque ci-dessus.

Facteurs génétiques

Il semblerait que le cancer de l'utérus soit lié à une prédisposition héréditaire dans 5 à 10% des cas; on parle alors de risque de cancer familial.

- > Le cancer colorectal héréditaire non polyposique (Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer, HNPCC), ou syndrome de Lynch, est la prédisposition génétique la plus souvent

Hyperplasie atypique de l'endomètre

Il s'agit d'une prolifération pathologique de la muqueuse qui tapisse l'utérus, considérée comme un stade précurseur (précancérose) d'un carcinome de l'endomètre. Des saignements en dehors des règles en constituent un symptôme possible et devraient par conséquent être systématiquement évalués par le gynécologue.

Lorsque la femme concernée est ménopausée ou ne souhaite plus avoir d'enfants, on recommande généralement une ablation de l'utérus (voir p. 28) et, le cas échéant, des ovaires.

Si la patiente souhaite encore avoir des enfants, d'autres traitements peuvent être proposés après discussion approfondie avec le gynécologue pour peser les risques.

incriminée dans le cancer de l'utérus; elle peut aussi accroître la probabilité d'être frappée par un cancer de l'utérus chez les femmes jeunes.

- > Le HNPCC augmente également le risque de cancer colorectal, de cancer de l'ovaire et d'autres cancers comme le cancer de l'estomac ou de la vessie.

Vous trouverez de plus amples informations sur le sujet dans la brochure de la Ligue contre le cancer «Prédispositions héréditaires au cancer» (voir p. 40). Un chapitre est notamment consacré à la question des tests génétiques et montre quand ce type d'analyse est judicieux.

900 femmes touchées

Chaque année, on enregistre plus de 900 nouveaux cas de cancers de la matrice en Suisse.

Une femme sur dix a moins de 50 ans au moment du diagnostic, cinq ont entre 50 et 69 ans, et quatre ont plus de 70 ans, l'âge moyen étant de 68 ans. En d'autres termes, la majeure partie des femmes touchées le sont après la ménopause. Le cancer de l'utérus est le quatrième cancer le plus fréquent chez la femme.

Symptômes possibles

Le cancer de l'utérus se développe relativement lentement; il peut toutefois s'annoncer tôt déjà par certains troubles et symptômes:

- > saignements vaginaux après la ménopause
- > pertes malodorantes
- > chez les femmes plus jeunes: saignements entre les règles, pertes sanguinolentes en dehors des règles, règles durant plus de sept jours
- > douleurs dans le bas-ventre
- > perte de poids inexplicquée

Ces symptômes n'indiquent pas forcément la présence d'un cancer, ils peuvent également être liés à des affections plus bénignes. Un contrôle chez le médecin s'impose néanmoins, notamment en présence de saignements anormaux. En effet, plus une tumeur éventuelle est détectée tôt, plus les possibilités de traitement sont bonnes et les chances de guérison élevées.

Le carcinome de l'endomètre de type 1 (voir p. 10), particulièrement fréquent, est heureusement détecté au stade précoce dans une grande partie des cas et se guérit très bien.

Examens et diagnostic

Alors que le frottis effectué périodiquement par le gynécologue permet de détecter un cancer du col de l'utérus ou un stade précurseur de celui-ci, il est rare qu'il révèle la présence d'un cancer de l'utérus. Par contre, des saignements inhabituels peuvent être le signe d'une tumeur (voir p. 13).

C'est pourquoi, avant de procéder à un examen physique, le médecin gynécologue posera des questions détaillées sur les symptômes, leur type et leur durée. Il demandera aussi s'il y a des antécédents médicaux.

Examens peu invasifs

Les techniques qui entraînent des effets indésirables limités sont appelées en médecine techniques peu invasives ou non invasives.

En font partie les examens suivants:

- > Echographie vaginale: pratiqué au moyen d'une sonde insérée dans le vagin, cet examen permet de visualiser l'utérus avec la muqueuse (endomètre) et la couche de muscle, ainsi que les organes pelviens. Il permet également de mesurer l'épaisseur de l'endomètre.
- > Biopsie de l'endomètre par aspiration: au moyen d'une très fine canule en plastique (p. ex. une pipelle de Cornier®),

l'on prélève de façon totalement indolore une toute petite quantité de l'endomètre et procède à un examen du tissu (ou examen histologique).

Interventions diagnostiques/ prélèvements tissulaires

- > Endoscopie de l'utérus (hystérocopie) avec prélèvement de tissu (biopsie) ou curetage. Ces examens se font en principe en ambulatoire et sous anesthésie locale. Une sonde munie d'une caméra miniaturisée est introduite par le vagin dans la cavité utérine. L'utérus est ensuite dilaté au moyen d'un liquide. Le gynécologue visualise la cavité utérine sur un écran; il peut procéder simultanément à des prélèvements de tissus ou à un curetage.
- > Biopsie: elle est généralement pratiquée chez les femmes jeunes qui souhaitent encore avoir des enfants et consiste à prélever des échantillons de tissus dans les régions suspectes de la muqueuse (biopsie de l'endomètre).
- > Curetage: un curetage est toujours pratiqué chez les femmes ménopausées; chez les femmes plus jeunes, il l'est dans certains cas. A l'aide d'une curette (instrument en forme de cuillère), le médecin racle la muqueuse du corps et du col de l'utérus.

- > Le fragment de tissu est soumis à un examen histologique pour déceler la présence de cellules cancéreuses et définir d'autres caractéristiques. Cet examen permet de définir le type de tumeur et son degré d'agressivité (staging, voir p. 17).
- > Important: après un curetage, la capacité reproductrice se rétablit rapidement, au plus tard après quelques mois. Si la femme a encore des règles, la muqueuse se reconstruit. Dans de rares cas, des adhérences (tissu cicatriciel) peuvent se former dans la cavité utérine (syndrome d'Asherman).

Diagnostic exact

- > Le diagnostic exact ne peut être posé qu'après ablation de la matrice (hystérectomie, voir p. 28), parce que seul un examen détaillé des tissus (histologique) permet de déterminer le type et l'étendue de la maladie.

Examens de laboratoire

- > Avant de pratiquer l'intervention ou d'entamer un traitement, le médecin peut effectuer un dosage des marqueurs tumoraux dans le sang (voir encadré).

Détermination des marqueurs tumoraux

Certaines tumeurs libèrent des substances particulières dans le sang, les marqueurs tumoraux, dont la présence peut être décelée au moyen d'une prise de sang.

Les marqueurs tumoraux caractéristiques du cancer de l'utérus portent le nom de CA 125 et de CEA.

La présence ou l'absence de ces marqueurs tumoraux ne permettent pas de confirmer ou d'exclure définitivement la présence d'une tumeur de l'utérus. Le taux peut être normal malgré une tumeur ou élevé en raison d'autres maladies, par exemple une endométriose (prolifération de la muqueuse de l'utérus en dehors de celui-ci).

Par la suite, les marqueurs tumoraux donnent des indications sur l'efficacité du traitement ou la progression de la maladie (surveillance de l'évolution); c'est pour cela qu'on les mesure avant la thérapie.

Examens complémentaires possibles

Suivant les résultats de ces examens, d'autres investigations peuvent se révéler nécessaires pour établir un plan de traitement optimal; il s'agit de voir si les ganglions lymphatiques sont atteints ou si le cancer s'est étendu à d'autres organes (métastases):

- > radiographie du thorax;
- > échographie du bassin/de l'abdomen;
- > scanner (tomodensitomètre, basé sur l'emploi des rayons X) ou IRM (imagerie par résonance magnétique, fondée sur l'utilisation de champs magnétiques);
- > rarement, selon les résultats des examens: endoscopie de la vessie (cytoscopie) ou du rectum (rectoscopie).

Les stades de la maladie

La classification FIGO

Les différents examens permettent de déterminer le stade de la maladie, c'est-à-dire d'évaluer son extension; on parle également de «staging».

Pour différencier les différents stades du cancer de l'utérus et d'autres tumeurs gynécologiques, on

utilise la classification de la **F**édération **I**nternationale de **G**ynécologie et d'**O**bstétrique (FIGO). Celle-ci se rapproche de la classification internationale TNM utilisée pour pratiquement tous les cancers: T = taille de la tumeur, N = degré d'atteinte des ganglions lymphatiques (du latin nodus = nodule) et M = métastases.

Les stades sont désignés par des chiffres allant de I à IV suivis d'une lettre. Plus la maladie s'est propagée dans l'organisme, plus le chiffre est élevé et plus le stade d'évolution est avancé.

Les carcinomes de l'utérus hormonodépendants (type 1) sont très souvent décelés aux stades I et II.

Les sarcomes de l'utérus, en revanche, ont tendance à former des métastases relativement tôt.

- I** La tumeur est limitée au corps de l'utérus.
- Ia** Seule la muqueuse utérine (endomètre) est atteinte.
- Ib** La moitié intérieure de la couche de muscle de l'utérus (myomètre) est aussi touchée.
- Ic** La moitié extérieure de la couche de muscle de l'utérus est atteinte.

- II** La tumeur s'est étendue au col de l'utérus.
- IIa** Seules les glandes du col de l'utérus sont atteintes.
- IIb** Le tissu conjonctif du col de l'utérus est atteint.
- III** La tumeur s'est étendue au petit bassin.
- IIIa** Le péritoine, les trompes ou les ovaires (annexes) sont atteints; il y a des cellules cancéreuses dans le liquide du lavage péritonéal (voir p. 28).
- IIIb** La tumeur s'est étendue au vagin.
- IIIc** Il y a des cellules cancéreuses dans les ganglions lymphatiques pelviens ou le long des grands vaisseaux de l'abdomen (ganglions para-aortiques).
- IV** La tumeur a formé des métastases dans d'autres organes.
- IVa** La vessie et/ou le rectum sont atteints.
- IVb** Le poumon, le foie, les os, les ganglions de l'aîne, etc. sont atteints.

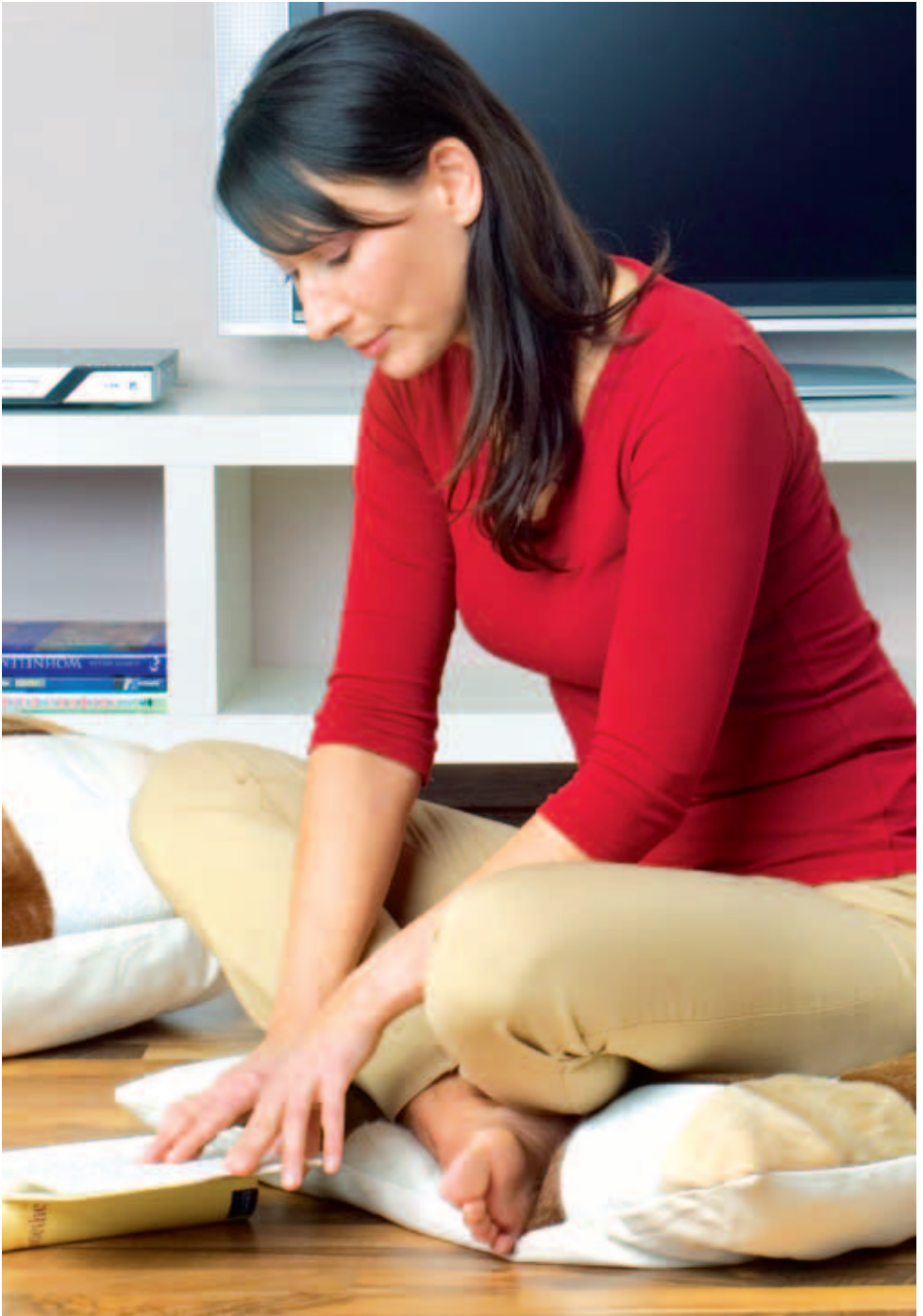
Les grades des tumeurs

L'analyse des prélèvements tissulaires permet de déterminer dans quelle mesure les cellules cancéreuses diffèrent des autres cellules de l'utérus et d'estimer le degré d'agressivité de la tumeur. Les spécialistes parlent de «grading».

On distingue les grades suivants:

- G1** Tumeur bien différenciée: les cellules cancéreuses ressemblent encore fortement aux cellules saines de l'utérus.
- G2** Tumeur moyennement différenciée: les cellules cancéreuses ressemblent encore un peu aux cellules saines de l'ovaire.
- G3** Tumeur peu différenciée: les cellules cancéreuses ne ressemblent presque plus aux cellules saines de l'ovaire.

Plus le chiffre qui caractérise le grade est élevé, plus le risque que les ganglions lymphatiques soient atteints augmente.



Traitement du cancer de l'utérus

Généralités

Le traitement est toujours choisi en fonction de votre situation personnelle. Il dépend avant tout des facteurs suivants:

- > le type de tumeur (carcinome de l'endomètre, sarcome, etc.);
- > le stade de la maladie (voir p. 16, classification FIGO);
- > l'analyse du tissu cancéreux (voir p. 17, grade);
- > votre âge et votre état de santé général.

Méthodes de traitement

Pour traiter le cancer de l'utérus, on a essentiellement recours

- > à l'opération,
- > à la radiothérapie (rayons),
- > et aux traitements médicamenteux (chimiothérapie, hormonothérapie).

Suivant le cas, ces différentes méthodes sont soit utilisées seules, soit combinées, le principal objectif étant d'extirper la tumeur ou, tout au moins, d'enlever le plus possible de tissu cancéreux.

Les objectifs visés et les principes thérapeutiques varient en fonction du type de tumeur et du stade de la maladie.

Objectifs du traitement

curatif

(lat. curare = soigner) qui vise à obtenir la guérison.

Chaque fois que la situation le permet, on applique un traitement curatif. C'est généralement le cas dans le cancer de l'utérus, notamment si le tissu cancéreux peut être entièrement excisé.

palliatif

(lat. palliare = couvrir d'un manteau) qui atténue les symptômes d'une maladie sans agir sur sa cause.

Aux stades avancés de la maladie ou lors de tumeurs agressives rares de l'utérus, la guérison n'est plus possible. On peut toutefois freiner la progression de la tumeur et ralentir l'évolution de la maladie tout en atténuant les symptômes et en maintenant une qualité de vie aussi bonne que possible.

Principes thérapeutiques

Un traitement peut être:

adjuvant

(du latin *adiuvare* = soutenir, aider) s'il est effectué après l'opération en vue d'éliminer d'éventuelles cellules cancéreuses résiduelles, pour diminuer le risque de récurrence (nouvelle apparition de tumeur) et de formation de métastases.

néo-adjuvant

(du grec *néos* = nouveau) s'il précède l'opération. L'objectif est de réduire la taille de la tumeur afin de ménager au maximum les tissus environnants lors de l'intervention chirurgicale. Ce type de traitement permet également de détruire des métastases microscopiques. Il est rarement utilisé dans le cancer de l'utérus.

Choix du traitement

Lorsqu'un soupçon de cancer demeure après un curetage, la première mesure consiste à opérer, à examiner attentivement le tissu et à déterminer le stade de la maladie.

En tous les cas, les traitements supplémentaires nécessaires sont ensuite planifiés et surveillés de façon interdisciplinaire. En d'autres termes, la situation est évaluée par des experts de différents domaines qui vous proposeront la meilleure thérapie possible dans votre cas particulier.

Vous pourrez ainsi discuter directement des options possibles avec les spécialistes concernés (gynécologue, oncologue, radio-oncologue ou gynéco-oncologue). Vous pouvez également en parler avec votre médecin de famille ou demander un deuxième avis médical; c'est votre droit le plus strict, et le médecin traitant ne considérera pas cela comme une marque de défiance. Si vous le souhaitez, vous pouvez vous faire accompagner par un proche ou une personne de confiance lors de ces entretiens. Idéalement, ce processus est coordonné par un professionnel que vous jugez compétent.

Vous pouvez également vous adresser à un psycho-oncologue. Tous les médecins ne pensent pas automatiquement à mentionner cette possibilité qui permet d'obtenir des conseils qui sortent du cadre strictement médical.

Prenez le temps de poser les questions suivantes:

- > Le traitement proposé est-il curatif ou palliatif (voir p. 19)? Peut-il prolonger l'espérance de vie? Améliore-t-il la qualité de vie?
- > Y a-t-il d'autres possibilités de traitement?
- > Quels sont les avantages et les inconvénients du traitement, également en termes de qualité de vie et/ou d'espérance de vie?
- > A quels effets indésirables devez-vous vous attendre? Seront-ils passagers ou durables? Comment peut-on y remédier?
- > Le traitement vous permettra-t-il encore d'avoir des enfants? Aura-t-il des répercussions sur votre vie sexuelle?
- > A quels troubles devez-vous vous attendre si d'autres organes sont atteints?
- > Y a-t-il un risque d'incontinence (émission involontaire d'urine ou de matières fécales)?
- > Quelles répercussions la maladie et le traitement auront-ils sur votre vie de tous les jours, sur votre entourage?
- > Si vous renoncez à certains traitements, qu'est-ce que cela signifie en termes de survie et de qualité de vie?
- > Après l'opération, d'autres questions peuvent se poser: la tumeur a-t-elle pu être entièrement enlevée? Y a-t-il des cellules cancéreuses résiduelles? Combien et dans quels organes? Quelles conséquences cela aura-t-il pour vous?

Effets indésirables

Le nombre et l'importance des effets indésirables varient de cas en cas. Certains peuvent survenir en cours de traitement et régresser spontanément par la suite; d'autres peuvent n'apparaître que plus tard, au terme du traitement. Nombre d'effets indésirables s'atténuent au fil des jours, des semaines ou des mois.

Certains des désagréments mentionnés dans cette brochure peuvent être atténués par des soins ou des mesures médicales. Il est donc important que vous en parliez à l'équipe soignante.

Dans les stades avancés de la maladie, votre équipe médicale vous aidera à mettre en balance les bénéfices que l'on peut attendre d'un traitement en regard de ses effets indésirables.

Important

- > Un grand nombre d'effets indésirables sont prévisibles. Pour les atténuer, vous recevrez certains médicaments à l'avance, en fonction de votre traitement. Il est important que vous respectiez la prescription médicale.
- > Consultez toujours votre équipe soignante avant de prendre un produit de votre propre initiative. Cela vaut aussi pour les crèmes, lotions, etc. Même si ceux-ci sont «naturels» ou paraissent inoffensifs, ils peuvent interférer avec votre traitement.

Un grand nombre de brochures publiées par la Ligue contre le cancer (voir p. 39) exposent les effets de la maladie et du traitement; vous y trouverez des conseils qui pourront vous aider à mieux les gérer.

Répercussions sur la fertilité et la sexualité

Troubles de la ménopause

En présence d'un cancer de l'utérus, le chirurgien enlève généralement la matrice, ainsi que les deux ovaires et les deux trompes. L'ablation des ovaires provoque une ménopause précoce, souvent accompagnées de troubles spécifiques; cela signifie que la femme n'aura plus de règles et qu'elle ne pourra plus avoir d'enfants.

Une chimiothérapie, une hormonothérapie ou une radiothérapie peuvent provoquer les mêmes symptômes.

Même si certains de ces troubles sont passagers et peuvent être traités, ils sont souvent difficiles à accepter, surtout pour les femmes jeunes.

Pour savoir si vous pouvez avoir recours à un traitement hormonal de substitution, discutez avec votre médecin afin d'en connaître les bénéfices et les risques. Différents motifs peuvent en effet s'opposer à un tel traitement (p. ex. tumeur hormono-dépendante, risque accru de cancer du sein).

Fécondité

Chez les jeunes femmes qui souhaitent encore avoir un enfant, on peut parfois conserver la fonction reproductrice.

Dans un premier temps, on laisse en place l'utérus, les ovaires et les trompes et on entreprend une hormonothérapie (voir p. 33) après un premier curetage (voir p. 14). A l'issue de ce traitement, on procède à un nouveau curetage.

Ce type de thérapie est essentiellement possible pour les sarcomes stromaux, les léiomyosarcomes et les carcinomes de l'endomètre débutants (stade FIGO Ia, voir p. 16). Demandez à être informée en détail; le risque de récurrence est relativement élevé.

Une fois la grossesse menée à terme, l'ablation de l'utérus, des ovaires et des trompes est recommandée.

Sexualité

L'opération et les différents traitements peuvent également avoir des répercussions sur la vie et le plaisir sexuels, ainsi que sur la perception corporelle. Discutez avec votre médecin des conséquences possibles et des moyens à disposition pour y remédier.

Pour en savoir plus sur le cancer et la sexualité ...

Vous pouvez consulter la brochure «Cancer et sexualité au féminin» (voir p. 39).

Traitement dans le cadre d'une étude clinique

La recherche médicale permet d'améliorer constamment les thérapies anticancéreuses. A l'issue de nombreux tests préalables, celles-ci doivent être évaluées chez l'homme. L'objectif de ces recherches peut être d'optimiser des traitements déjà existants (augmenter leur efficacité et les chances de survie, diminuer les effets indésirables) ou de tester une nouvelle stratégie thérapeutique.

Il se peut que l'on vous propose de participer à une telle étude dans le cadre de votre traitement. Vous pouvez bien sûr aussi demander de votre propre chef à être informée sur les études en cours en relation avec votre maladie.

Seul un entretien personnel avec votre médecin vous permettra de déterminer les avantages ou les inconvénients qui pourraient en résulter pour vous.

La participation à une étude clinique repose toujours sur une base volontaire; vous restez libre de vous retirer de l'étude ou d'interrompre le traitement à tout moment.

Pour en savoir plus, vous pouvez vous reporter à la brochure «Thérapie anticancéreuse dans le cadre d'une étude clinique» (voir p. 40).

Traitement du carcinome de l'endomètre

Les différents stades sont décrits de façon plus détaillée en page 16; les traitements sont pour leur part présentés à partir de la page 28.

L'opération est la méthode thérapeutique la plus fréquente et la plus sûre. Dans pratiquement tous les cas, l'intervention consiste à enlever l'utérus, ainsi que les ovaires et les trompes.

Suivant le degré d'envahissement de la couche musculaire de l'utérus, le degré d'agressivité des cellules cancéreuses (grades, voir

p. 17) et le type de carcinome, l'on procède également à l'ablation des ganglions lymphatiques voisins.

Si les cellules cancéreuses se sont propagées au bassin ou à la cavité abdominale (stades III et IV), le tissu atteint est également excisé au cours de l'opération.

L'équipe médicale étudiera avec la patiente les autres traitements (adjuvants) indiqués le cas échéant pour améliorer les chances de guérison et la qualité de vie, réduire le risque de récurrence et augmenter l'espérance de vie.

Carcinome de l'endomètre au stade précoce (FIGO I, parfois II)

Dans la majorité des cas, l'opération suffit pour guérir un carcinome de l'endomètre au stade précoce.

Après un examen approfondi du tissu prélevé et en fonction du type de carcinome, le médecin décidera si un autre traitement est nécessaire après l'opération.

Dans certains cas, l'on propose une radiothérapie pour diminuer le risque de récurrence; il s'agit alors généralement d'une curiethérapie vaginale.

Dans le cadre d'études cliniques (voir p. 23), on étudie actuellement les bénéfices et les risques d'une radiothérapie externe adjuvante (rayons à travers la paroi abdominale).

Mais en règle générale, la radiothérapie n'est utilisée que si une récurrence survient effectivement par la suite.

Chez les femmes plus jeunes qui souhaitent avoir un enfant, un carcinome hormonodépendant au stade précoce (stade FIGO Ia) peut parfois être traité au moyen d'une hormonothérapie dans un premier temps (voir p. 33).

Carcinome de l'endomètre aux stades avancés (FIGO III, IV, en partie II)

Après l'opération, on recommande généralement une radiothérapie adjuvante (curiethérapie vaginale et/ou radiothérapie externe) et/ou une chimiothérapie.

Suivant les cas, une hormonothérapie peut être proposée. Il est également possible que l'on vous propose de participer à une étude clinique (voir p. 23). Votre médecin vous informera sur les études en cours et les résultats que l'on peut escompter.

En présence d'un carcinome de l'endomètre avancé ou agressif (stades III et IV), lorsqu'une opération radicale ne peut pas être pratiquée ou n'est pas souhaitable, une radiothérapie combinée (curiethérapie vaginale et radiothérapie externe) ou éventuellement une radiothérapie externe seule, peuvent réduire le foyer tumoral.

Traitement des sarcomes de l'utérus

Les différents stades sont décrits de façon détaillée en page 16; les traitements sont pour leur part présentés à partir de la page 28.

- > L'opération constitue le traitement standard pour tous les types de sarcomes (voir p. 10). Le chirurgien enlève généralement l'utérus, les deux ovaires et les trompes. Suivant le type de sarcome et le stade de la maladie, on peut, chez les femmes plus jeunes, retarder l'opération pour préserver la fertilité en vue d'une grossesse (voir aussi p. 23).
- > Suivant l'extension de la tumeur, on enlève également des ganglions lymphatiques; les autres tissus atteints sont excisés aussi complètement que possible.
- > Après l'opération, on a recours, suivant les cas et le type de sarcome, à une radiothérapie (radiothérapie externe et/ou curiethérapie vaginale), une chimiothérapie ou une hormonothérapie pour éliminer les cellules cancéreuses résiduelles et diminuer le risque de récurrence.
- > Aux stades avancés, on renonce généralement à l'opération; l'intervention serait trop étendue et entraînerait des effets secondaires trop importants. Dans ce cas, une chimiothérapie peut réduire la masse tumorale et atténuer les symptômes.

Traitement de la douleur

Le cancer de l'utérus peut, notamment s'il a formé des métastases, provoquer des douleurs très pénibles à supporter en l'absence de traitement.

Vos douleurs ne faisant que vous affaiblir inutilement et vous abatre, il est important de ne pas les taire ou de les supporter sans rien dire, mais d'exploiter au contraire toutes les possibilités offertes par le traitement moderne de la douleur.

Il est toujours possible de soulager les douleurs d'origine cancéreuse, voire de les supprimer complètement dans de nombreux cas, que ce soit avec des médicaments ou par d'autres méthodes. Vous trouverez de précieux conseils sur le sujet dans la brochure «Vivre avec le cancer, sans douleur» (voir p. 39).

Suivi médical et réadaptation

Après le traitement, vous devrez vous soumettre à des contrôles réguliers. Ces examens visent entre autres à déceler rapidement les effets indésirables de la maladie ou du traitement pour y remédier, ainsi qu'à détecter et à soigner une récurrence éventuelle, une nouvelle tumeur ou des métastases.

Le suivi peut, au besoin, comprendre également des conseils psycho-oncologiques et psychosociaux et permet d'aborder d'autres difficultés en rapport avec la maladie et de faciliter le retour à la vie de tous les jours.

Les trois premières années après le traitement d'une tumeur de l'utérus, le médecin vous proposera généralement un contrôle tous les trois mois; par la suite, des examens de contrôle tous les six à douze mois suffisent.

Si, entre deux contrôles, vous vous trouvez confrontée à des problèmes, il est important de consulter votre médecin sans tarder.

Méthodes thérapeutiques

Les méthodes ci-après ne sont pas forcément toutes utilisées dans le cadre d'un traitement individuel. Pour en savoir plus sur le choix et l'ordre des thérapies, vous pouvez vous reporter au chapitre précédent.

Opération

En cas de suspicion de cancer de l'utérus ou de tumeur utérine avérée, une intervention chirurgicale est en général nécessaire. Celle-ci poursuit les objectifs suivants:

- > déterminer l'extension de la maladie (stade) et préciser le diagnostic (voir aussi p. 16, Diagnostic);
- > enlever l'utérus et, si possible, tous les autres foyers cancéreux extra-utérins ou, tout au moins, les réduire;
- > éventuellement enlever à titre préventif les autres organes et tissus dans lesquels des métastases se forment fréquemment.

Chez les femmes qui souhaitent encore avoir un enfant, le chirurgien s'efforce de conserver la fonction reproductrice; il ne peut malheureusement pas le faire dans tous les cas (voir p. 23).

Etendue de l'intervention

Le médecin adapte la chirurgie en fonction de ce qu'il découvre: emplacement et extension de la tumeur, stade et type. Selon les cas, différents organes et tissus devront être enlevés en tout ou en partie:

- > en principe l'utérus (hystérectomie) avec les deux ovaires et les trompes (salpingo-ovariectomie ou annexectomie);
- > si nécessaire: l'appareil de soutien de l'utérus (paramètre) avec les ligaments;
- > les ganglions lymphatiques voisins le long des veines du bassin (lymphadénectomie pelvienne) et de la veine cave/aorte (lymphadénectomie para-aortique);
- > la partie supérieure du vagin (colpectomie);
- > l'épiploon (omentectomie); ce repli du péritoine, souvent qualifié de «tablier graisseux», recouvre le gros intestin.

Avant l'intervention, il est procédé à un lavage péritonéal. Le liquide en est extrait et examiné, car il pourrait contenir des cellules cancéreuses.

Examen de tissu (histologie)

Les prélèvements effectués sont examinés au microscope pendant la biopsie ou le curetage (voir p. 14), mais surtout pendant l'opération. Cet examen permet de déterminer le type de tumeur et le degré de différenciation des cellules (stade, voir p. 17).

Il permet également de définir l'extension de la tumeur et le degré d'envahissement de la couche musculaire de l'utérus. Sur la base de ces résultats, le gynécologue détermine les organes ou parties d'organes qu'il convient d'examiner et d'enlever et ceux qui pourront être laissés en place.

Les prélèvements sont ensuite analysés de manière plus approfondie dans le cadre de divers examens pathologiques. Les examens permettront de définir si d'autres traitements (adjuvants) sont nécessaires.

Déroulement de l'opération

Pour accéder à la tumeur, le chirurgien ouvre l'abdomen et pratique une incision verticale qui va – suivant l'ampleur de l'intervention – du nombril jusqu'au pubis afin de pouvoir explorer toute la cavité abdominale pour repérer les foyers cancéreux.

Cette opération, appelée laparotomie, est celle qui, en l'état actuel des connaissances, offre les plus grandes chances de guérison.

Suivant les cas, on procède de plus en plus, dans les cancers aux stades précoces, à une laparoscopie.

Il s'agit d'une technique chirurgicale mini-invasive: au lieu d'ouvrir l'abdomen, on pratique une petite incision (1 cm au maximum) qui permet d'introduire une caméra miniaturisée et des instruments. Le champ opératoire et l'introduction des instruments sont surveillés sur un écran.

Bénéfices et risques

Avant l'opération, le chirurgien discutera avec vous pour vous informer de l'ampleur probable de l'intervention et des organes qui pourraient être touchés. N'hésitez pas à le questionner sur les répercussions auxquelles vous devez vous attendre dans votre vie de tous les jours.

Faites-vous également expliquer les avantages et les inconvénients des différentes méthodes dans votre cas particulier.

Suites opératoires courantes

Les suites opératoires et les effets indésirables dépendent de l'ampleur de l'intervention et des organes ou parties d'organes qui ont été enlevés.

Oedème lymphatique

Lorsqu'on procède à l'ablation de ganglions lymphatiques, la continuité du système lymphatique est interrompue, ce qui peut entraîner la formation d'un œdème, la lymphe ne pouvant plus circuler de façon optimale.

Il s'agit d'une enflure douloureuse due à la rétention de liquide dans les tissus. Après une opération d'un cancer de l'utérus, on observe essentiellement des œdèmes au niveau du bas-ventre, de l'aîne ou des jambes.

Il existe des mesures qui permettent de prévenir et de traiter l'œdème lymphatique. Vous trouverez de précieux conseils sur le sujet

dans la brochure «L'œdème lymphatique» (voir p. 39); renseignez-vous également auprès de votre équipe soignante.

Troubles digestifs

L'opération peut provoquer des troubles du transit intestinal pendant quelque temps. Dans de rares cas, si la tumeur a envahi l'intestin, il est nécessaire de pratiquer une dérivation intestinale, la stomie; celle-ci est généralement provisoire. Vous trouverez de plus amples informations sur le sujet dans la brochure «La colostomie» (voir p. 39).

Incontinence urinaire

L'opération peut provoquer une émission involontaire d'urine pendant quelque temps. Les organes situés dans le bassin étant très proches les uns des autres, l'urètre, la vessie et l'uretère peuvent être endommagés avec leur système nerveux. Demandez conseil si vous êtes concernée; l'incontinence urinaire se soigne.

Problèmes sexuels

Pour de plus amples informations, veuillez vous reporter à la p. 22.

Radiothérapie

La radiothérapie endommage avant tout les cellules cancéreuses qui, ne pouvant plus se diviser et se multiplier, finissent par mourir.

Les rayons agissent également sur les cellules saines, ce qui peut entraîner des effets indésirables pendant quelque temps. Contrairement aux cellules tumorales, les cellules saines ont, dans la plupart des cas, la capacité de se régénérer.

Suivant les cas, la radiothérapie est associée à un traitement médicamenteux.

Radiothérapie interne

(curiethérapie vaginale)

La curiethérapie vaginale consiste à introduire des applicateurs spéciaux (des sortes de tubes) dans le corps par le vagin et à les charger en radioactivité après leur mise en place; on parle de chargement différé (afterloading). Les sources radioactives ne restent que peu de temps dans l'organisme et sont ensuite retirées.

Contrairement à la radiothérapie externe, la radiothérapie interne a peu d'effets secondaires, car elle ne touche guère le tissu environnant. On observe essentiellement de la diarrhée.

Radiothérapie externe

(radiothérapie transcutanée)

Les rayons sont dirigés sur le tissu tumoral et sur les ganglions lymphatiques voisins à travers la peau ou la paroi abdominale. Le champ à irradier est défini de manière très précise au moyen d'un scanner. Cela permet de diriger les rayons de manière ciblée sur les zones à irradier et de ménager les organes voisins comme la vessie et le rectum.

La patiente se rend à ses séances de radiothérapie du lundi au vendredi pendant quatre à six semaines. Chaque séance ne dure que quelques minutes.

Effets indésirables possibles

- > incontinence urinaire, troubles de la miction;
- > nausées, diarrhée ou crampes intestinales;
- > sécheresse ou rougeur de la peau/de la muqueuse irradiée;

- > en cas de curiethérapie vaginale: inflammation du vagin;
- > troubles sexuels (sécheresse vaginale, perte du désir, douleurs).

Pour en savoir plus, consultez également le chapitre «Généralités» (p. 21).

La Ligue contre le cancer a publié une brochure spécifique sur la radiothérapie sous le titre «La radio-oncologie» (voir p. 39).

Traitements médicamenteux

Chimiothérapie (cytostatiques)

La chimiothérapie repose sur l'emploi de médicaments qui détruisent les cellules cancéreuses ou en inhibent la croissance: les cytostatiques (du grec *zyto* = cellule et *statikós* = arrêt). Contrairement à la radiothérapie, qui agit localement, les cytostatiques sont distribués dans tout l'organisme par le biais de la circulation sanguine et ont donc un effet systémique.

Les cytostatiques empêchent la multiplication rapide des cellules cancéreuses et freinent leur prolifération. Malheureusement, les cellules normales à croissance rapide sont également affectées, par exemple les cellules responsables de la formation du sang (moelle osseuse), les cellules des cheveux, celles des muqueuses (bouche, estomac, intestin, vagin), ainsi que les cellules sexuelles (spermatozoïdes et ovules).

Les effets secondaires des chimiothérapies sont dus avant tout à l'attaque des cellules saines par les cytostatiques. Contrairement aux cellules tumorales, les cellules saines ont, dans la plupart des cas, la capacité de se régénérer. Ainsi, les effets secondaires s'estompent après la fin du traitement.

Le choix des cytostatiques utilisés – il en existe plus de cent – dépend des caractéristiques de la maladie. Pour le cancer de l'utérus, on en combine généralement deux différents. On parle de polychimiothérapie ou de traitement combiné, par opposition à la monochimiothérapie, qui repose sur l'emploi d'un seul médicament.

- > Dans le cas d'un cancer de l'utérus, la chimiothérapie commence 2 à 3 semaines après l'opération; le traitement est donc adjuvant (voir p. 20).
- > En général, les cytostatiques sont administrés par voie intraveineuse en plusieurs cycles entrecoupés d'une pause.
- > Le traitement se fait généralement de façon ambulatoire.

Effets indésirables possibles

- > Modification du nombre et de la proportion des globules sanguins, ce qui peut augmenter le risque d'infection ou d'hémorragie et entraîner un état de fatigue général;
- > chute de cheveux;
- > nausées et vomissements, troubles du transit intestinal, inflammation de la muqueuse buccale;
- > inflammation du vagin, sécheresse vaginale;
- > syndrome main-pied (rougeur et enflure douloureuse de la paume des mains et/ou de la plante des pieds);
- > troubles au niveau des voies rénales et urinaires;
- > acouphènes (tintement d'oreille), problèmes auditifs.

Ces effets ne surviennent pas forcément tous et leur intensité est très variable selon les traitements (type de médicament, association, dosage) et les personnes.

Bon nombre de ces effets s'atténuent au fil des jours. Faites part de vos symptômes à votre équipe soignante pour permettre une prise en charge optimale (voir aussi p. 21); il existe en effet des moyens efficaces pour limiter la plupart d'entre eux.

Hormonothérapie (thérapie anti-hormonale)

La croissance de certains tumeurs de l'utérus – carcinomes de l'endomètre de type 1 (voir p. 10), sarcomes stromaux – peut être favorisée par des hormones.

L'hormonothérapie vise à entraver la formation de ces hormones ou à les empêcher d'agir pour freiner indirectement la croissance des cellules cancéreuses. Elle est généralement utilisée pour traiter une récurrence d'un cancer de l'utérus ou lorsqu'il s'agit de préserver la fonction reproductrice chez une femme jeune (voir p. 22).

Les médicaments sont généralement administrés pendant plusieurs mois ou plusieurs années sous forme de comprimés ou sous forme d'injections à effet retard. Les effets secondaires sont relativement faibles et évoquent les troubles de la ménopause.

Effets indésirables possibles

- > bouffées de chaleur;
- > rétention d'eau;
- > thromboses veineuses.

Pour en savoir plus, consultez également le chapitre «Généralités» (p. 19).

L'hormonothérapie est plus souvent un traitement antihormonal, son objectif étant d'abolir les effets d'une hormone à laquelle la tumeur est sensible. Il ne faut pas la confondre avec le traitement hormonal de substitution (voir p. 21) utilisé à la ménopause, qui augmente le taux d'hormones.

Pour en savoir plus ...

Vous trouverez de plus amples informations sur les traitements médicamenteux et leurs effets indésirables dans la brochure «Le traitement médicamenteux des cancers» (voir p. 39).

Médicaments d'accompagnement

Votre médecin peut vous prescrire des médicaments ou des thérapies d'accompagnement différents pour vous aider à lutter contre des symptômes liés aux traitements tels que fièvre, infections, anémie ou douleur. Parfois, certains médicaments peuvent même être prescrits à titre préventif:

- > médicaments contre les nausées et les vomissements;
- > bains de bouche/sprays en cas de plaie ouverte dans la bouche;
- > antibiotiques contre les infections bactériennes;
- > antimycosique contre les mycoses (affections provoquées par des champignons);
- > transfusion sanguine ou médicaments (érythropoïétine) en cas d'anémie ou transfusions de plaquettes sanguines lors de risque d'hémorragie;
- > analgésiques (voir aussi p. 26);
- > en cas de trop faible concentration de globules blancs: médicaments favorisant la formation des globules blancs.

Médecines complémentaires

Un grand nombre de patients atteints d'un cancer ont recours à des méthodes *complémentaires*, à côté de leur traitement médical. Des tels traitements sont alors pris en *complément* au traitement officiel.

Certaines de ces méthodes peuvent contribuer à améliorer le bien-être général et la qualité de vie, pendant et après un traitement du cancer. Elles n'ont cependant généralement guère d'effet contre la tumeur elle-même.

Les méthodes dites *parallèles ou alternatives* c'est-à-dire venant se *substituer* à la médecine officielle, sont par contre déconseillées. Vous trouverez davantage d'informations à ce propos dans la brochure «Parallèles? Complémentaires?» (voir p. 33).

C'est en discutant personnellement avec votre équipe soignante que vous pourrez le mieux définir si une méthode complémentaire peut vous être utile. Si vous avez déjà opté pour une telle méthode de votre propre initiative, il est indispensable que vous en informiez l'équipe soignante. Même si elles paraissent tout à fait inoffensives, certaines préparations ne sont pas compatibles avec les médicaments contre le cancer.



Vivre avec la maladie

Les progrès réalisés ces dernières décennies ont nettement amélioré les chances de survie et la qualité de vie des personnes touchées par le cancer. Les traitements restent toutefois longs et éprouvants. Si certaines personnes sont capables de poursuivre leurs activités quotidiennes, d'autres n'y arrivent plus.

S'écouter

Prenez le temps qu'il faudra pour vous adapter à votre nouvelle situation. Le retour à la vie de tous les jours peut se faire pas à pas et à votre rythme, en fonction de vos possibilités personnelles.

Essayez de déterminer par vous-même ce qui peut contribuer à améliorer votre qualité de vie. L'horizon s'éclaire parfois si on se pose des questions toutes simples:

- > Qu'est-ce que je veux vraiment?
- > De quoi ai-je besoin?
- > Comment pourrais-je arriver à cela?
- > Qui serait en mesure de m'aider?

Vous trouverez également en annexe des adresses et des informations qui pourraient vous être utiles.

En parler avec d'autres

Le cancer fait peur, même lorsque les chances de guérison sont élevées. Certaines personnes éprouvent le besoin d'en parler, d'autres préfèrent garder le silence. Les proches ne savent pas toujours comment réagir et la personne touchée peut trouver son entourage trop indiscret, ou alors trop distant. Il n'y a pas de recette universelle, les uns et les autres ont besoin d'un certain temps pour s'adapter à cette nouvelle situation et pour trouver un mode de communication qui soit satisfaisant pour tout le monde.

Faire appel à un soutien professionnel

N'hésitez pas à faire appel à un professionnel si votre anxiété persiste ou si vous avez le sentiment que la situation vous échappe. Parlez de vos problèmes à l'équipe médicale et soignante ou à votre médecin de famille. Ils pourront vous conseiller et vous prescrire au besoin des mesures remboursées par la caisse-maladie.

Pour toute question d'ordre psychosocial ou en rapport avec les stages de réadaptation, vous pouvez également vous adresser à la ligue contre le cancer de votre région ou au service social de l'hôpital.

Annexes

Information et soutien

L'équipe médicale et soignante

Elle est là pour vous informer et vous aider à surmonter les problèmes liés à la maladie et au traitement.

Si vous le souhaitez, elle peut également vous mettre en contact avec un psycho-oncologue.

Votre ligue cantonale contre le cancer

Son rôle est de vous conseiller, de vous accompagner et de vous aider à surmonter les difficultés liées à la maladie. Elle peut également vous proposer des cours et vous aider à clarifier des problèmes d'assurance ou vous aiguiller vers un groupe d'entraide ou un spécialiste (drainage lymphatique, conseils psycho-oncologiques, méthodes complémentaires, etc.).

La Ligne InfoCancer 0800 11 88 11

Au bout du fil, une professionnelle de la santé vous écoutera, vous proposera des solutions et répondra avec précision à vos questions sur votre cancer et son traitement. L'appel et les renseignements sont gratuits, et vous n'avez pas besoin de décliner votre identité.

Forums de discussion

Il existe sur Internet des forums de discussion sur le thème du cancer, notamment le forum de la Ligue suisse contre le cancer www.forumcancer.ch, géré par la ligne InfoCancer. Vous pouvez aussi vous rendre sur le forum de la Ligue française contre le cancer sous www.ligue-cancer.asso.fr.

Les contacts avec des personnes qui ont traversé des épreuves semblables peuvent vous redonner du courage. N'oubliez toutefois pas que ce qui a aidé un tel ne vous conviendra pas forcément.

Groupes d'entraide

Leur rôle est de favoriser l'échange d'informations et d'expériences. Bien des choses paraissent plus simples quand on en discute avec des personnes qui ont été confrontées à des difficultés du même type.

Les assurances

- > Les frais de traitements contre le cancer sont pris en charge par l'assurance obligatoire pour autant qu'il s'agisse de thérapies reconnues ou que le produit figure sur la liste des spécialités de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).
- > Le remboursement de certains traitements très spécifiques peut être soumis à des conditions. Votre médecin vous donnera toutes les précisions nécessaires.

- > Les frais de traitements avec des substances autorisées sont également pris en charge dans le cadre d'une étude clinique (voir p. 23). La participation à de telles études est soumise à des conditions précises.
- > Lors de conseils/traitements supplémentaires non médicaux, la prise en charge par l'assurance obligatoire ou l'assurance complémentaire n'est pas garantie. Il faut donc vous informer au préalable auprès de votre assurance, ou demander à votre médecin de famille, votre médecin traitant ou l'hôpital de le faire pour vous. La ligue contre le cancer de votre canton peut également vous soutenir dans ces démarches.
- > Pour les personnes qui souffrent d'un cancer, la conclusion d'une assurance complémentaire est parfois liée à des réserves; il en va de même de certaines assurances vie.

Brochures de la Ligue contre le cancer

- > **Le traitement médicamenteux des cancers**
(chimiothérapie, hormonothérapie, immunothérapie)
- > **La radio-oncologie**
- > **La colostomie**
Conseils à l'intention des personnes porteuses d'une dérivation intestinale
- > **Vivre avec le cancer, sans douleur**
- > **Fatigue, à nous deux**
- > **Soigner son apparence durant et après la thérapie**
Peau, coiffure, couleurs et vêtements – les conseils de la Ligue contre le cancer
- > **Difficultés alimentaires en cas de cancer**
- > **Cancer et sexualité au féminin**
- > **L'œdème lymphatique**
Petit guide à l'intention des personnes concernées
- > **Parallèles? Complémentaires?**
Risques et bénéfices des méthodes non vérifiées en oncologie. Informations et conseils pour les patients et leurs proches

> **Activité physique et cancer**

Comment retrouver confiance en son corps grâce au mouvement

> **Accompagner un proche atteint de cancer**

Suggestions et conseils pour les parents et amis des personnes touchées

> **A la découverte de nouveaux horizons**

Stages de réadaptation de la Ligue contre le cancer

> **Prédispositions héréditaires au cancer**

Des réponses aux questions que se posent les familles fortement touchées par le cancer

> **Le cancer: des gènes à l'homme**

Un CD-ROM qui explique les mécanismes d'apparition des maladies cancéreuses, de leur origine à leur traitement (Fr. 25.- + frais de port et d'emballage).

> **Cancer – quand l'espoir de guérir s'amenuise**

Commandes

- > Ligue contre le cancer de votre canton
- > Téléphone: 0844 85 00 00
- > Courriel: shop@liguecancer.ch
- > Internet: www.liguecancer.ch

Vous trouverez également sur le site www.liguecancer.ch/brochures la liste complète et les descriptifs des brochures publiées par la Ligue contre le cancer.

Autres brochures

Thérapie anticancéreuse dans le cadre d'une étude clinique

A commander auprès du SAKK Koordinationszentrum, Berne, téléphone 031 389 91 91, courriel sakkcc@sakk.ch, www.sakk.ch

Sites Internet

(par ordre alphabétique)

www.cancer.ca

Site de la Société canadienne du cancer

www.doctissimo.fr

Site français consacré à la santé

www.fnclcc.fr

Site de la Fédération nationale française des centres de lutte contre le cancer, avec un dictionnaire des cancers de A à Z

www.forumcancer.ch

Forum Internet de la Ligue contre le cancer

www.infocancer.org

Site français consacré aux différents types de cancer

www.liguecancer.ch

Site de la Ligue contre le cancer

www.ligue-cancer.asso.fr

Site de la Ligue française contre le cancer

En anglais

www.cancer.gov/cancertopics/types/endometrial

Informations sur le cancer de l'utérus du National Cancer Institute (USA)

www.cancerbackup.org.uk/

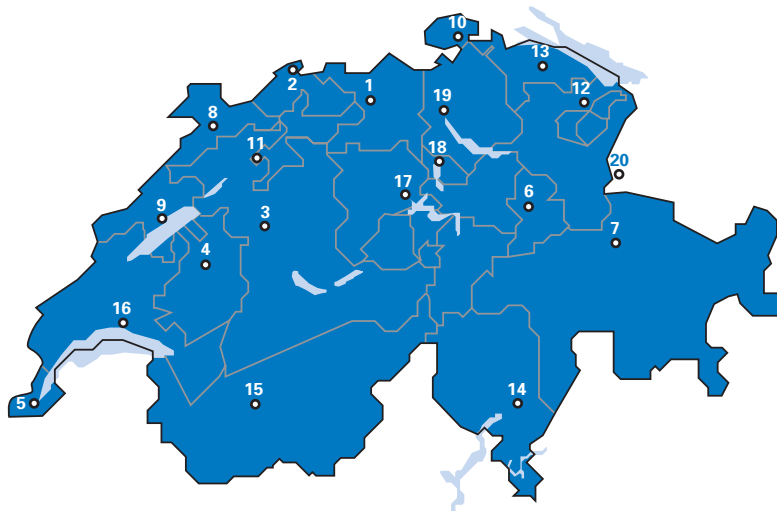
Cancertype/Wombuterus

Informations destinées aux patients sur le cancer de l'utérus

Sources

Les publications et sites Internet mentionnés dans cette brochure ont également servi de sources pour la rédaction du présent texte. Ils correspondent pour l'essentiel aux critères de qualité de la fondation «La Santé sur Internet» (charte de la fondation, voir www.hon.ch/HONcode/French/).

La Ligue contre le cancer de votre région offre conseils et soutien



1 Krebsliga Aargau

Milchgasse 41, 5000 Aarau
Tel. 062 834 75 75
Fax 062 834 75 76
admin@krebssliga-aargau.ch
www.krebssliga-aargau.ch
PK 50-12121-7

2 Krebsliga beider Basel

Mittlere Strasse 35, 4056 Basel
Tel. 061 319 99 88
Fax 061 319 99 89
info@klbb.ch
www.krebssliga-basel.ch
PK 40-28150-6

3 Bernische Krebsliga

Ligue bernoise contre le cancer

Marktgasse 55, Postfach 184
3000 Bern 7
Tel. 031 313 24 24
Fax 031 313 24 20
info@bernischekrebssliga.ch
www.bernischekrebssliga.ch
PK 30-22695-4

4 Ligue fribourgeoise contre le cancer Krebsliga Freiburg

Route de Beaumont 2
case postale 75
1709 Fribourg
tél. 026 426 02 90
fax 026 425 54 01
info@liguecancer-fr.ch
www.liguecancer-fr.ch
CP 17-6131-3

5 Ligue genevoise contre le cancer

17, boulevard des Philosophes
1205 Genève
tél. 022 322 13 33
fax 022 322 13 39
ligue.cancer@mediane.ch
www.lgc.ch
CP 12-380-8

6 Krebsliga Glarus

Kantonsspital, 8750 Glarus
Tel. 055 646 32 47
Fax 055 646 43 00
krebssliga-gl@bluewin.ch
PK 87-2462-9

7 Krebsliga Graubünden

Alexanderstrasse 38, 7000 Chur
Tel. 081 252 50 90
Fax 081 253 76 08
info@krebssliga-gr.ch
www.krebssliga-gr.ch
PK 70-1442-0

8 Ligue jurassienne contre le cancer

Rue de l'Hôpital 40
case postale 2210
2800 Delémont
tél. 032 422 20 30
fax 032 422 26 10
ligue.ju.cancer@bluewin.ch
www.liguecancer-ju.ch
CP 25-7881-3

**9 Ligue neuchâtoise
contre le cancer**

Faubourg du Lac 17
case postale
2001 Neuchâtel
tél. 032 721 23 25
Incc@ne.ch
www.liguecancer-ne.ch
CP 20-6717-9

10 Krebsliga Schaffhausen

Rheinstrasse 17
8200 Schaffhausen
Tel. 052 741 45 45
Fax 052 741 45 57
b.hofmann@krebssliga-sh.ch
www.krebssliga-sh.ch
PK 82-3096-2

11 Krebsliga Solothurn

Hauptbahnhofstrasse 12
4500 Solothurn
Tel. 032 628 68 10
Fax 032 628 68 11
info@krebssliga-so.ch
www.krebssliga-so.ch
PK 45-1044-7

12 Krebsliga

St. Gallen-Appenzel

Flurhofstrasse 7
9000 St. Gallen
Tel. 071 242 70 00
Fax 071 242 70 30
beratung@krebssliga-sg.ch
www.krebssliga-sg.ch
PK 90-15390-1

13 Thurgauische Krebsliga

Bahnhofstrasse 5
8570 Weinfelden
Tel. 071 626 70 00
Fax 071 626 70 01
info@tgkl.ch
www.tgkl.ch
PK 85-4796-4

**14 Lega ticinese
contro il cancro**

Piazza Nosetto 3
6500 Bellinzona
tel. 091 820 64 20
fax 091 820 64 60
info@legacancro-ti.ch
www.legacancro-ti.ch
CP 65-126-6

**15 Ligue valaisanne contre le cancer
Krebsliga Wallis**

Siège central:
Rue de la Dixence 19, 1950 Sion
tél. 027 322 99 74
fax 027 322 99 75
info@lvcc.ch
www.lvcc.ch
Beratungsbüro:
Spitalzentrum Oberwallis
Überlandstrasse 14, 3900 Brig
Tel. 027 922 93 21
Mobile 079 644 80 18
Fax 027 922 93 25
info@krebssliga-wallis.ch
www.krebssliga-wallis.ch
CP/PK 19-340-2

16 Ligue vaudoise contre le cancer

Av. de Gratta-Paille 2
case postale 411
1000 Lausanne 30 Grey
tél. 021 641 15 15
fax 021 641 15 40
info@lvc.ch
www.lvc.ch
CP 10-22260-0

17 Krebsliga Zentralschweiz

Hirschmattstrasse 29, 6003 Luzern
Tel. 041 210 25 50
Fax 041 210 26 50
info@krebssliga.info
www.krebssliga.info
PK 60-13232-5

18 Krebsliga Zug

Alpenstrasse 14, 6300 Zug
Tel. 041 720 20 45
Fax 041 720 20 46
info@krebssliga-zug.ch
www.krebssliga-zug.ch
PK 80-56342-6

19 Krebsliga Zürich

Moussonstrasse 2, 8044 Zürich
Tel. 044 388 55 00
Fax 044 388 55 11
info@krebssliga-zh.ch
www.krebssliga-zh.ch
PK 80-868-5

20 Krebshilfe Liechtenstein

Im Malarsch 4, FL-9494 Schaan
Tel. 00423 233 18 45
Fax 00423 233 18 55
admin@krebshilfe.li
www.krebshilfe.li
PK 90-4828-8

**Ligue suisse
contre le cancer**

Effingerstrasse 40
case postale 8219
3001 Berne
tél. 031 389 91 00
fax 031 389 91 60
info@liguecancer.ch
www.liguecancer.ch
CP 30-4843-9

Ligne InfoCancer

tél. 0800 11 88 11
du lundi au vendredi
10-18 h
appel gratuit
helpline@liguecancer.ch
www.forumcancer.ch

Commande de brochures

tél. 0844 85 00 00
shop@liguecancer.ch

**Vos dons sont les bien-
venus.**

Brochure offerte par la Ligue contre le cancer: