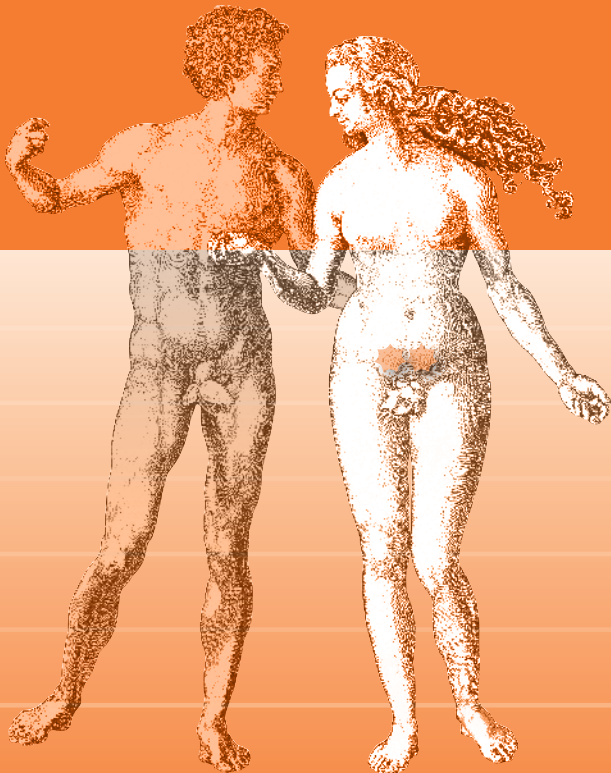




Le cancer de l'ovaire

Tumeurs ovariennes

**Un guide de la Ligue
contre le cancer
pour les personnes
concernées et leurs proches**



Impressum

_Editrice

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, Alexia Stantchev,
Ligue suisse contre le cancer, Berne

_Conseils scientifiques

Prof Patrick Petignat, médecin-spécialiste
FMH en gynécologie obstétrique et
oncologie gynécologique, Hôpitaux
Universitaires de Genève

_Texte

Ruth Jahn, journaliste scientifique, Zurich

_Traduction

Evelyne Carrel, Arzier VD

_Lecture-révision

Alexia Stantchev, Ligue suisse contre
le cancer, Berne

_Couverture

Adam et Eve, d'après Albrecht Dürer

_Illustrations

p. 9, 10, 11: Willi R. Hess, dessinateur
scientifique, Berne

_Photos

p. 4, 20, 28, 34, 38: ImagePoint SA, Zurich

_Design

Wassmer Graphic Design, Zäziwil

_Impression

Ast & Fischer AG, Köniz

Cette brochure est également disponible
en allemand et en italien.

© 2011, 2008, Ligue suisse contre
le cancer, Berne
2^e édition revue et corrigée

Sommaire

Editorial	5
Qu'est-ce que le cancer?	6
Le cancer de l'ovaire	8
Les ovaires et les organes voisins	8
La double fonction des ovaires	10
Les différents types de cancers de l'ovaire	11
Le cancer des trompes de Fallope	13
Le cancer du péritoine (ou cancer extra-ovarien)	13
Causes possibles et facteurs de risque	13
Symptômes possibles	15
Examens et diagnostic	16
Les stades de la maladie	18
Traitement du cancer de l'ovaire	21
Généralités	21
Effets indésirables	23
Répercussions sur la fertilité et la sexualité	24
Thérapie dans le cadre d'une étude clinique	25
Traitement de la tumeur primitive	25
Traitement des récurrences	27
Traitement de la douleur	29
Suivi médical et réadaptation	29
Méthodes thérapeutiques	30
Opération	30
Traitements médicamenteux	32
Médecines complémentaires	36
Vivre avec la maladie	37
Annexes	39



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'ovaire, des examens réalisés en vue de poser le diagnostic ainsi que du traitement. Le cancer des trompes de Fallope et les tumeurs du péritoine y sont également abordés.

Quand vous lirez ce texte, il se peut que vous ayez déjà été opérée de votre cancer. En présence d'une tumeur de l'ovaire, il est généralement 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.

Si le cancer de l'ovaire ne peut pas toujours être guéri, il est possible d'en ralentir l'évolution et d'en atténuer les symptômes de manière à préserver la qualité de vie.

La Ligue contre le cancer tient à votre disposition toute une série de brochures (voir p. 40) 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

Certains cancers, comme les cancers du sein, de l'utérus, de l'estomac ou de l'intestin, peuvent se propager et former des métastases dans les ovaires. Ces tumeurs secondaires nécessitent une prise en charge spécifique et ne figurent donc pas dans cette brochure.

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 cancer, les cellules cancéreuses forment des tumeurs dites «malignes», qui ont tendance à s'accroître et à se disséminer.

Certaines tumeurs, dites «bénignes», ne sont 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.

Des cellules envahissantes

Les tumeurs malignes, quant à elles, 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 de défense). 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 primaire 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, d'adénocarcinome ou de sarcome. Les carcinomes se développent à partir de cellules épithéliales (cellules de la peau, des muqueuses, ou encore des glandes dans le cas de l'adénocarcinome) alors que les sarcomes, beaucoup plus rares, se développent à partir de tissu conjonctif (tissu de soutien).

Les métastases peuvent se former dans toutes sortes d'organes (foie, poumons, os, cerveau). Pour différencier les métastases du cancer primitif, on procède à des examens histologiques (examen microscopique des tissus) et immunologiques (examen des gènes des cellules) 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.

Des causes très diverses

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 cancer, 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'ovaire (voir p. 13, 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'ovaire

Le cancer de l'ovaire se caractérise par une prolifération anarchique de cellules anormales, dites malignes, à partir de l'ovaire, où elles vont former une tumeur primaire.

Les ovaires et les organes voisins

Les ovaires, au nombre de deux, font partie du système génital féminin interne. Situés dans le petit bassin, de part et d'autre de l'utérus, à côté des trompes utérines (ou trompes de Fallope), ils sont de forme ovale et mesurent 4 cm de long sur 2,5 cm de large environ. Ils ne sont pas recouverts de péritoine mais par des cellules épithéliales qui forment une sorte de membrane que l'on appelle épithélium.

Le péritoine et l'épiploon (voir ci-après), qui ne figurent pas sur le schéma, peuvent également être touchés par une tumeur de l'ovaire.

Le péritoine

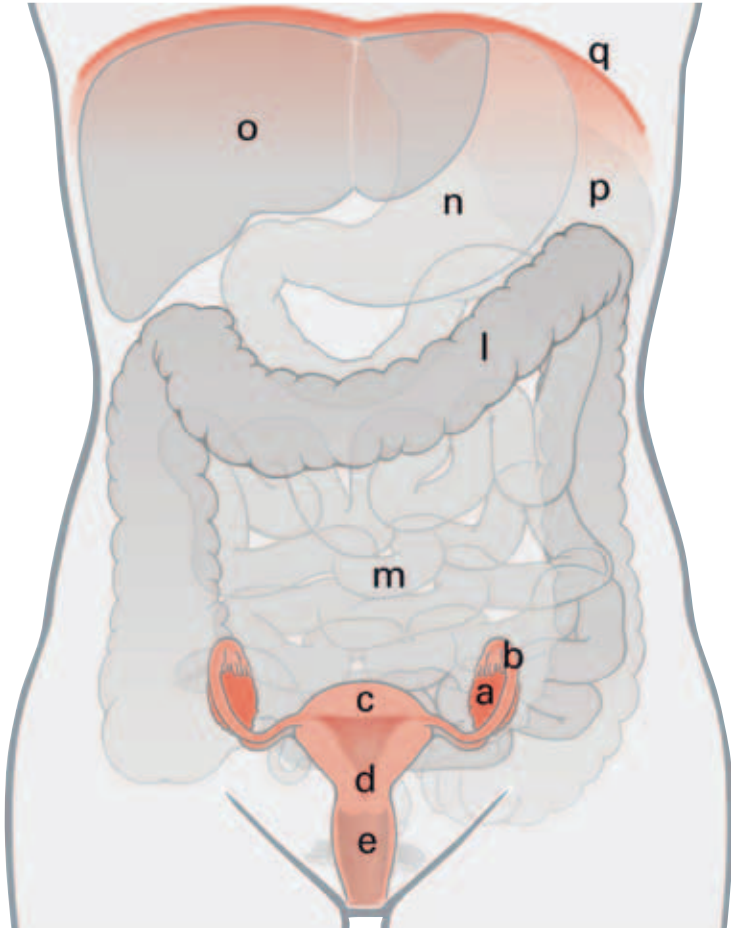
Couvrant une surface de 1,7 à 2 m², le péritoine est une membrane composée de deux minces feuillets. Le péritoine pariétal tapisse les parois de l'abdomen entre le

diaphragme et le bassin tandis que le péritoine viscéral recouvre l'ensemble des organes contenus dans la cavité abdominale: intestin, foie, rate, utérus, etc. Les ovaires sont les seuls organes de la cavité abdominale qui ne sont pas recouverts de péritoine.

Le péritoine assume principalement deux fonctions. D'une part, il joue un rôle important dans le système immunitaire en recueillant le liquide qui s'accumule dans la cavité abdominale et en l'acheminant dans le système lymphatique et sanguin. De l'autre, il sécrète une substance qui fait office de lubrifiant et qui évite les frottements entre les organes: le liquide péritonéal.

L'épiploon

Le grand épiploon, encore appelé omentum, est un repli du péritoine qui recouvre essentiellement l'intestin grêle et certaines parties du gros intestin. Riche en tissu adipeux ainsi qu'en vaisseaux sanguins et lymphatiques, il s'étend du diaphragme au nombril. Il joue un rôle important dans la régulation du liquide et dans les mécanismes de défense de la cavité abdominale (voir paragraphe sur le péritoine).



Ovaires et organes voisins

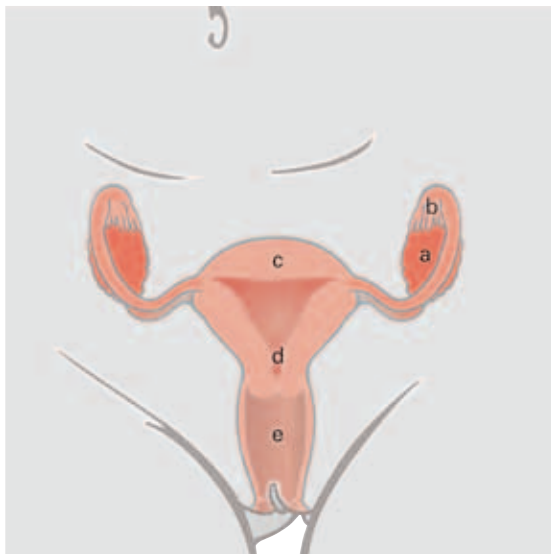
- | | | | |
|---|--------------------|---|----------------|
| a | Ovaire | m | Intestin grêle |
| b | Trompes de Fallope | n | Estomac |
| c | Utérus | o | Foie |
| d | Col de l'utérus | p | Rate |
| e | Vagin | q | Diaphragme |
| l | Gros intestin | | |

La double fonction des ovaires

Les ovaires font partie de l'appareil reproducteur féminin; ce sont les glandes génitales (gonades) de la femme. Ils assument une double fonction: d'une part, ils produisent et stockent les ovules en cours de maturation, de l'autre ils sécrètent la majeure partie des hormones sexuelles féminines (œstrogènes, progestérone, androgènes).

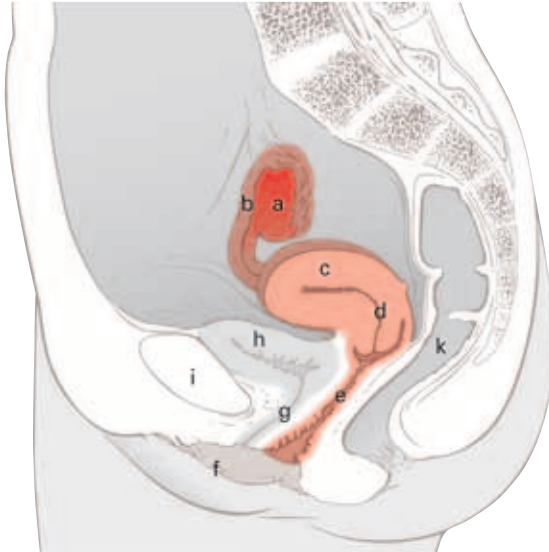
De la puberté à la ménopause, un ovule est libéré une fois par mois dans un des deux ovaires; c'est l'ovulation. Si l'ovule est fécondé au cours de son voyage à travers la trompe, il s'implante dans l'utérus où il poursuivra son développement sous forme d'embryon.

Si l'ovule n'est pas fécondé, l'endomètre (muqueuse qui tapisse l'utérus) préparé en vue d'assurer la nidation de l'œuf est expulsé de l'organisme, ce qui se traduit par l'apparition des règles (menstruations).



Ovaires et organes voisins

- a Ovaire
- b Trompes de Fallope
- c Utérus
- d Col de l'utérus
- e Vagin



- f Lèvres
- g Urètre
- h Vessie
- i Os du pubis
- k Rectum

Les différents types de cancers de l'ovaire

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

Tumeurs bénignes

Deux tumeurs ovariennes sur trois sont bénignes. La distinction entre tumeur maligne et bénigne n'est pas toujours facile à établir (voir encadré p. 12).

Carcinomes épithéliaux de l'ovaire (tumeurs épithéliales)

Ces tumeurs prennent naissance dans la couche de tissu extérieur qui enveloppe l'ovaire, le tissu épithélial; elles représentent 70% des cancers de l'ovaire.

Tumeurs «borderline»

Constituant un sous-groupe de tumeurs épithéliales, les tumeurs borderline représentent 15% des cancers de l'ovaire. C'est une forme intermédiaire entre tumeurs bénignes et tumeurs malignes, d'où leur nom (en anglais *borderline* = limite). Moins agressives et invasives (destructrices) que les carcinomes épithéliaux de l'ovaire, elles peuvent toutefois aussi se propager à la cavité abdominale.

Tumeurs des cordons sexuels et/ou du stroma

Ces tumeurs se développent aux dépens du stroma. Le stroma est un tissu de soutien qui enveloppe les ovules et où sont notamment produites les hormones œstrogènes et progestérone. Dotées d'un faible potentiel malin, ces tumeurs représentent 5 à 8% des cancers de l'ovaire.

(pelvis = bassin), les cellules cancéreuses de l'ovaire peuvent se propager directement dans l'utérus, les trompes, la vessie, l'intestin, la capsule de la rate ou du foie, par exemple. Elles se développent alors dans ces organes et forment des métastases. Le diaphragme, le péritoine et l'épilon (voir p. 8 ss) peuvent également être touchés.

Tumeurs des cellules germinales

Elles représentent environ 5% des cancers de l'ovaire. Elles se développent à partir des cellules des ovules contenus dans l'ovaire.

Par ailleurs, les cellules cancéreuses peuvent passer dans la circulation lymphatique ou sanguine et migrer pour former des métastases dans d'autres organes. Dans le cancer de l'ovaire, la surface du foie et la plèvre sont souvent touchés; les os et le cerveau le sont plus rarement.

Les ovaires étant situés à proximité immédiate d'autres organes de la cavité abdominale et pelvienne

Tumeurs bénignes des ovaires

Les différents tissus de l'ovaire peuvent également être affectés par des modifications cellulaires bénignes, notamment chez les femmes jeunes; deux tumeurs ovariennes sur trois sont bénignes. La limite entre tumeur bénigne et tumeur maligne n'est pas toujours facile à établir (voir aussi Tumeurs «borderline», p. 11).

On classe notamment parmi les tumeurs bénignes les kystes fonctionnels (boules remplies de liquide), les kystes dermoïdes (tératomes), les kystes endométriosiques et les fibromes (prolifération de tissu conjonctif). Suivant leur taille ou les troubles qu'ils entraînent, ceux-ci doivent être excisés (enlevés); il arrive aussi qu'ils régressent spontanément.

Le cancer des trompes de Fallope

Les causes et les facteurs de risque de ce cancer qui s'apparente à celui de l'ovaire du point de vue biologique demeurent mal connus. La prise en charge médicale et chirurgicale est identique à celle du cancer de l'ovaire.

Si le cancer des trompes de Fallope est relativement rare, le cancer de l'ovaire et d'autres tumeurs gynécologiques peuvent se propager aux trompes et y former des métastases.

Carcinose péritonéale

Un cancer de l'ovaire ou des trompes (ou d'un autre organe de l'abdomen) peut envahir le péritoine; on parle alors de carcinose péritonéale. Celle-ci peut toucher soit certaines parties du péritoine, soit l'ensemble de celui-ci, ce qui peut entraîner des complications graves.

Le cancer du péritoine (ou cancer extra-ovarien)

Dans 10 à 15% des cas, la tumeur peut avoir pour origine le péritoine pelvien (voir p. 8). Si tel est le cas, on parle de carcinome péritonéal. Il est pris en charge de la même manière que le cancer de l'ovaire et de la trompe.

Causes possibles et facteurs de risque

En ignore les causes exactes du cancer de l'ovaire. L'expérience et les études montrent seulement que certains facteurs et modes de vie peuvent parfois augmenter le risque d'être atteinte (voir également p.7). Par conséquent, il ne sert à rien de vous culpabiliser en pensant qu'un «mode de vie inapproprié» a pu provoquer votre maladie.

Facteurs de risque possibles:

- > âge (plus de 50 ans);
- > absence de grossesse, premières règles précoces, ménopause tardive (= facteurs augmentant le nombre d'ovulations);
- > facteurs génétiques (voir p. 14);

- > antécédents personnels de cancer du sein, de l'utérus ou de l'intestin;
 - > traitement hormonal de substitution prolongé;
 - > forte surcharge pondérale;
 - > substances toxiques (amiante p. ex.).
- > Le cancer colorectal héréditaire non polyposique (hereditary non-polyposis colorectal cancer, HNPCC) est également une prédisposition génétique qui peut accroître la probabilité d'être atteinte par un cancer de l'ovaire. Dans les familles concernées, on relève aussi un risque augmenté de cancer colorectal et de cancer de l'utérus.

Parmi les facteurs protecteurs possibles, on trouve les événements et les mesures qui réduisent le nombre d'ovulations au cours de l'existence: prise de la pilule contraceptive, grossesses, allaitement.

Facteurs génétiques

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

- > Des antécédents de cancer du sein ou de l'ovaire dans la famille, particulièrement chez des femmes jeunes, peuvent signaler l'existence d'une prédisposition génétique. Celle-ci est liée à une mutation des gènes BRCA1 et BRCA2 (de l'anglais BReast CAncer, cancer du sein).

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.

Fréquence

Chaque année, on enregistre quelque 600 nouveaux cas de cancer de l'ovaire en Suisse. Deux femmes sur dix ont moins de 50 ans au moment du diagnostic; quatre ont entre 50 et 69 ans, et quatre plus de 70 ans. Les deux ovaires sont atteints dans près de 50% des cas.

Symptômes possibles

Souvent, le cancer de l'ovaire ne provoque aucune douleur pendant une période prolongée, ce qui explique que, dans trois cas sur quatre, il est découvert à un stade avancé. Les symptômes ne deviennent perceptibles qu'à partir du moment où la tumeur a atteint une certaine taille et comprime les organes voisins ou lorsque le volume de l'abdomen augmente en raison d'une accumulation de liquide dans la cavité péritonéale (ascite).

Il est toutefois utile de préciser que la taille de la tumeur n'indique pas, à elle seule, si celle-ci est bénigne ou maligne. Un kyste bénin volumineux (voir p. 12) peut par exemple être douloureux sans être dangereux pour autant.

Symptômes possibles:

- > douleurs dans le bas-ventre quotidiennes et persistant plus de 3 à 4 semaines;
- > troubles digestifs, constipation;
- > manque d'appétit, sensation de satiété précoce, de ballonnement;

- > augmentation du volume de l'abdomen, due à une accumulation de liquide dans la cavité abdominale (ascite); celle-ci peut être liée à une atteinte du péritoine (voir p. 13);
- > perte de poids inexplicée (malgré un volume abdominal plus important);
- > essoufflement dû à l'accumulation de liquide dans l'abdomen ou dans les poumons (atteinte du péritoine ou de la plèvre);
- > dans certaines tumeurs des cordons sexuels et/ou du stroma (voir p. 12): troubles du cycle menstruel, saignements entre les règles.

Ces symptômes n'indiquent pas forcément la présence d'un cancer; ils peuvent également être liés à des affections bénignes. Un contrôle chez le médecin s'impose néanmoins, notamment en présence de facteurs de risque (voir p. 13 ss). En effet, plus une tumeur est détectée tôt, plus les possibilités de traitement sont bonnes et les chances de guérison élevées.

Chez 3 femmes sur 4, le cancer des ovaires n'est découvert qu'à un stade avancé.

Examens et diagnostic

Contrairement au cancer du sein ou au cancer du col de l'utérus, le cancer de l'ovaire est très difficile à détecter, car il n'existe pas de méthode de dépistage pour ce type de tumeur.

Le cancer de l'ovaire de stade précoce est parfois découvert fortuitement à l'occasion d'un contrôle de routine chez le gynécologue, d'investigations en relation avec une stérilité, d'une ligature des trompes ou d'une intervention chirurgicale dans l'abdomen.

Dans la plupart des cas, la tumeur a déjà atteint un stade avancé lorsqu'elle est diagnostiquée.

Lorsque le médecin suspecte un cancer de l'ovaire, il fait appel à différentes méthodes d'investigation pour établir un diagnostic précis:

- > Analyse des troubles ressentis (symptômes) et des maladies antérieures, suivi d'un examen physique.

Techniques d'imagerie médicale:

- > Echographie vaginale: pratiqué au moyen d'une sonde insérée dans le vagin, cet examen permet de visualiser les ovaires et les organes pelviens au moyen d'ultrasons. Il fournit des renseignements sur la localisation et l'extension de la tumeur, sur certaines de ses caracté-

ristiques, ainsi que sur la présence de liquide dans la cavité abdominale (ascite, voir p. 15).

- > Si la suspicion de cancer se confirme, le médecin pratique généralement un scanner (tomodensitomètre, basé sur l'emploi des rayons X) ou une IRM (imagerie par résonance magnétique, basée sur l'utilisation de champs magnétiques). Ces deux techniques permettent de connaître le degré d'infiltration des tissus voisins, de déterminer si les ganglions lymphatiques sont touchés et de déceler d'éventuelles métastases.
- > Les tumeurs d'un diamètre inférieur à 1 cm ne peuvent toutefois pas être détectées de manière fiable au moyen des méthodes citées ci-dessus.

Chirurgie diagnostique:

- > Seule une intervention chirurgicale (voir p. 30) suivie d'un examen histopathologique (examen du tissu sous microscope) permet de se prononcer sur le caractère bénin ou malin d'une tumeur de l'ovaire – et de définir son extension dans la cavité abdominale. Après avoir déterminé le stade la maladie (voir p. 18), le médecin pourra proposer un traitement adapté.

Examens de laboratoire:

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

Examens complémentaires possibles:

Suivant les résultats de ces examens, d'autres investigations peuvent se révéler nécessaires pour

voir si les organes voisins sont atteints. Il s'agit généralement d'endoscopies (introduction d'un tube souple muni d'une caméra miniaturisée qui permet d'examiner les endroits suspects):

- > Endoscopie du côlon (coloscopie)
- > Endoscopie de l'estomac (gastroscopie)
- > Endoscopie de la vessie (cytoscopie)

Dosage 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.

- > Le principal marqueur tumoral du cancer de l'ovaire porte le nom de CA 125.
- > Les marqueurs tumoraux AFP et HCG sont caractéristiques des tumeurs des cellules germinales, qui sont des cancers rares.

La présence ou l'absence de marqueurs tumoraux ne permet pas de confirmer ou d'exclure définitivement la présence d'une tumeur de l'ovaire. D'une part, le taux de marqueur tumoral est bas dans certains cancers de l'ovaire; de l'autre, un taux élevé peut être lié à d'autres maladies, par exemple une endométriose (prolifération de la muqueuse de l'utérus en dehors de celui-ci), une inflammation de l'intestin (diverticulite, appendicite), etc.

Par contre, 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 et lors des consultations de suivi.

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 définir les différents stades du cancer de l'ovaire et d'autres tumeurs gynécologiques, on utilise la classification de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO).

Celle-ci se rapproche de la classification internationale TNM, utilisée pour les autres 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 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.

I La tumeur est limitée aux ovaires

Ia Un ovaire est atteint; la capsule est intacte.

Ib Les deux ovaires sont atteints; la capsule est intacte.

Ic Un ovaire ou les deux ovaires sont atteints. Une ou les deux capsules sont rompues ou le liquide abdominal est atteint.

II Un ou les deux ovaires sont atteints; la tumeur s'est étendue au petit bassin

Ila Un ou les deux ovaires sont atteints; la tumeur s'est étendue à l'utérus ou aux trompes.

Ilb Un ou les deux ovaires sont atteints. La tumeur s'est étendue à d'autres organes du petit bassin (p. ex. rectum, vessie).

Ilc Comme Ila ou Ilb. Il y a des cellules cancéreuses dans le liquide abdominal (ascite).

III Un ou les deux ovaires sont atteints. La tumeur s'est étendue au-delà du petit bassin (métastases péritonéales) et/ou aux ganglions lymphatiques régionaux

IIIa Métastases péritonéales microscopiques (invisibles à l'œil nu)

IIIb Métastases péritonéales de moins de 2 cm

IIIc Métastases péritonéales macroscopiques (visibles à l'œil nu), ou dans les ganglions lymphatiques

IV Présence d'une maladie métastatique en dehors de la cavité abdominale (dans le poumon, l'intestin, le foie)

Les grades des tumeurs

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

On distingue les grades suivants

G1 Bien différencié: les cellules cancéreuses ressemblent encore fortement aux cellules saines de l'ovaire.

G2 Moyennement différencié: les cellules cancéreuses ressemblent encore un peu aux cellules saines de l'ovaire.

G3 Peu différencié: les cellules cancéreuses ne ressemblent presque plus aux cellules saines de l'ovaire.



Traitement du cancer de l’ovaire

Généralités

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

- > le type de tumeur (carcinome épithélial de l’ovaire, tumeur borderline, etc.);
- > le stade de la maladie (voir p. 18);
- > l’analyse du tissu cancéreux (voir p. 19, grade);
- > l’âge et l’état de santé général.

Méthodes de traitement

Pour traiter le cancer de l’ovaire, on a essentiellement recours à la chirurgie (opération) et au traitement médicamenteux (en général la chimiothérapie, plus rarement l’hormonothérapie ou un traitement à base d’anticorps).

On commence généralement par une intervention chirurgicale, puis on procède à une chimiothérapie. En cas de récurrence (nouvelle apparition de tumeur), on essaie habituellement de freiner la croissance de la tumeur par une chimiothérapie ou, plus rarement, en pratiquant une nouvelle opération.

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

Objectifs du traitement

Curatif: se dit d’un traitement qui vise à obtenir la guérison.

Palliatif: se dit d’un traitement qui atténue les symptômes d’une maladie ou freine sa progression sans obtenir de guérison.

Chaque fois que la situation le permet, on applique un traitement curatif. Pour le cancer de l’ovaire, les chances de guérison sont les plus grandes lorsque la tumeur peut être entièrement excisée (= enlevée) chirurgicalement (voir également p. 30).

Si la tumeur ne peut pas être enlevée complètement en raison de sa taille ou de sa localisation, une chimiothérapie peut permettre d’obtenir de bonnes chances de guérison. Lorsque des métastases sont déjà présentes dans d’autres organes, la guérison est plus difficile à obtenir.

Lors de récurrence après un premier traitement, il n’est en général plus possible de guérir de la maladie. 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 est *adjuvant* s'il est effectué après l'opération en vue d'éliminer d'éventuelles cellules cancéreuses résiduelles et pour diminuer le risque de récurrence (nouvelle apparition de tumeur) et de formation de métastases.

Un traitement *néo-adjuvant* précède l'opération. L'objectif est alors de réduire la taille de la tumeur afin de ménager au maximum les tissus environnants lors de l'intervention chirurgicale; il permet également de détruire des métastases microscopiques.

Planification du traitement

Le traitement est toujours planifié de façon interdisciplinaire. En d'autres termes, la situation initiale 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, oncologue médical, généticien, infirmière spécialisée).

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 qui vous suit 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.

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

Réfléchissez notamment aux points suivants:

- > L'hôpital est-il spécialisé dans le traitement du cancer de l'ovaire? L'expérience du chirurgien peut jouer un rôle déterminant (chances de guérison, espérance de vie).
- > Le traitement proposé est-il curatif ou palliatif (voir p. 21)? Peut-il prolonger l'espérance de vie et améliorer 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?
- > A quels autres troubles devez-vous vous attendre si d'autres organes (rate, intestin, p. ex.) sont atteints?
- > Le traitement vous permettra-t-il encore d'avoir des enfants? Aura-t-il des répercussions sur votre vie sexuelle?
- > Y-a-t-il un risque d'incontinence (émission involontaire d'urine ou de selles)?
- > 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 peut signifier 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 le chapitre «Méthodes thérapeutiques» (voir p. 30) 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. 40) 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

Dans le cadre de l'opération, le chirurgien enlève généralement les deux ovaires, les deux trompes et l'utérus. L'ablation des ovaires provoque une ménopause précoce, souvent accompagnée de troubles spécifiques; cela signifie que la femme n'aura plus de règles et qu'elle ne pourra plus avoir d'enfants.

L'intervention peut également avoir des répercussions sur la vie et le plaisir sexuels, ainsi que sur la perception corporelle.

Certains de ces troubles sont passagers et peuvent être traités. Vous pourrez peut-être bénéficier d'un traitement hormonal de substitution. Discutez avec votre médecin pour en connaître les bénéfices et les risques.

Chez les jeunes femmes qui souhaitent encore avoir un enfant, on peut parfois pratiquer une chirurgie dite conservatrice et laisser en place un ovaire avec la trompe associée et l'utérus. Ce type d'intervention est essentiellement possible pour les tumeurs des cellules germinales, les tumeurs borderline ou les carcinomes épithéliaux débutants (stade FIGO Ia, grade 1, voir p. 18).

Une fois la grossesse menée à terme, l'ablation de l'autre ovaire avec la trompe et l'utérus est recommandée afin d'éviter une récidive.

Avant votre traitement, il est indispensable que vous discutiez avec votre médecin des conséquences possibles de l'opération sur votre vie sexuelle et votre fertilité.

Cancer et sexualité

Pour en savoir plus sur la question, vous pouvez consulter la brochure «Cancer et sexualité au féminin» (voir annexes).

Thérapie 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. 41).

Traitement de la tumeur primitive

Les différents stades sont décrits de façon détaillée en page 18; les traitements sont pour leur part présentés à partir de la page 30.

Par tumeur primitive de l'ovaire, on entend une tumeur qui apparaît pour la première fois (par opposition aux récidives).

Carcinomes épithéliaux, cancer des trompes et du péritoine Stades précoces (FIGO I à IIa)

Aux stades précoces, les chances de guérison sont bonnes. Le traitement est essentiellement chirurgical et consiste à enlever un maximum de tissu cancéreux; il est généralement suivi d'une chimiothérapie. Dans de rares cas il sera possible de renoncer à ce traitement adjuvant.

L'intervention consiste à enlever les deux ovaires avec les trompes, de même que l'utérus et les autres tissus atteints (ganglions lymphatiques, épiploon et appendice ...).

Si la femme souhaite encore avoir des enfants et que la tumeur est découverte à un stade précoce on peut envisager un traitement chirurgical qui conserve la fertilité. Cela augmente toutefois le risque de récurrence dans l'ovaire restant.

Après les grossesses désirées, il faudra réaliser un traitement chirurgical complémentaire.

Stades avancés FIGO IIb à IV

Aux stades avancés de la maladie, on peut entreprendre le traitement de différentes manières.

Le chirurgien peut procéder d'abord à une intervention chirurgicale visant à enlever complètement les zones touchées. Cette opération comporte en général l'ablation des deux ovaires, des trompes, de l'utérus et des autres tissus atteints, ganglions lymphatiques, épiploon, appendice, ainsi que d'autres organes aussi si la maladie est plus étendue. On procédera à une chimiothérapie dans un deuxième temps.

Si la tumeur n'est pas opérable ou que le risque opératoire est trop grand, on peut procéder à une chimiothérapie néo-adjuvante. Après 3 cycles de chimiothérapie, on procédera à la chirurgie puis on complétera la chimiothérapie.

Tumeurs borderline

Si les tumeurs borderline sont moins agressives que les carcinomes épithéliaux de l'ovaire, elles n'en doivent pas moins être enlevées elles aussi. En revanche, une chimiothérapie n'est généralement pas nécessaire après l'opération.

Au cours de l'intervention, le chirurgien procède généralement à l'ablation des ovaires, des trompes et de l'utérus. L'opération peut, dans certaines conditions, être limitée à un seul ovaire, de manière à préserver la fonction reproductrice.

Tumeurs des cordons sexuels et/ou du stroma

Ces tumeurs sont excisées chirurgicalement. Au stade FIGO Ia, on enlève en général uniquement l'ovaire atteint, ce qui permet de préserver la fonction reproductrice.

En l'absence de cellules cancéreuses résiduelles, on renonce généralement à une chimiothérapie postopératoire.

Tumeurs des cellules germinales

Pour ces tumeurs, si la patiente souhaite avoir des enfants, on enlève si possible uniquement l'ovaire atteint. De la sorte, la fonction reproductrice peut souvent être préservée chez les femmes jeunes.

Suivant les cas, l'opération est suivie d'une chimiothérapie combinant deux à trois substances actives différentes.

Dans de rares cas, on a aussi recours à la radiothérapie. Pour en savoir plus sur cette méthode thérapeutique, vous pouvez vous reporter à la brochure «La radiothérapie» (voir annexes).

Traitement des récurrences

Les différentes méthodes thérapeutiques sont décrites de manière plus détaillée à partir de la page 30.

Les tumeurs de l'ovaire, et plus particulièrement les carcinomes épithéliaux, réapparaissent souvent, même après un traitement réussi; on parle de récurrence.

Le traitement dépend de l'intervalle qui s'est écoulé entre la fin du dernier traitement et la réapparition de la tumeur; il est également choisi en fonction de l'état général de la patiente et de l'objectif visé.

Carcinomes épithéliaux, cancer des trompes et du péritoine

Récurrence précoce

Si la tumeur récidive dans les six mois après la fin du traitement (opération, chimiothérapie) ou si la tumeur résiduelle n'a pas régressé, on est en présence d'une tumeur résistante au platine. Cela signifie que la tumeur ne réagit pas suffisamment à la chimiothérapie standard à base de platine.

On opte alors pour un cytotatique basé sur une substance active autre que le platine.

Dans le cadre d'études cliniques (voir p. 25), on peut envisager, sous certaines conditions, un traitement à base d'anticorps ou une hormonothérapie. Renseignez-vous auprès de votre médecin pour en savoir plus sur cette possibilité.

Récurrence tardive

Si une récurrence survient plus de six mois après la fin du dernier traitement, on est en présence d'une tumeur sensible au platine. On peut à nouveau la traiter avec un cytotatique à base de platine, généralement associé à un cytotatique du groupe des taxanes.

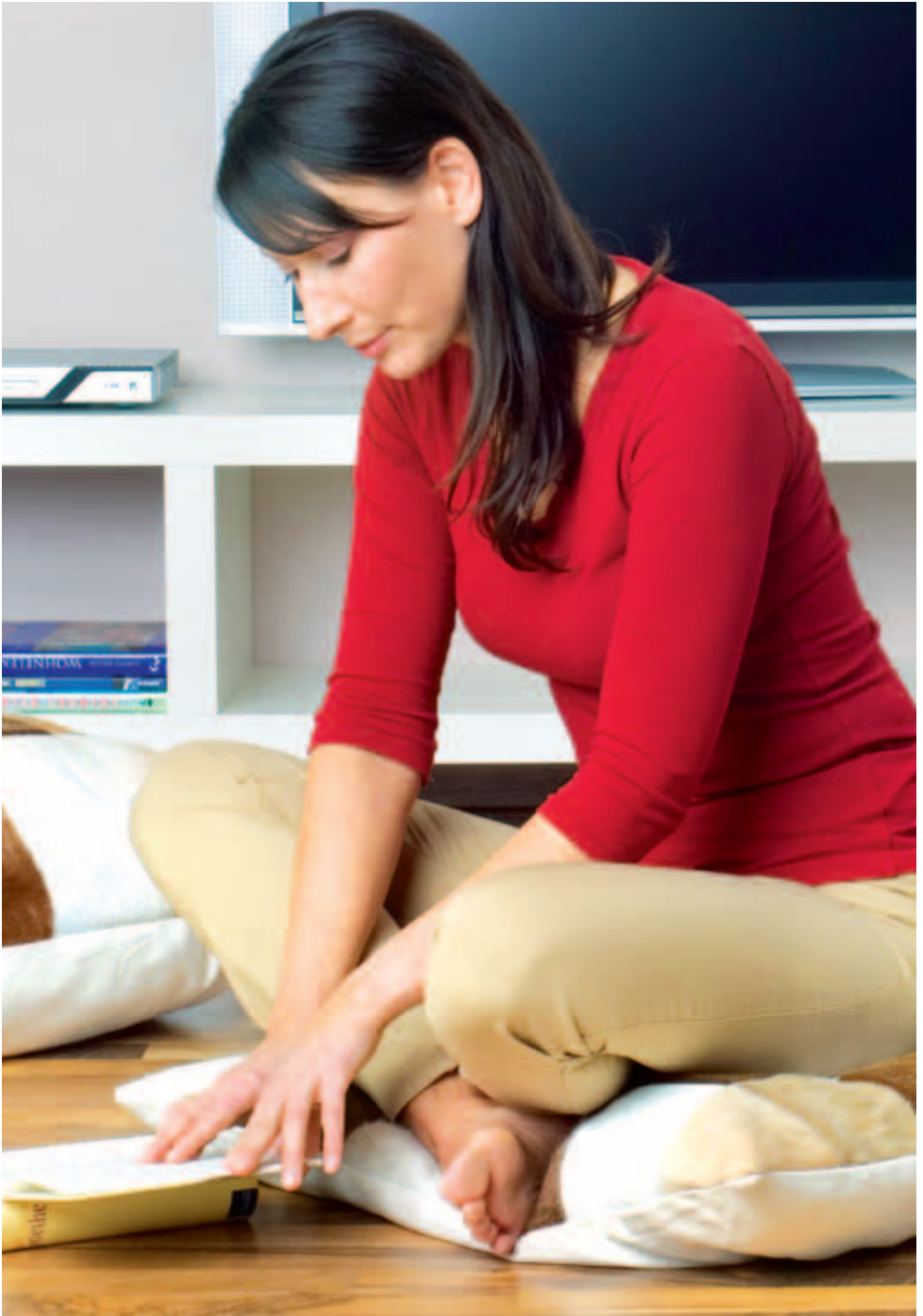
Dans certains cas, on peut envisager de pratiquer une opération avant la chimiothérapie pour réduire le foyer cancéreux ou l'éliminer complètement.

Tumeurs borderline

Tumeurs des cordons sexuels et/ou du stroma

Ces tumeurs récidivent rarement; si elles réapparaissent, c'est généralement après plusieurs années. En règle générale, une nouvelle opération est alors nécessaire.

Il est recommandé de poursuivre les contrôles (voir p. 29, Suivi médical) pendant plus de dix ans.



Tumeurs des cellules germinales

En cas de récurrence, on procède souvent directement à une nouvelle chimiothérapie. Pour certains types de tumeurs des cellules germinales, une radiothérapie peut entrer en ligne de compte. Pour en savoir plus sur cette méthode thérapeutique, vous pouvez vous reporter à la brochure «La radio-oncologie» (voir p. 40).

Traitement de la douleur

À un stade avancé, le cancer de l'ovaire 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 abattre, il est important de ne pas les taire ou de ne pas les supporter sans rien dire, mais d'exploiter 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, 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. 40).

Suivi médical et réadaptation

Après le traitement, vous devrez vous soumettre à des contrôles rapprochés les premiers temps. Ces examens visent à détecter 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 englobe également les conseils psychoncologiques 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'ovaire, le médecin vous proposera généralement un contrôle tous les trois mois. Par la suite, un contrôle tous les six à douze mois suffit.

Le but de ces contrôles est également de dépister et de traiter à temps une récurrence de l'ancienne tumeur, une nouvelle tumeur ou des métastases.

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

Méthodes thérapeutiques

Les méthodes décrites ci-après ne sont pas forcément toutes utilisées dans le cadre du traitement. 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'ovaire, 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).
- > Enlever si possible toute la tumeur ou au moins la réduire et exciser les ganglions lymphatiques atteints pour que la chimiothérapie puisse se faire dans des conditions optimales (augmentation de l'espérance de vie).

- > Atténuer les symptômes tels que douleurs dans le bas-ventre, troubles digestifs, troubles urinaires, difficultés respiratoires, etc.

Selon l'âge de la patiente et son désir, le chirurgien s'efforce de conserver la fonction reproductrice. Malheureusement, cette possibilité est limitée à des cas bien précis: stade précoce, tumeur peu agressive et croissant lentement.

Une intervention importante

Pour accéder à la tumeur, le chirurgien ouvre l'abdomen et pratique une incision qui va du nombril jusqu'au pubis afin de pouvoir explorer toute la cavité abdominale pour repérer les foyers cancéreux. Cette opération, appelée laparotomie, dure généralement plusieurs heures et devrait être pratiquée dans un hôpital spécialisé dans ce type d'interventions.

Laparoscopie: une chirurgie moins invasive

La chirurgie laparoscopique permet d'opérer en effectuant seulement de petites incisions dans la cavité abdominale. Après l'avoir remplie de gaz afin de dégager un espace de travail, le chirurgien peut alors travailler à l'aide de longs instruments. Certains cancers de l'ovaire peuvent être opérés par voie laparoscopique, notamment dans les stades précoces ou pour confirmer le diagnostic.

Avant l'opération, le chirurgien discutera avec vous pour vous informer de l'ampleur estimée 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.

Il adaptera 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 principe, les deux ovaires avec les trompes (salpingo-ovariectomie ou annexectomie);
- > l'utérus (hystérectomie);
- > l'épiploon (résection chirurgicale de l'épiploon ou omentectomie);

- > les ganglions lymphatiques voisins le long des veines du bassin (lymphadénectomie pelvienne) et de la veine cave/aorte (lymphadénectomie para-aortique);
- > l'appendice (appendicectomie);
- > les parties atteintes du péritoine (voir p. 19), de l'intestin, de la vessie ou de la rate.

Le liquide qui aurait pu s'accumuler dans l'abdomen (ascite, voir p. 15) est ponctionné et analysé pour voir s'il contient des cellules cancéreuses.

Examen de tissu (histologie)

Les prélèvements effectués sont examinés au microscope pendant l'opération. Cet examen (examen extemporané) permet de préciser ou de confirmer le diagnostic et de déterminer le type de tumeur et ses caractéristiques (voir p. 11 ss).

Résection

Les chances de guérison sont plus élevées lorsque la tumeur a pu être enlevée complètement. La réussite de l'opération détermine les traitements complémentaires. Après l'opération – on parle aussi de résection (du latin *resectio* = couper) –, on examine s'il reste des résidus de tumeur. La lettre R (pour résiduel) indique le degré de résection de la tumeur:

R0 Pas de tumeur résiduelle

R1 Tumeur résiduelle d'un diamètre inférieur à 2 cm

R2 Tumeur résiduelle d'un diamètre supérieur à 2 cm

Suivant le résultat, le chirurgien poursuit l'intervention en procédant aux mesures qui s'imposent (intervention en un temps).

Si le résultat ne permet pas de se prononcer clairement, il est possible qu'une deuxième opération soit nécessaire (intervention en deux temps). Certains prélèvements doivent d'abord être soumis à des analyses de laboratoire plus approfondies pour déterminer les organes ou parties d'organes qu'il faudra enlever et ceux qui pourront être laissés en place.

Suites opératoires courantes

- > 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. L'œdème lymphatique est une enflure douloureuse due à la rétention de liquide dans les tissus lorsque la lymphe ne peut plus s'écouler normalement. Après une opération d'un cancer de l'ovaire, 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

en cas de cancer» (voir p. 40); renseignez-vous également auprès de votre équipe soignante.

- > L'opération peut provoquer des troubles du transit intestinal et des troubles de la miction pendant quelque temps.
- > Dans de rares cas, il est nécessaire de pratiquer une dérivation intestinale ou urinaire provisoire ou définitive (stomie). Vous trouverez de plus amples informations sur le sujet dans les brochures «La colostomie», «L'iléostomie» et «L'urostomie» (voir p. 41).
- > L'ablation des ovaires entraîne une ménopause précoce (cessation définitive de l'ovulation et des règles), souvent accompagnée de troubles spécifiques. Ceux-ci pouvant généralement être traités (voir aussi p. 24), vous ne devez pas hésiter à en parler à votre gynécologue ou à votre oncologue.

Traitements médicamenteux

Chimiothérapie (cystostatiques)

La chimiothérapie repose sur l'emploi de médicaments qui détruisent les cellules cancéreuses ou en inhibent la croissance: les cystostatiques (du grec *zyto* = cellule et *statikós* = arrêté). 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 ces produits, 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. Mais, 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'ovaire, on en combine généralement deux différents (voir encadré). On parle de polychimiothérapie ou de traitement combiné, par opposition à la monochimiothérapie, qui repose sur l'emploi d'un seul médicament.

- > La chimiothérapie commence 2 à 3 semaines après l'opération; le traitement se fait généralement de façon ambulatoire.
- > En général, les cytostatiques sont administrés par voie intraveineuse en six cycles entrecoupés d'une pause de trois semaines.
- > Dans le cadre d'études cliniques (voir p. 25), on examine actuellement si une administration locale de cytostatiques pourrait apporter un bénéfice aux patientes en augmentant l'efficacité de la thérapie. Dans cette forme de traitement, les médicaments ne sont pas administrés par

Cytostatiques à base de platine et taxanes (traitement combiné)

Les cytostatiques utilisés pour lutter contre le cancer de l'ovaire sont essentiellement des dérivés du platine, un métal précieux, et des taxanes. Ces dernières sont tirées de l'écorce de l'if du Pacifique (*Taxus brevifolia*) ou produites par synthèse.



voie intraveineuse, mais injectés directement dans la cavité abdominale (chimiothérapie intrapéritonéale).

Effets indésirables possibles

- > Modification du nombre et de la proportion de globules sanguins, ce qui peut augmenter le risque d'infection ou d'hémorragie et entraîner un état de fatigue général;
- > nausées et vomissements, inflammation des muqueuses, notamment dans la bouche, altération du goût;
- > chute de cheveux;
- > réactions allergiques telles que difficultés respiratoires, frissons, troubles cardiovasculaires, démangeaisons, éruptions cutanées;
- > troubles au niveau des voies rénales et urinaires;
- > douleurs articulaires et musculaires, fourmillements et autres troubles de la sensation, syndrome main-pied (rougeur et enflure douloureuse de la paume des mains et/ou de la plante des pieds);
- > acouphène (tintement d'oreille), problèmes auditifs et troubles de la vue.

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. 23 ss); il existe en effet des moyens efficaces pour limiter la plupart d'entre eux.

Hormonothérapie (thérapie antihormonale)

La croissance de certaines tumeurs de l'ovaire peut être favorisée par des hormones. L'hormonothérapie vise à entraver la formation de ces hormones ou à les empêcher d'agir pour freiner la croissance des cellules cancéreuses. Elle peut donc, dans certains cancers de l'ovaire, remplacer les cytostatiques. D'après les connaissances actuelles, elle est moins efficace que le traitement médicamenteux, mais elle a des effets secondaires moins prononcés. Votre médecin traitant vous fournira les informations nécessaires sur le sujet.

La thérapie antihormonale est généralement utilisée pour traiter une récurrence d'un cancer de l'ovaire lorsqu'une nouvelle chimiothérapie n'est plus efficace ou lorsque la patiente ne supporte pas ou refuse le traitement à base de cytostatiques.

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. 24) utilisé à la ménopause, qui augmente le taux d'hormones.

Traitement à base d'anticorps

Pour éviter ou retarder une récurrence d'un cancer de l'ovaire, certains essais cliniques (voir p. 25) évaluent l'utilisation de traitements à base d'anticorps. Les anticorps font partie du système immunitaire et sont activés en réaction à l'irruption d'un «intrus» (bactérie, virus, parfois aussi cellules cancéreuses, etc.). Fabriqués aujourd'hui en laboratoire, les anticorps se lient sélectivement aux récepteurs situés à la surface des cellules cancéreuses, qu'ils bloquent, interrompant ainsi la croissance de la cellule tumorale.

Médicaments d'accompagnement

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

- > Médicaments contre les nausées et les vomissements

- > Bains de bouche ou sprays, en cas de plaie ouverte dans la bouche
- > Antibiotiques contre les infections bactériales
- > Antimycosique
- > Transfusion sanguine en cas d'anémie ou transfusions de plaquettes sanguines lors de risque d'hémorragie
- > Analgésiques (voir aussi p. 29)
- > Médicaments favorisant la formation des globules blancs

Médecines complémentaires

Les méthodes complémentaires peuvent améliorer le bien-être et la qualité de vie pendant et après le traitement; mais elles ne peuvent ni ne doivent en aucun cas remplacer les traitements classiques. En discutant personnellement avec votre équipe soignante, vous pourrez 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.

Pour en savoir plus ...

Voir aussi brochures dans les annexes.

Vivre avec la maladie

Les progrès réalisés ces dernières décennies ont 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, à la ligue contre le cancer de votre région, à votre médecin de famille ou au service social de l'hôpital. Ils pourront vous conseiller et vous prescrire au besoin des mesures remboursées par la caisse-maladie.



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. Elle vous donnera aussi toutes les indications nécessaires concernant des méthodes complémentaires susceptibles d'améliorer votre bien-être ou de contribuer à votre réadaptation.

Votre ligue cantonale contre le cancer

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

Guide du cancer

Le «Guide du cancer» de la Ligue contre le cancer est un répertoire en ligne des offres psychosociales et des prestations de nature non médicale qui visent à préserver ou à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer. Disponible à l'adresse www.liguecancer.ch/guidecancer.

La Ligne InfoCancer 0800 11 88 11

Au bout du fil, une professionnelle de la santé vous écouterait, vous proposerait des solutions et répondrait avec précision à vos questions sur la maladie et son traitement. L'appel et les renseignements sont gratuits.

Forums de discussion

Entrer en contact avec des personnes qui ont traversé des épreuves semblables peut redonner du courage. Il faut cependant toujours garder à l'esprit que ce qui a aidé un tel ne conviendra pas forcément à votre situation: il existe sur Internet des forums de discussion sur le thème du cancer, notamment le forum de la Ligue contre le cancer en Suisse www.forumcancer.ch, géré par la Ligne InfoCancer. Vous pouvez aussi vous rendre sur le forum de la Ligue française contre le cancer: www.ligue-cancer.asso.fr.

Groupes d'entraide

Ils favorisent l'échange d'informations et d'expériences. Bien des choses paraissent nettement plus simples quand on en discute avec des personnes confrontées à des difficultés similaires.

Les assurances

Les frais des 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.

En cas de conseils ou de traitements supplémentaires non médicaux, la prise en charge par l'assurance obligatoire ou l'assurance complémentaire n'est pas garantie. Il faut donc s'informer auprès de son assurance, ou demander à son médecin de famille, au médecin traitant ou à l'hôpital de le faire. La ligue contre le cancer de votre canton peut également vous soutenir dans ces démarches.

La conclusion d'une assurance complémentaire et de certaines assurances vie est parfois liée à des réserves pour les personnes qui souffrent d'un cancer.

Pour de plus amples informations sur la problématique des assurances, nous vous invitons à consulter la brochure «Cancer: prestations des assurances sociales» (voir ci-dessous).

Brochures de la Ligue contre le cancer

- > **Les traitements médicamenteux des cancers**
(chimiothérapie, thérapie antihormonale, immunothérapie)
- > **La radiothérapie**
- > **Vivre avec le cancer, sans douleur**
- > **Fatigue, à nous deux**
Identifier les causes, trouver des solutions
- > **Difficultés alimentaires en cas de cancer**
- > **L'œdème lymphatique en cas de cancer**
- > **Activité physique et cancer**
Retrouver confiance en son corps grâce au mouvement
- > **Parallèles? Complémentaires?**
Risques et bénéfices des méthodes non vérifiées en oncologie
- > **Soigner son apparence durant et après la thérapie**
Peau, coiffure, couleurs et vêtements: les conseils de la Ligue contre le cancer
- > **Cancer et sexualité au féminin**
- > **Cancer et sexualité au masculin**
- > **Accompagner un proche atteint de cancer**
Suggestions et conseils pour les parents et amis des personnes touchées
- > **Comment aider son enfant?**
Quand Papa ou Maman a un cancer
- > **Cancer: prestations des assurances sociales**
- > **Découvrir de nouveaux horizons**
Stages de réadaptation
- > **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)

- > **La colostomie**
- > **L'iléostomie**
- > **L'urostomie**

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

- > **Directives anticipées en cas de cancer**
 Guide pratique et formulaire fr. 18.–
 ou téléchargement gratuit sur
www.liguecancer.ch/directives-anticipees

Commandes

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

Vous trouverez toutes les brochures de la Ligue contre le cancer sur www.liguecancer.ch/brochures. La plupart vous seront remises gratuitement et vous pouvez également les télécharger. La Ligue suisse contre le cancer et votre ligue cantonale peuvent vous les offrir grâce au soutien de leurs donateurs.

Autres brochures

Thérapie anticancéreuse dans le cadre d'une étude clinique

A commander auprès du Groupe suisse de recherche clinique sur le cancer (SAKK), tél. 031 389 91 91, sakkcc@sakk.ch, www.sakk.ch → Patients → Brochure destinée aux patients.

(Remarque: l'édition 2009 n'est pas encore disponible en français).

Sites Internet

(par ordre alphabétique)

www.cancer.ca

Site de la Société canadienne du cancer.

www.espacecancer.chuv.ch

Site du CHUV de Lausanne.

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 suisse contre le cancer.

www.ligue-cancer.asso.fr

Site de la Ligue française contre le cancer.

En anglais

www.cancer.gov

National Cancer Institute USA.

www.cancer.net

American Society of Clinical Oncology.

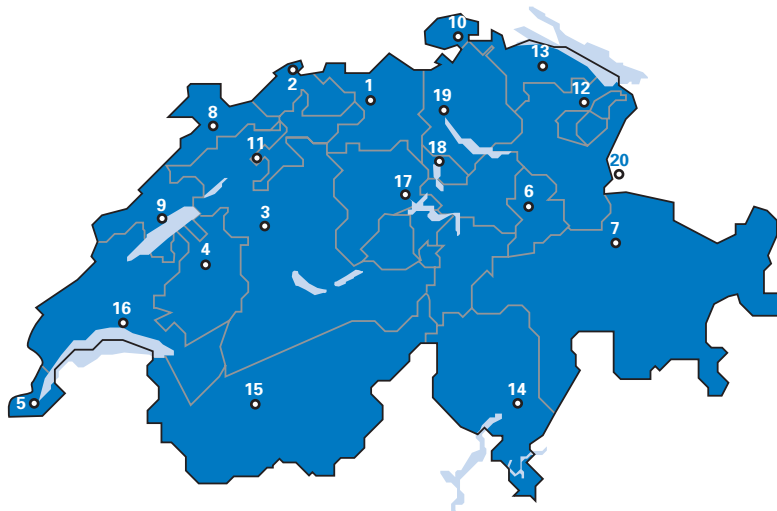
www.macmillan.org.uk

A non-profit cancer information service.

Sources

Les publications et sites Internet mentionnés dans cette brochure ont également servi de sources pour sa rédaction. Ils correspondent pour l'essentiel aux critères de qualité de la fondation «La Santé sur Internet» (voir Charte sur 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.klbb.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
www.krebssliga-glarus.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 des Moulins 12
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-Appenzell**

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 027 970 33 34
info@krebssliga-wallis.ch
www.krebssliga-wallis.ch
CP/PK 19-340-2

16 Ligue vaudoise contre le cancer

Place Pépinet 1, 1003 Lausanne
tél. 021 623 11 11
fax 021 623 11 10
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

Forum

www.forumcancer.ch,
le forum Internet de la
Ligue contre le cancer

Guide du cancer

www.liguecancer.ch/
guidecancer, le répertoire
Internet de la Ligue contre
le cancer avec les offres
de soutien psychosocial
(conseils, cours, etc.)
en Suisse

Ligne stop-tabac

tél. 0844 000 181
max. 8 cts/min.
(sur réseau fixe)
du lundi au vendredi
11–19 h

Brochures

tél. 0844 85 00 00
boutique@liguecancer.ch
www.liguecancer.ch/
brochures

**Vos dons sont les
bienvenus.**

Votre Ligue contre le cancer: