

Les traitements des cancers de l'ovaire

COLLECTION
GUIDES PATIENTS

LES OVAIRES

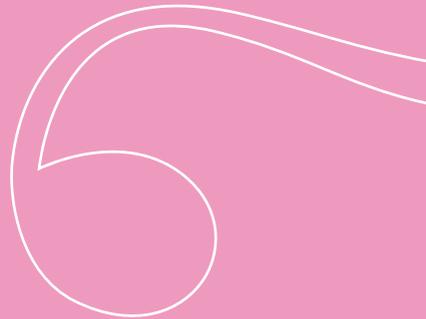
LE CHOIX DES TRAITEMENTS

LA CHIRURGIE

LA CHIMIOTHÉRAPIE

LES PROFESSIONNELS

LA VIE QUOTIDIENNE



L'Institut National du Cancer est l'agence nationale sanitaire et scientifique chargée de coordonner la lutte contre le cancer en France.

Ce guide a été publié en novembre 2010 avec le soutien financier de la Ligue nationale contre le cancer.



CE DOCUMENT S'INSCRIT DANS LA MISE
EN ŒUVRE DU PLAN CANCER 2009-2013

Mesure 19

Action 19.5 : Rendre accessible aux patients une information de référence sur les cancers afin d'en faire des acteurs du système de soins.

Ce document doit être cité comme suit © *Les traitements des cancers de l'ovaire*, collection Guides patients Cancer info, INCa, novembre 2010.

Il peut être reproduit ou diffusé librement pour un usage personnel et non destiné à des fins commerciales ou pour des courtes citations. Pour tout autre usage, il convient de demander l'autorisation auprès de l'INCa en remplissant le formulaire de demande de reproduction disponible sur le site www.e-cancer.fr ou auprès du département communication institutionnelle de l'INCa à l'adresse suivante : diffusion@institutcancer.fr



Vous avez appris que vous avez un cancer de l’ovaire. La survenue de cette maladie provoque d’importants bouleversements. Elle s’accompagne aussi sans doute de nombreuses questions. En essayant d’y répondre concrètement, ce guide a pour objectif de vous accompagner dans la période des traitements qui commence.

Il explique les traitements qui peuvent vous être proposés, la façon dont ils sont choisis, leurs buts, leur déroulement, leurs effets secondaires. Il décrit le rôle des différents professionnels que vous rencontrez. Il aborde aussi les conséquences immédiates de la maladie sur la vie quotidienne : mise en ALD (affection longue durée), activité professionnelle, aides à domicile, soutien psychologique, rôle des proches...

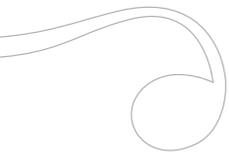
Enfin, un glossaire définit les mots que vous entendrez peut-être au cours de vos traitements. Ils sont identifiés par un astérisque (*) dans le texte.

Toutes les informations médicales sont issues des recommandations de bonne pratique en vigueur et ont été validées par des spécialistes du cancer de l’ovaire.

Ce guide présente la prise en charge des formes les plus fréquentes de cancers de l’ovaire, qui sont les adénocarcinomes. Les formes plus rares (tumeurs germinales malignes, tumeurs des cordons sexuels et du stroma et tumeurs frontières) sont abordées de façon succincte dans un chapitre spécifique, « La prise en charge des cancers rares de l’ovaire », page 45.

La prise en charge des cancers de l’ovaire liés à une mutation génétique BRCA1/BRCA2 fait l’objet d’un guide d’information spécifique (à paraître).

Les informations proposées ici peuvent ne pas s’appliquer précisément à votre situation qui est unique et connue de vous seule et des médecins qui vous suivent. Elles décrivent les situations et les techniques les plus couramment rencontrées mais n’ont pas valeur d’avis médical. Ces informations sont destinées à faciliter vos échanges avec les médecins et les membres de l’équipe soignante. Ce sont vos interlocuteurs privilégiés, n’hésitez pas à leur poser des questions.



Points clés

- Les cancers de l’ovaire se développent à partir des cellules qui composent les ovaires. Dans 90 % des cas, c’est la surface externe des ovaires (cellules épithéliales) qui est touchée. On parle d’adénocarcinome.
- Chaque cancer est unique et se définit notamment en fonction de son type histologique (type de cellules impliquées), de son stade (jusqu’où les cellules cancéreuses se sont-elles propagées ?), et de son grade, c’est-à-dire son degré d’agressivité.
- Le choix des traitements est adapté à votre situation. Plusieurs médecins de différentes spécialités se réunissent pour évaluer les différentes options de traitements possibles dans votre cas, en prenant en compte les caractéristiques de la maladie, mais également votre âge et votre état de santé général.
- Le traitement des cancers de l’ovaire repose principalement sur la chirurgie, qui vise à supprimer la totalité de la tumeur et ses éventuelles extensions en dehors des ovaires. Dans la grande majorité des cas, il est recommandé de retirer les deux ovaires, les deux trompes de Fallope et l’utérus. D’autres organes proches des ovaires peuvent également être retirés si le cancer s’y est étendu. Des échantillons de tissus sont systématiquement prélevés à différents endroits de l’abdomen, afin de les analyser et de préciser le degré d’extension du cancer. Dans des cas plus rares, une chirurgie conservatrice peut être envisagée. Elle consiste à laisser en place un ovaire, une trompe de Fallope et l’utérus, afin de rendre possibles les grossesses ultérieures.

- Une chimiothérapie peut être nécessaire, soit avant la chirurgie pour réduire la taille de la tumeur et faciliter son extraction, soit après la chirurgie, pour la compléter et limiter les risques de récurrence.
- Lorsqu'une chirurgie ne peut être envisagée à cause de l'étendue trop importante de la tumeur, la chimiothérapie est le traitement principal du cancer.
- Votre prise en charge est globale et comprend non seulement le traitement du cancer lui-même, mais aussi le traitement, voire la prévention lorsque cela est possible, des effets secondaires de la maladie et des traitements, notamment la fatigue, la douleur ou la souffrance morale.
- Votre prise en charge est réalisée par une équipe spécialisée, dans un établissement de soins autorisé à traiter les cancers. L'équipe qui vous prend en charge comprend des professionnels de différentes spécialités : gynécologue, oncologue médical, chirurgien, pathologiste, psychiatre, psychologue, spécialiste de la douleur, infirmier, kinésithérapeute, aide-soignant, diététicien, assistant social... Ces professionnels travaillent en collaboration au sein de l'établissement de santé dans lequel vous recevez vos traitements et en lien avec votre médecin traitant.

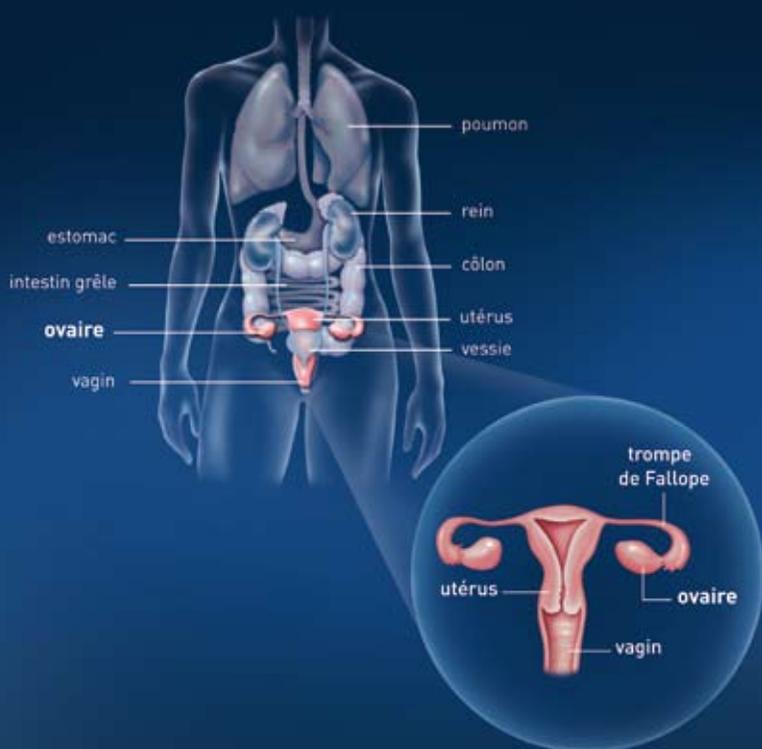


Sommaire

1.	Un cancer de l'ovaire, qu'est-ce que c'est ?	9
1.1	Rôle et anatomie des ovaires	9
1.2	Comment le cancer de l'ovaire se développe-t-il ?	11
2.	Les traitements des cancers de l'ovaire	13
2.1	Le choix de vos traitements en pratique	13
2.2	Les traitements possibles en fonction de l'étendue du cancer	15
2.3	Participer à un essai clinique	19
2.4	La prise en charge de la qualité de vie	20
3.	La chirurgie	23
3.1	Comment se préparer à l'intervention ?	23
3.2	Les voies d'abord ou comment accéder à la tumeur	24
3.3	Comment se déroule l'intervention ?	25
3.4	Que se passe-t-il après l'intervention ?	27
3.5	Quels sont les effets secondaires possibles ?	28
4.	La chimiothérapie	31
4.1	Dans quels cas une chimiothérapie est-elle indiquée ?	31
4.2	Quels sont les médicaments anticancéreux utilisés ?	32
4.3	Comment se déroule le traitement en pratique ?	32
4.4	La chimiothérapie intrapéritonéale	35
4.5	La chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale	35
4.6	Les effets secondaires de la chimiothérapie	36
4.7	Les effets secondaires de la chimiothérapie intrapéritonéale	41
4.8	Les effets secondaires de la chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale	42

5.	La prise en charge des cancers rares de l’ovaire	45
5.1	Les tumeurs germinales malignes	45
5.2	Les tumeurs du stroma et des cordons sexuels	46
5.3	Les tumeurs frontières (ou <i>borderline</i>)	47
6.	Les professionnels et leur rôle	49
7.	Questions de vie quotidienne	53
7.1	Qu’est-ce que l’ALD ?	53
7.2	La vie professionnelle pendant les traitements	54
7.3	Les aides à domicile	54
7.4	Bénéficier d’un soutien psychologique	55
7.5	Les proches	56
7.6	La vie intime et la sexualité	57
8.	Ressources utiles	59
8.1	La plateforme Cancer info	59
8.2	Les associations	61
9.	Glossaire	63
	Annexe : les examens du bilan diagnostique	70
	Méthode et références	74

La place des ovaires dans le corps



1. Un cancer de l'ovaire, qu'est-ce que c'est ?

RÔLE ET ANATOMIE DES OVAIRES

COMMENT LE CANCER DE L'OVAIRE SE DÉVELOPPE-T-IL ?

Un cancer de l'ovaire survient lorsque des cellules de l'ovaire, initialement normales, se transforment et se multiplient de façon anarchique, jusqu'à former une tumeur maligne*.

1.1 RÔLE ET ANATOMIE DES OVAIRES

Les ovaires sont deux organes de la forme et de la taille d'une amande, situés dans le bassin, de chaque côté de l'utérus. Ils font partie de l'appareil reproducteur de la femme, avec pour fonctions principales la production des ovules* et d'hormones* impliquées dans la régulation de la reproduction et le développement des caractères sexuels.

Chaque mois, chez les femmes en âge de procréer, l'un des ovaires libère un ovule, qui est ensuite acheminé vers l'utérus, par les trompes de Fallope. Si l'ovule est fécondé, le fœtus se niche à l'intérieur de l'utérus pour y continuer son développement. S'il n'est pas fécondé, il est expulsé avec le flux menstruel, lors des règles.

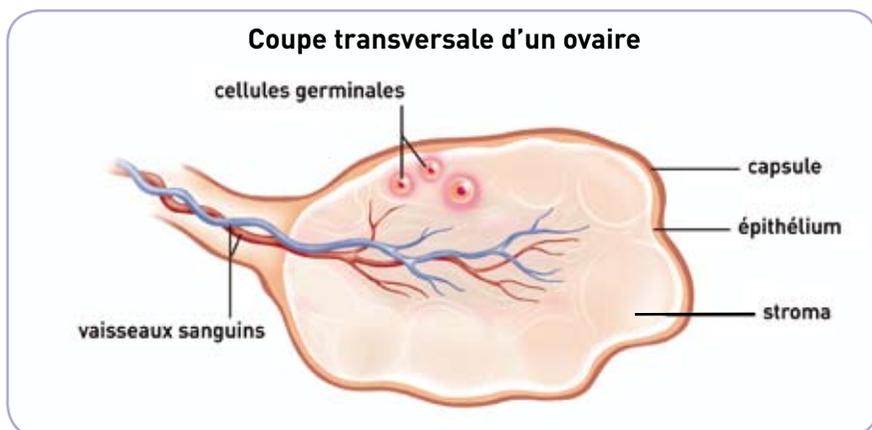
Les hormones produites par les ovaires (principalement les œstrogènes* et la progestérone*) sont à l'origine du développement des seins, de la transformation de la silhouette, de la voix et de l'épaisseur des cheveux au moment de la puberté. De plus, ces hormones sexuelles contrôlent le cycle menstruel, permettent la grossesse et préparent les glandes mammaires* à l'allaitement

Au fur et à mesure que la femme vieillit, les ovaires produisent de moins en moins d'hormones et ses cycles menstruels finissent par s'arrêter. C'est la ménopause.

Les ovaires sont constitués de trois différents types de cellules :

- les cellules épithéliales, qui forment la couche externe des ovaires ;
- les follicules ovariens (cellules germinales), situés sous les cellules épithéliales et à partir desquels les ovules sont fabriqués ;
- les cellules qui forment le corps des ovaires, composé du stroma (un tissu conjonctif qui remplit l'intérieur des ovaires) et des cordons sexuels (qui relient le stroma à la surface épithéliale).

Chaque ovaire est entouré d'une mince couche de tissu appelée capsule.



Dans près de 9 cas sur 10, le cancer de l'ovaire se développe à partir des cellules épithéliales. On parle d'adénocarcinome. D'autres formes de cancers peuvent se développer à partir des follicules ovariens (tumeurs germinales malignes) ou du tissu de soutien qui forme le corps des ovaires (stroma ou cordons sexuels). Ces cancers sont rares et leur prise en charge est particulière. Des tumeurs dites frontières, ou *borderline*, c'est-à-dire à la limite entre tumeurs bénignes (non cancéreuses) et tumeurs malignes (cancéreuses) sont également possibles. Ces trois types de tumeurs sont évoqués uniquement dans un chapitre spécifique de ce guide, « La prise en charge des cancers rares de l'ovaire », page 45.

1.2 COMMENT LE CANCER DE L'OVAIRE SE DÉVELOPPE-T-IL ?

Lorsqu'un cancer apparaît sur l'un des deux ovaires, les cellules cancéreuses sont d'abord peu nombreuses et localisées dans l'enveloppe externe de l'ovaire (au niveau de l'épithélium). Au fur et à mesure que les cellules cancéreuses se multiplient, la tumeur grossit et peut rompre la capsule qui entoure l'ovaire. Des cellules cancéreuses peuvent alors s'échapper dans le bassin et envahir les organes voisins : l'autre ovaire s'il n'était pas atteint, les trompes de Fallope, l'utérus, la vessie, le rectum. On parle d'extension pelvienne ou locorégionale. Petit à petit, les cellules cancéreuses peuvent ensuite s'étendre au-delà du bassin et atteindre le péritoine, membrane qui entoure les organes de l'abdomen, ou les ganglions lymphatiques situés dans l'abdomen. On parle alors de métastases régionales. Enfin, si aucun traitement n'est entrepris, le cancer risque de se propager à des organes éloignés, comme le foie ou les poumons, en empruntant les vaisseaux sanguins ou lymphatiques. On parle alors de métastases à distance.

Le cancer de l'ovaire provoque peu de symptômes. De ce fait, il est souvent diagnostiqué lorsque des cellules cancéreuses ont atteint d'autres organes du bassin. Néanmoins, quelques symptômes peuvent être révélateurs, notamment tout signe abdominal anormal que ce soit une gêne, une envie fréquente et persistante d'uriner, une pesanteur ou une constipation, d'apparition récente et durant depuis plus d'un mois.

Au moment du diagnostic et après la chirurgie, les médecins étudient précisément l'étendue du cancer afin de déterminer son stade et de vous proposer le ou les traitements les mieux adaptés (voir page 13).

QUELQUES CHIFFRES

On estime à plus de 4 500 le nombre de nouveaux cas de cancer de l'ovaire en France en 2010. C'est le 7^e cancer le plus fréquent chez la femme. Il apparaît le plus souvent après la ménopause. L'âge moyen au moment du diagnostic est de 65 ans. Dans environ 1 cas sur 10, le cancer de l'ovaire a une cause génétique. Une consultation d'oncogénétique* est proposée à toutes les femmes de moins de 70 ans atteintes d'un cancer de l'ovaire, afin de rechercher une éventuelle cause génétique du cancer.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

Où le cancer est-il situé exactement ?

Quelles sont ses caractéristiques ?

Connait-on son étendue ?

Quel est son caractère de gravité ?

2. Les traitements des cancers de l'ovaire

LE CHOIX DE VOS TRAITEMENTS EN PRATIQUE

LES TRAITEMENTS POSSIBLES EN FONCTION DE L'ÉTENDUE DU CANCER

PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE

LA PRISE EN CHARGE DE LA QUALITÉ DE VIE

Deux types de traitements sont utilisés pour traiter les cancers de l'ovaire : la chirurgie et la chimiothérapie.

D'une manière générale :

- la chirurgie est le traitement principal du cancer de l'ovaire. Elle a pour objectif de guérir du cancer en supprimant la totalité de la tumeur. Elle peut être le seul traitement nécessaire si le cancer est détecté à un stade précoce et qu'il paraît peu agressif (voir les trois grades du cancer de l'ovaire, page 17) ;
- une chimiothérapie est souvent administrée après la chirurgie, pour éliminer d'éventuelles cellules cancéreuses restantes et réduire le risque de récurrence ;
- dans certains cas, la chimiothérapie peut être réalisée avant la chirurgie, pour réduire la taille de la tumeur et faciliter l'opération ;
- lorsque le cancer est découvert à un stade très avancé, la chimiothérapie peut être le seul traitement utilisé.

2.1 LE CHOIX DE VOS TRAITEMENTS EN PRATIQUE

Le choix de vos traitements est adapté à votre cas personnel

Le choix de vos traitements dépend des caractéristiques du cancer dont vous êtes atteint : son type histologique* (à partir de quelles cellules de l'ovaire s'est-il développé ?), son stade* (degré d'extension) et son grade* (degré d'agressivité).

Votre âge, vos antécédents médicaux et chirurgicaux, votre état de santé global, ainsi que vos souhaits sont également pris en compte.

Le choix de vos traitements fait l'objet d'une concertation pluridisciplinaire

Vous êtes prise en charge par une équipe spécialisée dans un établissement qui dispose d'une autorisation de traiter les cancers gynécologiques (liste des établissements autorisés de votre région disponible sur www.e-cancer.fr). Votre situation est discutée au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Cette réunion rassemble au moins trois médecins de spécialités différentes : gynécologue, chirurgien spécialisé dans les cancers gynécologiques, oncologue médical, pathologiste... (voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 49). Dans l'idéal, votre situation est discutée à deux reprises en RCP : avant la chirurgie pour déterminer quelle intervention est la mieux indiquée dans votre cas, et après la chirurgie pour discuter de l'éventualité de traitements complémentaires. Compte tenu de votre situation particulière et en s'appuyant sur des outils d'aide à la décision appelés recommandations*, les médecins établissent une proposition de traitements. Ils peuvent aussi vous proposer de participer à un essai clinique*.

Le choix de vos traitements est déterminé en accord avec vous

Cette proposition de traitement est ensuite discutée avec vous lors d'une consultation spécifique, appelée consultation d'annonce. Lors de cette consultation, le médecin qui vous prend en charge vous explique les caractéristiques de votre maladie, les traitements proposés, les bénéfices attendus et les effets secondaires possibles.

Cette consultation est importante. Il peut être utile de vous y faire accompagner par l'un de vos proches. Prenez le temps de poser toutes vos questions afin de vous assurer que vous avez compris les informations reçues.

Après avoir donné votre accord sur la proposition de traitement, ses modalités sont décrites dans un document appelé programme personnalisé de soins (PPS). Il comporte les dates de vos différents traitements, leur durée, ainsi que les coordonnées des membres de l'équipe soignante. Le programme personnalisé de soins peut évoluer au fur et à mesure de votre prise en charge, en fonction de votre état de santé et de vos réactions aux traitements.

Après cette consultation avec le médecin, une consultation avec un autre membre de l'équipe soignante, le plus souvent une infirmière, vous est proposée, à vous et à vos proches. Vous pouvez ainsi revenir sur les informations qui vous ont été données par le médecin, vous les faire expliquer à nouveau ou poser d'autres questions. L'infirmière évalue aussi vos besoins en soins et soutiens complémentaires (sur le plan social ou psychologique par exemple) et vous oriente si besoin vers les professionnels concernés.

2.2 LES TRAITEMENTS POSSIBLES EN FONCTION DE L'ÉTENDUE DU CANCER

Le choix et l'ordre des traitements qui vous sont proposés dépendent notamment de l'étendue du cancer (son stade) et du degré d'agressivité des cellules cancéreuses (le grade histologique).

Les différents stades du cancer de l'ovaire

Pour déterminer le stade du cancer, les médecins prennent en compte :

- la localisation précise de la tumeur et son étendue ;
- l'atteinte ou non des organes voisins, du péritoine et des ganglions lymphatiques du bassin (métastases régionales) et la taille de ces métastases ;
- la présence ou non de métastases dans d'autres parties du corps (métastases à distance).

En fonction de ces différents critères, le cancer est ensuite classé dans l'un des 4 stades définis par la Fédération internationale de gynécologie obstétrique (FIGO). Ces stades sont numérotés de I à IV :

- le stade I correspond aux cancers limités aux ovaires ;
- le stade II regroupe les cancers ayant atteint d'autres organes du petit bassin (portion inférieure du bassin) : l'utérus, les trompes de Fallope, la vessie...

Ces deux stades sont considérés comme précoces.

- le stade III correspond aux cancers qui se sont étendus au péritoine* ou aux ganglions lymphatiques situés dans le bassin (ganglions pelviens). On parle de métastases régionales ;

- le stade IV réunit les cancers qui se sont disséminés dans d'autres parties plus éloignées du corps (les poumons, le foie), sous forme de métastases à distance.

Ces deux stades sont des formes avancées du cancer de l'ovaire.

Chaque stade est décomposé en plusieurs sous-parties (A, B et C), qui apportent des précisions sur l'étendue du cancer.

Stades FIGO	Explication
Stades I	■ Le cancer est limité aux ovaires.
Stade IA	Le cancer est limité à un seul ovaire et reste contenu à l'intérieur.
Stade IB	Le cancer atteint les deux ovaires et reste contenu à l'intérieur.
Stade IC	Le cancer touche un ou les deux ovaires, mais la tumeur peut avoir traversé la capsule ovarienne ou s'être propagée à la surface de l'ovaire. On retrouve des cellules cancéreuses dans le liquide de l'abdomen.
Stades II	■ La tumeur s'est étendue localement, aux organes du bassin (organes pelviens).
Stade IIA	La tumeur s'est propagée à l'utérus ou aux trompes de Fallope. On ne retrouve pas de cellules cancéreuses dans l'abdomen.
Stade IIB	La tumeur s'est propagée à d'autres organes pelviens (vessie, rectum...). On ne retrouve pas de cellules cancéreuses dans l'abdomen.
Stade IIC	La tumeur s'est propagée aux organes pelviens (comme pour les stades IIA ou IIB) et on retrouve des cellules cancéreuses dans le liquide abdominal.
Stades III	■ La tumeur s'est étendue au péritoine ou aux ganglions lymphatiques situés dans le bassin (ganglions pelviens). On parle de métastases régionales.
Stade IIIA	Des métastases microscopiques sont découvertes sur le péritoine, lors de l'analyse au microscope réalisée après la chirurgie ou après une biopsie.
Stade IIIB	Les métastases du péritoine mesurent jusqu'à 2 centimètres, mais aucun ganglion pelvien n'est atteint.
Stade IIIC	Certaines métastases du péritoine mesurent plus de 2 centimètres et/ou le cancer s'est propagé aux ganglions pelviens.
Stade IV	■ Le cancer s'est propagé vers des organes éloignés : la plèvre (enveloppe des poumons), le foie.

Les trois grades du cancer de l'ovaire

Le grade du cancer correspond à son degré de malignité, c'est-à-dire à son agressivité. Il est déterminé par l'analyse au microscope de cellules cancéreuses prélevées lors de la chirurgie ou lors d'une biopsie*.

En analysant les cellules cancéreuses, les médecins observent la vitesse à laquelle elles se multiplient et leur ressemblance avec des cellules normales :

- plus les cellules cancéreuses se multiplient rapidement (nombre de mitoses), plus elles sont agressives ;
- plus les cellules cancéreuses sont différentes des cellules normales, plus elles sont jugées agressives. Les cellules normales du corps ont chacune des spécificités, qui permettent de différencier une cellule de la peau, d'une cellule osseuse par exemple. Lorsqu'une cellule devient cancéreuse, elle perd peu à peu ses spécificités d'origine. Elle devient indifférenciée, c'est-à-dire qu'on finit par ne plus reconnaître son tissu d'origine. Les cellules cancéreuses qui ressemblent encore à des cellules normales (bien différenciées) sont moins agressives que les cellules cancéreuses indifférenciées.

Il existe trois grades, numérotés de 1 à 3, dans lequel le cancer est ensuite classé en fonction de ces deux critères :

- le grade 1 correspond aux tumeurs les moins agressives, qui se développent lentement et sont bien différenciées ;
- le grade 2 est un grade intermédiaire ;
- le grade 3 correspond aux tumeurs les plus agressives qui se développent rapidement et présentent un risque élevé de se disséminer dans d'autres parties du corps.

Le grade du cancer de l'ovaire est déterminant pour le choix d'un traitement complémentaire après la chirurgie, en particulier lorsque le cancer est découvert à un stade précoce.

Les traitements recommandés en fonction du stade et du grade du cancer

Stade et grade du cancer	Possibilités de traitement
Stade IA et IB de grade 1	<ul style="list-style-type: none"> ■ La chirurgie est le seul traitement recommandé. Elle consiste à retirer les ovaires, les trompes de Fallope et l'utérus (hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie ou hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale). ■ Chez les femmes jeunes désirant avoir une grossesse, un traitement conservateur peut être discuté : il consiste à n'enlever que l'ovaire atteint et la trompe de Fallope qui lui est liée.
Stade IA et IB de grade 2	<ul style="list-style-type: none"> ■ La chirurgie est le traitement principal. Elle consiste à retirer les ovaires, les trompes de Fallope et l'utérus. ■ Une chimiothérapie peut être discutée mais elle n'est pas toujours nécessaire.
Stades IA et IB de grade 3 Stade IC Stades II (A, B et C) Stades IIIA et IIIB	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le traitement comprend une chirurgie (ablation des ovaires, des trompes de Fallope, de l'utérus), suivie d'une chimiothérapie.
Stade IIIC	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le traitement comprend une chirurgie (ablation des ovaires, des trompes de Fallope, de l'utérus), suivie ou éventuellement précédée d'une chimiothérapie. ■ Une chimiothérapie intrapéritonéale peut être discutée : elle consiste à injecter les médicaments de chimiothérapie directement dans la cavité abdominale, au cours d'une chirurgie.
Stade IV	<ul style="list-style-type: none"> ■ La chimiothérapie est le traitement principal. ■ La chirurgie n'est pas systématique. Elle peut être discutée au cas par cas, si le chirurgien pense pouvoir enlever la totalité de la tumeur, ainsi que les métastases.

Le déroulement de la chirurgie et les modalités pratiques de la chimiothérapie sont décrites dans ce guide à partir de la page 31.

2.3 PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE

L'équipe médicale peut vous proposer de participer à un essai clinique. Les essais cliniques sont des études scientifiques menées avec des patients. Leur objectif est de rechercher de meilleures modalités de prise en charge du cancer, notamment en termes de traitement et de qualité de vie.

Les essais cliniques sont indispensables pour faire progresser la recherche. C'est grâce à ces études que des avancées sont sans cesse réalisées en matière de traitements contre les cancers. En outre, un essai clinique peut vous permettre de bénéficier d'un nouveau traitement.

Le cancer de l'ovaire fait l'objet de plusieurs études qui visent notamment à :

- comparer différentes façons d'utiliser les traitements existants (associations de plusieurs médicaments de chimiothérapie par exemple), notamment pour améliorer leur efficacité ou réduire leurs effets secondaires ;
- évaluer l'efficacité de certains examens d'imagerie médicale dans le cadre du bilan diagnostique et du suivi ;
- évaluer des traitements de support pour améliorer la prise en charge des effets secondaires induits par la chimiothérapie ;
- rechercher des anomalies génétiques éventuellement impliquées dans la survenue du cancer.

Si le traitement administré dans le cadre de l'essai clinique ne vous aide pas, le médecin peut décider d'y mettre fin et vous proposer un autre traitement. À tout moment, vous pouvez également décider, de vous-même, de quitter un essai clinique et de bénéficier du traitement de référence.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter le guide Cancer info *Les essais cliniques en oncologie: les réponses à vos questions*. Pour connaître les essais cliniques en cours sur le cancer de l'ovaire, consultez le registre des essais cliniques sur www.e-cancer.fr

2.4 LA PRISE EN CHARGE DE LA QUALITÉ DE VIE

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

Ces soins, appelés soins de support, sont assurés par l'ensemble de l'équipe soignante ou, parfois, par des professionnels spécialisés (spécialiste de la douleur, assistant social, diététicien, psychologue, gynécologue...). Voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 49.

Les soins de support comprennent notamment :

- l'évaluation et la prise en charge des effets secondaires des différents traitements ;
- l'évaluation et le traitement de la douleur, qu'elle soit due au cancer ou aux traitements du cancer ;
- l'accès à une consultation diététique en cas de troubles de l'alimentation ;
- la possibilité pour vous et vos proches de rencontrer un psychologue ;
- la possibilité de rencontrer un assistant social pour vous aider dans vos démarches administratives.

Les soins de support font partie intégrante de votre prise en charge. Ils ne sont ni secondaires, ni optionnels. Ils visent à vous assurer la meilleure qualité de vie possible. N'hésitez pas à parler à votre médecin et aux autres membres de l'équipe soignante de la façon dont vous vivez la maladie et les traitements. Cela leur permet de vous apporter les soins et soutiens nécessaires et de vous orienter au mieux.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter les guides *Douleur et cancer*, *Fatigue et cancer*, *Démarches sociales et cancer*, *Vivre pendant et après un cancer*.

QUE PENSER DES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES ?

Homéopathie, plantes, vitamines, acupuncture, massages, ostéopathie, relaxation... De nombreux patients ont recours à des médecines complémentaires, appelées aussi médecines douces, parallèles ou alternatives. Ils en attendent souvent un soutien supplémentaire pour mieux supporter les traitements et leurs effets secondaires tels que la fatigue ou l'anxiété.

Si ces médecines peuvent soulager, elles ne peuvent en aucun cas remplacer les traitements habituels du cancer. Certaines peuvent avoir des effets secondaires ou interagir avec les traitements prescrits par le médecin qui vous prend en charge pour votre cancer. Il est important d'en parler avec lui.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

Quels sont les traitements préconisés dans ma situation ?

Pourquoi ?

Quels sont les objectifs de chacun de ces traitements ?

Quels en sont les effets secondaires ?

Où et quand se déroulent les traitements ? Avec quels médecins/ équipes médicales ?

Quelle est leur durée ?

Comment suis-je suivie pendant les traitements ?

3. La chirurgie

COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?

LES VOIES D'ABORD OU COMMENT ACCÉDER À LA TUMEUR

COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ?

QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

La chirurgie est le traitement principal du cancer de l'ovaire. Elle vise à supprimer la totalité de la tumeur ainsi que ses éventuelles extensions aux organes voisins. L'objectif est de ne laisser en place aucune lésion cancéreuse visible.

Le type de chirurgie réalisé dépend de l'étendue de la maladie. À un stade précoce, lorsque le cancer est limité aux ovaires, la chirurgie comprend au minimum une ablation des deux ovaires, de l'utérus et des trompes de Fallope*. C'est ce qu'on appelle une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale ou hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie. Le chirurgien prélève également un ensemble de tissus vers lesquels les cellules cancéreuses ont tendance à migrer, comme des échantillons du péritoine*, des ganglions* ou de l'épiploon*. Si le cancer est à un stade plus avancé et a atteint d'autres organes de l'abdomen, notamment des organes digestifs comme le côlon ou le rectum, ceux-ci sont également retirés lors de l'intervention.

Par conséquent, l'opération doit être réalisée par un chirurgien ou une équipe de chirurgiens spécialistes des interventions gynécologiques et de la chirurgie digestive. La préparation et les suites de l'intervention dépendent de l'importance de l'opération et de l'étendue des lésions cancéreuses à retirer.

3.1 COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?

Deux consultations sont programmées quelques jours avant l'intervention.

La consultation avec le chirurgien

Le chirurgien vous explique les objectifs de l'opération, la technique qu'il va utiliser, les suites et les complications possibles. Cette consultation

vous donne l'occasion de poser toutes les questions que vous avez au sujet de l'intervention.

Si le cancer semble avoir atteint des organes digestifs comme l'intestin grêle ou le côlon, le chirurgien peut vous demander de boire, la veille de l'intervention, un liquide laxatif qui vide et nettoie les intestins. Cette préparation réduit le risque d'infections pendant et après l'opération. Votre médecin vous indiquera si vous devez la suivre ou non et vous en précisera les modalités.

La consultation avec l'anesthésiste

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. La consultation avec l'anesthésiste permet d'évaluer les risques liés à l'anesthésie, en prenant en compte vos antécédents médicaux et chirurgicaux.

Il est important de signaler tout problème de santé, notamment les allergies (asthme, eczéma, rhume des foins, etc.), les problèmes cardiaques (hypertension par exemple), la prise de médicaments, en particulier anticoagulants* et aspirine, et la consommation de tabac.

Il est prouvé que l'arrêt du tabac quelques semaines avant une intervention réduit les complications postopératoires.

3.2 LES VOIES D'ABORD, OU COMMENT ACCÉDER À LA TUMEUR

Une voie d'abord désigne le chemin utilisé pour accéder à l'organe ou à la zone à opérer.

Dans la plupart des cas, la chirurgie d'un cancer de l'ovaire nécessite une laparotomie : le chirurgien ouvre le ventre pour accéder aux organes. L'incision va du pubis jusqu'au sternum. Cette technique permet au chirurgien d'observer et de palper minutieusement les ovaires, l'utérus et toute la cavité abdominale avant de retirer les organes atteints.

Lorsque le cancer est opéré à un stade précoce (seuls les ovaires sont atteints), une autre voie d'abord, appelée coelioscopie ou laparoscopie, peut être utilisée. Elle consiste à remplacer l'ouverture du ventre par plusieurs petites incisions, au travers desquelles le chirurgien fait

passer ses instruments chirurgicaux et un système optique. Le système optique est relié à un écran d'ordinateur et le chirurgien opère en regardant l'écran. Au cours de la coelioscopie, le chirurgien retire les organes atteints et réalise des prélèvements sur les organes voisins, afin de vérifier l'absence de cellules cancéreuses.

Cette technique chirurgicale peut également être utilisée pour réaliser des prélèvements dans l'abdomen (biopsies) afin de vérifier si des cellules cancéreuses se sont disséminées sur d'autres organes.

3.3 COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

Le type d'intervention réalisée est adapté au degré d'extension de la maladie. Son déroulement est donc différent si le cancer est à un stade précoce ou plus avancé.

La chirurgie en cas de stade précoce

Si le cancer est limité à un ou aux deux ovaires, la chirurgie consiste à retirer les ovaires, les trompes de Fallope et l'utérus. C'est ce que l'on appelle une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale. Cette intervention peut se faire par laparotomie (ouverture du ventre) ou par coelioscopie (voir page 24 « Les voies d'abord ou comment accéder à la tumeur »)

Chez les femmes désirant avoir des enfants et si le cancer est à un stade très précoce, il est parfois possible d'envisager une chirurgie conservatrice : on ne retire que l'ovaire atteint et la trompe de Fallope associée, afin de rendre possibles les grossesses ultérieures. On parle alors d'annexectomie unilatérale. Dans ce cas, après les grossesses, une ablation de l'ovaire conservé sera discutée.

Lors de l'intervention, le chirurgien observe également l'ensemble de la cavité abdominale et retire ou réalise des prélèvements sur les tissus où les cellules cancéreuses se propagent le plus souvent lors d'un cancer de l'ovaire :

- il retire l'épiploon*, une membrane de 5 millimètres à 1 centimètre d'épaisseur située sous l'estomac et recouvrant une partie du côlon ;

- il enlève l'appendice, si celui-ci est toujours en place ;
- comme les ganglions* sont touchés dans 10 à 15 % des cas, le chirurgien examine les chaînes de ganglions qui sont en arrière du péritoine*, le long de l'aorte*, de la veine cave* et des vaisseaux pelviens. Il enlève tous les ganglions pelviens et aortiques, ainsi que les ganglions qui ont augmenté de volume. C'est ce que l'on appelle un curage ganglionnaire ;
- enfin, le chirurgien réalise des prélèvements (biopsies) sur différents endroits du péritoine, notamment sous le diaphragme et extrait du liquide présent dans la cavité abdominale (liquide péritonéal).

La chirurgie des cancers de l'ovaire de stades avancés

Dans 75 % des cas, le cancer de l'ovaire est découvert à un stade avancé, c'est-à-dire que des cellules cancéreuses ont atteint d'autres organes de l'abdomen : vessie, côlon, rectum, ou péritoine par exemple.

L'objectif de la chirurgie étant de retirer toutes les lésions cancéreuses visibles, l'intervention peut être longue (3 à 6 heures).

Après avoir ouvert le ventre, le chirurgien examine tous les organes. Puis il enlève les ovaires, l'utérus et les trompes de Fallope, ainsi que l'épiploon*, les ganglions pelviens et aortiques et l'appendice s'il est toujours en place. La suite de l'intervention dépend des autres zones atteintes. Suivant les cas, le chirurgien peut être amené à retirer des morceaux de péritoine, des segments d'intestins, de côlon ou du rectum, et quelquefois la rate.

La chirurgie est complète si le chirurgien parvient à enlever la totalité de la tumeur. Elle doit être au minimum « optimale » c'est-à-dire ne pas laisser de lésions supérieures à 1 centimètre de diamètre.

Si le chirurgien a dû enlever une partie de l'intestin grêle, du côlon ou du rectum, il réalise une anastomose, c'est-à-dire qu'il raccorde les parties restantes pour rétablir la continuité du conduit intestinal. S'il a par exemple enlevé le côlon sigmoïde, qui est la dernière portion du côlon, il raccorde le côlon gauche directement au rectum.

En attendant la cicatrisation et afin d'éviter des complications (fistule*, infections), le chirurgien peut être amené à créer une ouverture au niveau du ventre et à relier le côlon directement à cette ouverture, pour permettre l'évacuation des selles. C'est ce qu'on appelle une stomie. Les selles sont alors recueillies dans une poche collée autour de cette ouverture, sur l'abdomen. Elle permet de laisser le conduit intestinal au repos le temps de la cicatrisation. Quelques semaines plus tard, une intervention chirurgicale est reprogrammée pour reboucher la stomie et rétablir un conduit intestinal normal.

3.4 QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ?

L'examen anatomopathologique

Tout ce qui est retiré lors de l'intervention chirurgicale est envoyé dans le service d'anatomopathologie* pour être analysé. Cet examen, réalisé par un médecin spécialiste appelé pathologiste, consiste à observer minutieusement, à l'œil nu puis au microscope, les tissus prélevés afin de déterminer jusqu'où les cellules cancéreuses se sont propagées. Le pathologiste analyse les ovaires, les trompes de Fallope, l'utérus, les ganglions pelviens, l'épiploon, les échantillons de péritoine et le liquide péritonéal, ainsi que les autres organes éventuellement prélevés.

Cet examen permet de confirmer le stade* du cancer en montrant jusqu'où les cellules cancéreuses se sont propagées. Il permet également de vérifier si la chirurgie a permis de supprimer la plus grosse partie possible des tissus cancéreux et de décider de la suite des traitements à envisager.

À votre réveil

Une fois l'intervention terminée, vous êtes amenée en salle de réveil où l'équipe médicale assure votre surveillance, notamment lors de votre réveil de l'anesthésie.

Si l'intervention a été lourde, vous pouvez être gardée dans un service de soins intensifs ou de réanimation quelques jours.

Comme après toute intervention chirurgicale, des douleurs sont fréquentes dans la zone opérée. Elles sont systématiquement traitées,

généralement par de la morphine ou l'un de ses dérivés. Si vous n'êtes pas suffisamment soulagée, signalez-le sans tarder à l'équipe médicale afin que le traitement puisse être adapté.

Un ou plusieurs drains (petits tuyaux très fins) sont mis en place dans la zone opérée pendant l'intervention. Ces tuyaux très fins permettent d'évacuer les liquides (sang, lymphe*) qui peuvent s'accumuler au cours de la cicatrisation. Ils sont retirés sur décision du chirurgien, souvent vers le quatrième jour suivant l'opération.

Une sonde urinaire peut également être mise en place pour contrôler le fonctionnement des reins pendant quelques jours.

Enfin, pour éviter une phlébite*, un médicament anticoagulant vous est prescrit et les médecins vous demanderont de vous lever assez rapidement après l'intervention. De plus, le port de bas de contention peut être préconisé après l'opération.

La durée d'hospitalisation

La durée d'hospitalisation est variable selon l'importance de la chirurgie. Elle peut être de 5 à 10 jours en moyenne si le cancer a été opéré à un stade précoce, et de 12 à 21 jours en moyenne si le cancer a été opéré à un stade plus avancé. Votre état de santé général et la façon dont vous avez supporté l'intervention sont également pris en compte. Votre sortie est décidée par le chirurgien en accord avec vous.

3.5 QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

Des effets secondaires peuvent survenir tout de suite après la chirurgie ou dans les semaines qui suivent :

- de la fatigue, liée à l'intervention et à l'anesthésie ;
- un hématome ou une infection au niveau de la plaie ;
- comme après toute intervention chirurgicale, le risque d'hémorragie est possible et peut nécessiter une transfusion* ;
- chez les jeunes femmes, si l'intervention a été complète, elle rend impossible toute grossesse future et entraîne une ménopause artificielle (arrêt des règles), qui s'accompagne des effets secondaires propres à la ménopause (bouffées de chaleur, etc.). Un traitement

hormonal substitutif* (THS) peut apporter à l'organisme les hormones que produisaient les ovaires. Cette hormonothérapie substitutive est contre-indiquée en cas de cancer lié à une prédisposition génétique;

- des troubles intestinaux ou urinaires sont possibles dans les jours qui suivent l'intervention;
- des douleurs pendant l'acte sexuel peuvent apparaître, liées à une mauvaise lubrification du vagin (conséquence de l'ablation des ovaires et de la baisse d'hormones qui en découle);
- la destruction des ganglions lymphatiques proches des ovaires peut entraîner un œdème (lymphœdème), qui se manifeste par un gonflement dans la jambe. Des massages réalisés par un kinésithérapeute peuvent être prescrits pour réduire l'œdème (drainage lymphatique). Cet effet indésirable peut apparaître plusieurs mois après l'intervention;
- un lymphocèle : il s'agit d'une accumulation de lymphe* à l'endroit où les ganglions lymphatiques ont été détruits. Une ponction peut être indiquée pour évacuer cette accumulation de liquide;
- dans les chirurgies les plus lourdes, un défaut de cicatrisation est possible au niveau des organes digestifs. Cette complication peut se manifester notamment par une fièvre ou des douleurs abdominales. Elle nécessite le plus souvent une nouvelle intervention chirurgicale.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

Comment l'opération se déroule-t-elle ?

Quels en sont les risques ?

Comment puis-je me préparer au mieux ?

À quoi dois-je m'attendre après l'opération ?

4. La chimiothérapie

DANS QUELS CAS UNE CHIMIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

QUELS SONT LES MÉDICAMENTS ANTICANCÉREUX UTILISÉS ?

COMMENT SE DÉROULE LE TRAITEMENT EN PRATIQUE ?

LA CHIMIOTHÉRAPIE INTRAPÉRITONÉALE

LA CHIMIOTHÉRAPIE HYPERTHERMIQUE INTRAPÉRITONÉALE

LES EFFETS SECONDAIRES DE LA CHIMIOTHÉRAPIE

LES EFFETS SECONDAIRES DE LA CHIMIOTHÉRAPIE INTRAPÉRITONÉALE

LES EFFETS SECONDAIRES DE LA CHIMIOTHÉRAPIE HYPERTHERMIQUE

INTRAPÉRITONÉALE

La chimiothérapie est un traitement général (appelé aussi traitement systémique) qui agit dans l'ensemble du corps. Cela permet d'atteindre les cellules cancéreuses quelle que soit leur localisation, même si elles sont isolées et n'ont pas été détectées lors du diagnostic.

La chimiothérapie est réalisée par un médecin spécialiste (oncologue médical), dans un établissement qui dispose d'une autorisation de pratiquer des chimiothérapies (liste des établissements autorisés de votre région disponible sur www.e-cancer.fr).

4.1 DANS QUELS CAS UNE CHIMIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

Le recours à une chimiothérapie pour traiter un cancer de l'ovaire dépend de l'étendue du cancer (son stade) et de l'agressivité de la tumeur (son grade). D'une manière générale, elle n'est indiquée que lorsque des cellules cancéreuses se sont échappées des ovaires (c'est-à-dire à partir du stade IC, voir tableau page 16). La chimiothérapie peut être discutée lorsque le cancer est à un stade très précoce (stades IA et IB), si les cellules cancéreuses semblent agressives.

Suivant les cas, la chimiothérapie a pour objectifs :

- de réduire les risques de récives du cancer quand le chirurgien a pu retirer la totalité de la tumeur. On parle de chimiothérapie adjuvante ;

- de réduire la taille de la tumeur et de ses extensions avant d'opérer (on parle alors de chimiothérapie néoadjuvante). Si elle ne diminue pas, le traitement de chimiothérapie change (changement de produits, de dosages). C'est ce qu'on appelle une chimiothérapie de deuxième ligne ;
- de ralentir le développement des cellules cancéreuses si aucune opération n'est possible.

4.2 QUELS SONT LES MÉDICAMENTS ANTICANCÉREUX UTILISÉS ?

Il existe de nombreux médicaments de chimiothérapie différents. Un médicament peut être employé seul (monothérapie) ou, le plus souvent, associé à d'autres médicaments (polythérapie). Une association de plusieurs médicaments de chimiothérapie correspond à ce que l'on appelle un schéma ou un protocole de chimiothérapie.

Les médicaments employés, les doses administrées, ainsi que la durée du traitement varient d'une personne à l'autre, en fonction des caractéristiques du cancer et de la tolérance au traitement. C'est pourquoi le plan de traitement est déterminé au cas par cas.

Pour les cancers de l'ovaire, la chimiothérapie associe généralement deux types de médicaments : un sel de platine (comme le carboplatine) et un taxane (comme le paclitaxel).

4.3 COMMENT SE DÉROULE LE TRAITEMENT EN PRATIQUE ?

Le déroulement du traitement est soigneusement planifié par l'équipe médicale en fonction de votre situation. Le médecin qui vous prend en charge vous remet un calendrier qui détermine le lieu et les jours de traitement, ainsi que les noms des médicaments utilisés.

Le traitement se déroule par cycles successifs, comprenant une journée de traitement (appelée cure), suivie d'une période de repos de 3 semaines. Un nombre minimal de 6 cycles est généralement indiqué. Le traitement s'étend donc au moins sur 19 semaines (4 mois et demi).

Exemple de déroulement d'une chimiothérapie sur 6 cycles



Avant chaque cure, un examen clinique et des examens de sang sont réalisés pour vérifier que votre état de santé permet de poursuivre le traitement. En cas d'anomalies (baisse importante du taux de globules blancs par exemple), le traitement peut être remis à plus tard ou modifié.

Les médicaments sont injectés dans une veine, par perfusion*. Dans certains cas, une chimiothérapie intrapéritonéale peut être proposée en complément. Elle consiste à introduire les médicaments directement dans la cavité péritonéale (voir page 35).

La chimiothérapie se déroule généralement à l'hôpital en ambulatoire, c'est-à-dire que vous ne restez que le temps de la perfusion (qui dure environ 3 heures) et rentrez chez vous le jour même. On parle aussi d'hospitalisation de jour. Parfois, la chimiothérapie peut être réalisée à domicile. Un soignant vient alors chez vous pour poser la perfusion et administrer les médicaments.

Avant de commencer le traitement: la pose d'une chambre implantable

Administer les traitements médicaux dans des petites veines comme celles du bras peut être difficile. Elles sont fragiles et les injections répétées deviennent vite douloureuses.

Avant de commencer le traitement, la pose d'une chambre implantable est recommandée.

Ce dispositif, aussi appelé port-à-cath® ou PAC, est composé d'un petit boîtier (la chambre implantable) et d'un cathéter (tuyau souple et fin). Il est entièrement placé sous la peau, au cours d'une courte intervention chirurgicale et sous anesthésie locale. Si une chirurgie est prévue avant la chimiothérapie, le chirurgien peut en profiter pour installer le dispositif pendant l'intervention, sous anesthésie générale. Le boîtier est placé au niveau du thorax et relié au cathéter, lui-même placé dans une veine. Après l'intervention, un examen d'imagerie (radiographie du thorax) est réalisé pour vérifier que le dispositif est placé correctement.

À chaque perfusion, les médicaments sont injectés directement dans la chambre implantable, à travers la peau. Ce système limite les douleurs liées aux piqûres répétées car celles-ci sont beaucoup moins profondes. Il reste en place pendant toute la durée du traitement et permet d'avoir une activité physique normale, de se baigner, de voyager, etc.

Le plus souvent, le cathéter et la chambre implantable sont bien supportés. Une gêne peut néanmoins être ressentie en voiture à cause de la ceinture de sécurité.

Lorsque le dispositif n'est plus utile, il est enlevé lors d'une courte intervention chirurgicale.

4.4 LA CHIMIOTHÉRAPIE INTRAPÉRITONÉALE

La chimiothérapie intrapéritonéale est une autre manière d'administrer la chimiothérapie, qui consiste à injecter les médicaments de chimiothérapie dans la cavité péritonéale, directement au contact des organes abdominaux.

Pour ce faire, après avoir retiré toutes les parties visibles de la tumeur par chirurgie, le chirurgien installe un cathéter dans l'abdomen. Ce cathéter servira par la suite à administrer les médicaments.

La chimiothérapie intrapéritonéale se déroule en même temps que la chimiothérapie classique, en 6 cycles successifs. Les médicaments utilisés sont essentiellement des sels de platine. Ils sont injectés à travers le cathéter dans la cavité péritonéale où ils circulent librement. Les organes de la cavité péritonéale sont donc dans une sorte de « bain » de chimiothérapie. Les médicaments s'attaquent directement aux foyers cancéreux avec lesquels ils sont en contact.

La chimiothérapie intrapéritonéale peut être proposée aux femmes atteintes d'un cancer de l'ovaire de stade III (voir page 16), lorsque toute la tumeur visible a pu être enlevée ou si les parties restantes après la chirurgie sont inférieures à 1 centimètre.

4.5 LA CHIMIOTHÉRAPIE HYPERTHERMIQUE INTRAPÉRITONÉALE

La chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale est un traitement qui combine chimiothérapie et chirurgie. Ce traitement se déroule en une fois, à la fin de la chirurgie, après que le chirurgien a enlevé tous les foyers cancéreux visibles à l'œil nu. Les médicaments de chimiothérapie (du cisplatine*) sont dilués dans un liquide et chauffés à 42°C pendant une heure. Ils sont ensuite introduits dans la cavité péritonéale où ils

circulent pendant quelques dizaines de minutes avant d'être aspirés par une pompe. Le chirurgien referme ensuite l'abdomen.

Le fait de chauffer le liquide contenant les médicaments a pour objectif d'augmenter l'effet destructeur de la chimiothérapie sur les tissus cancéreux.

La chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale (CHIP) est un traitement récent, toujours en cours d'évaluation. Il ne peut être proposé que dans le cadre de protocoles d'évaluation ou d'essais cliniques. Ce traitement peut être indiqué si la chirurgie a permis de supprimer la totalité des tissus cancéreux visibles ou si les tissus restants sont inférieurs à 1 centimètre de diamètre. Il est également parfois utilisé pour traiter une récidive* du cancer.

4.6 LES EFFETS SECONDAIRES DE LA CHIMIOTHÉRAPIE

Les effets secondaires de la chimiothérapie varient selon les médicaments utilisés, les dosages, les modes d'administration et les personnes.

Certains effets secondaires peuvent être limités ou évités grâce à des traitements préventifs ou des conseils pratiques. Néanmoins, s'ils deviennent trop importants ou si vous ne supportez pas l'un des médicaments utilisés, le traitement est adapté soit en diminuant les dosages, soit en changeant de molécule.

À noter

L'apparition ou l'absence d'effets secondaires n'est pas liée à l'efficacité de la chimiothérapie. Si vous ne ressentez aucun effet secondaire, cela ne signifie donc pas que le traitement n'a pas d'action sur vous, et inversement, ressentir beaucoup d'effets secondaires ne signifie pas que la chimiothérapie est particulièrement active.

Les effets secondaires les plus fréquents des médicaments utilisés pour traiter le cancer de l'ovaire sont présentés ci-après. Votre médecin vous indique de façon précise ceux qui peuvent vous concerner.

Nausées et vomissements

Les nausées commencent souvent le soir ou le lendemain de la perfusion. Elles durent rarement plus de 72 heures après le traitement. Elles ne sont pas systématiquement accompagnées de vomissements.

Des phénomènes de nausées anticipatoires peuvent survenir : elles commencent parfois dès l'entrée dans l'hôpital, avant le début de la perfusion. Ces nausées sont liées à l'anxiété provoquée par le traitement et peuvent être réduites par des médicaments ou par des techniques de relaxation.

Lorsque des vomissements surviennent, il est conseillé de se rincer la bouche avec de l'eau froide et d'attendre 1 à 2 heures avant de manger. Les vomissements ne persistent en général pas plus de 48 heures après le traitement.

Un traitement doit vous être prescrit avant et pendant la chimiothérapie pour réduire les risques de nausées et de vomissements. Il s'agit de médicaments appelés antiémétiques. Si ces effets secondaires apparaissent malgré le traitement préventif, signalez-le à votre médecin.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES NAUSÉES ET VOMISSEMENTS

À faire

- Privilégier les aliments froids ou tièdes qui sont moins odorants que les aliments chauds.
- Privilégier plusieurs petits repas, plutôt que deux repas traditionnels plus longs à digérer.
- Manger lentement afin de faciliter la digestion.
- Manger léger avant et après le traitement.

À éviter

- Éviter les aliments lourds difficiles à digérer comme les aliments frits, gras ou épicés.
- Éviter de boire pendant les repas, mais boire plutôt avant ou après. Les boissons gazeuses fraîches, à base de cola notamment, aident parfois à diminuer les nausées.
- Supprimer le tabac.

Diarrhées

Un risque de diarrhées est possible pendant la chimiothérapie. Un traitement préventif (antidiarrhéique) peut vous être prescrit.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER L'APPARITION DE DIARRHÉES

Privilégier une alimentation pauvre en fibres à base de riz, pâtes, pommes de terre vapeur, carottes, bananes bien mûres, gelée de coings, fromage à pâte cuite et biscottes.

Une hospitalisation en urgence doit être envisagée en cas de diarrhée persistante ou associée à de la fièvre ou des vomissements.

Baisse des globules blancs, des globules rouges et des plaquettes

Les médicaments de chimiothérapie ont souvent des effets secondaires sur le sang et la moelle osseuse. Ils peuvent entraîner :

- une baisse du nombre de globules blancs (leucopénie), en particulier des polynucléaires neutrophiles (neutropénie) ou des lymphocytes (lymphopénie). Cette baisse entraîne un risque accru d'infection car les moyens de défense du corps sont réduits ;
- une baisse des globules rouges (anémie), chargés de transporter l'oxygène dans tout le corps. L'anémie se manifeste principalement par une pâleur et une fatigue qui ne s'atténue pas avec le repos ;
- une baisse du nombre de plaquettes (thrombopénie), responsables de la coagulation du sang. Une diminution des plaquettes augmente le risque d'hématomes* et de saignements.

Une baisse importante et simultanée du nombre des globules blancs, des globules rouges et des plaquettes peut se produire. On parle alors d'aplasie.

Avant chaque cure de chimiothérapie, des prises de sang permettent de vérifier les taux de globules blancs, globules rouges et plaquettes. En dessous d'un certain seuil, la séance de chimiothérapie peut être remise à plus tard.

Il est parfois nécessaire de prescrire des facteurs de croissance* lorsque la baisse du nombre de globules blancs ou de globules rouges est trop

importante. Dans de rares cas, une transfusion de globules rouges ou de plaquettes peut être réalisée.

En cas de fièvre (plus de 38°C pendant plus de 6 heures) ou si vous ne vous sentez pas bien (frissons, diarrhées ou vomissements importants), consultez immédiatement votre médecin.

Lésions de la bouche

Certains médicaments de chimiothérapie (carboplatine par exemple) peuvent entraîner des lésions à l'intérieur de la bouche et le long du tube digestif (aphtes, rougeurs, douleurs). On parle de mucite (inflammation d'une muqueuse) ou encore de stomatite (mucite de la bouche).

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER L'APPARITION DE LÉSIONS DE LA BOUCHE

À faire

- Après les repas, réaliser des bains de bouche prescrits par le médecin.
- Se brosser régulièrement les dents avec une brosse à dents souple.
- Sucrer des glaçons, de la glace pilée, des glaces à l'eau et des sorbets, des bonbons à la menthe.
- Boire beaucoup (eau minérale, thé, tisane, boisson à base de cola).
- Privilégier les aliments moelleux ou mixés.
- S'hydrater les lèvres en appliquant un lubrifiant gras (lanoline, vaseline, beurre de cacao).

À éviter

- Les aliments qui favorisent l'apparition d'aphtes, comme les noix, le gruyère ou l'ananas.
- Les bains de bouche à base d'alcool : ils dessèchent la muqueuse de la bouche et risquent de provoquer des sensations de brûlure.
- Le tabac et l'alcool, surtout dans les semaines qui suivent le traitement.
- Les aliments trop épicés ou acides (jus de citron, vinaigrette, moutarde), secs, croquants ou durs.

Dès que vous constatez des aphtes ou des douleurs, prévenez votre médecin afin de recevoir un traitement antidouleur adapté.

Sensations d'engourdissement ou de fourmillement

Certains médicaments de chimiothérapie ont un effet toxique sur les nerfs (notamment le paclitaxel). Ils peuvent entraîner des troubles de la sensibilité, appelés paresthésies, qui se manifestent par des sensations

d'engourdissement, de fourmillements ou de picotements qui peuvent être douloureuses et handicapantes. Si ces symptômes persistent entre deux cures de chimiothérapie ou s'ils entraînent une gêne fonctionnelle (difficulté à saisir un objet ou difficulté à marcher, par exemple), votre médecin adaptera les dosages de votre chimiothérapie.

Chute des cheveux

La chute des cheveux (appelée alopecie) est due à l'utilisation du paclitaxel. Elle peut être difficile à vivre car elle est un signe concret et visible de la maladie. Elle est souvent progressive et toujours temporaire. Elle commence en général 2 à 3 semaines après la première perfusion. Les cheveux commencent à repousser environ 6 à 8 semaines après la fin du traitement. Les cils, les sourcils et les poils pubiens peuvent également tomber provisoirement.

Vous trouverez des informations complémentaires dans le guide Cancer info *Traitements du cancer et chute des cheveux* et sur www.e-cancer.fr/cancer-info

Troubles cutanés

Certains médicaments de chimiothérapie peuvent causer des changements de la peau mineurs ou une irritation cutanée. Les réactions cutanées les plus courantes dans le cas du cancer de l'ovaire sont des rougeurs, des démangeaisons et des éruptions cutanées. Elles peuvent se produire pendant ou après le traitement. La sensibilité au soleil peut également être accrue, ce qui nécessite d'éviter les expositions pendant toute la durée du traitement.

Fatigue

En dehors de la fatigue causée par la maladie elle-même, par l'appréhension des examens ou encore par les déplacements quotidiens, la fatigue peut être liée à la chimiothérapie. Elle dépend de votre tolérance à ce traitement, du nombre de cures et des effets secondaires. En effet, une anémie*, une perte d'appétit, des nausées et des vomissements, une fièvre ou encore des douleurs peuvent contribuer à cette fatigue. Elle ne doit pas être banalisée. Signalez-la à l'équipe soignante afin qu'elle soit prise en charge le mieux possible.

➤ Réactions allergiques

Comme tout médicament, les médicaments de chimiothérapie peuvent être source d'allergie.

Les taxanes sont responsables d'allergies dès les premiers cycles. Un traitement préventif, à base de corticoïdes est donc systématiquement prescrit.

Les sels de platine provoquent des réactions allergiques plus tardivement, après plusieurs cycles.

Ces réactions allergiques peuvent se manifester par des bouffées de chaleur, des chutes ou des hausses de tension artérielle, des difficultés à respirer, de la fièvre, des frissons, des douleurs abdominales, dorsales ou dans les membres, des troubles cutanés, des nausées et des vomissements.

Si vous ressentez ces symptômes, alertez votre médecin. Un arrêt du traitement peut être nécessaire. Parfois, un protocole de désensibilisation peut être réalisé pour supprimer votre réaction allergique aux médicaments de chimiothérapie prescrits.

➤ Autres effets possibles

D'autres effets secondaires sont possibles tels que des troubles au niveau des reins, du cœur ou du foie. La surveillance médicale dont vous bénéficiez tout au long du traitement permet de les repérer et d'adapter votre traitement si besoin.

4.7 LES EFFETS SECONDAIRES DE LA CHIMIOTHÉRAPIE INTRAPÉRITONÉALE

La chimiothérapie intrapéritonéale peut avoir d'autres effets secondaires que la chimiothérapie intraveineuse, du fait de son mode d'administration.

➤ **Des douleurs abdominales** sont courantes et peuvent nécessiter d'arrêter le traitement avant la fin des 6 cycles prescrits.

➤ **Des adhérences autour du cathéter** placé dans la cavité péritonéale sont également fréquentes. Il s'agit d'une formation de bandes fibreuses qui survient après une opération lors de la cicatrisation. Ces fibres

forment une sorte de toile d'araignée autour du cathéter, ce qui peut gêner la diffusion du liquide pendant la chimiothérapie intrapéritonéale. Le traitement peut alors être arrêté et le cathéter retiré.

- ▶ **Un gonflement de l'abdomen**, lié au volume du liquide introduit, peut entraîner des difficultés à respirer profondément ainsi que des besoins plus fréquents d'uriner ou des douleurs abdominales. Ces effets passent normalement en quelques jours.
- ▶ **Des troubles de l'estomac** peuvent apparaître et durer une quinzaine de jours. Si l'estomac ne parvient plus à se vider normalement, une alimentation par sonde peut être nécessaire le temps que les fonctions de l'estomac soient rétablies.
- ▶ **Une péritonite (rare)**
La péritonite est l'inflammation* du péritoine, la membrane qui recouvre l'intérieur de la cavité abdominale et entoure les organes abdominaux. Bien qu'elle soit rare, elle peut être causée par le cathéter mis en place à l'intérieur de la cavité péritonéale, pour administrer la chimiothérapie intrapéritonéale. Une péritonite se manifeste par une douleur abdominale vive, de la fièvre et des frissons. Elle nécessite une intervention médicale d'urgence.

4.8 LES EFFETS SECONDAIRES DE LA CHIMIOTHÉRAPIE HYPERTHERMIQUE INTRAPÉRITONÉALE

La chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale combine les effets secondaires de la chirurgie et de la chimiothérapie. Le « bain » de chimiothérapie réalisé pendant l'intervention augmente le risque de complications d'ordre chirurgical, notamment les risques d'infections ou d'hémorragie. Cela peut nécessiter un séjour en soins intensifs et une nouvelle intervention chirurgicale.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

Quel type de chimiothérapie me sera administré ? De quelle façon ?

Quels sont les objectifs du traitement ?

Quels sont les effets secondaires ? Que puis-je faire pour les limiter ?

Comment sont-ils traités ?

Le traitement se passe-t-il à l'hôpital ou à domicile ? Combien de temps dure-t-il ?

Comment est effectué le suivi ?

Y a-t-il des conseils alimentaires particuliers à suivre ?

5. La prise en charge des cancers rares de l'ovaire

LES TUMEURS GERMINALES MALIGNES

LES TUMEURS DU STROMA ET DES CORDONS SEXUELS

LES TUMEURS FRONTIÈRES, AUTREMENT APPELÉES TUMEURS *BORDERLINE*

Les cancers rares de l'ovaire représentent environ 20 % de l'ensemble des cancers ovariens. Ils regroupent différents types de tumeurs, classés en trois catégories (voir ci-après).

Ces tumeurs malignes ont certaines caractéristiques communes :

- elles touchent des femmes jeunes, voire des adolescentes ;
- elles sont généralement découvertes à un stade précoce, ce qui leur confère un bon pronostic ;
- elles sont souvent chimiosensibles, c'est-à-dire que la chimiothérapie a de bons résultats pour les traiter et permet d'éviter des chirurgies mutilantes.

Ces tumeurs sont traitées grâce à une chirurgie qui consiste à ne retirer que l'ovaire atteint et à une chimiothérapie qui complète l'intervention. Si des lésions cancéreuses sont disséminées dans l'abdomen, celles-ci ne sont pas enlevées au cours de l'opération, car la chimiothérapie suffit ensuite à les éliminer efficacement sans compromettre les chances de grossesse.

Les cancers rares de l'ovaire doivent être pris en charge dans des centres spécialisés.

5.1 LES TUMEURS GERMINALES MALIGNES

Les tumeurs germinales malignes représentent moins de 5 % des cancers de l'ovaire. Elles se développent à partir des cellules impliquées dans la production des ovules. Elles touchent essentiellement des jeunes femmes voire des enfants.

Ces tumeurs ont une croissance rapide et peuvent vite devenir très volumineuses, ce qui justifie parfois une intervention chirurgicale en urgence (notamment en cas de torsion de l'ovaire, sous le poids de la tumeur). Dans ces situations d'urgence, l'intervention peut être réalisée par un chirurgien non spécialiste du cancer ovarien, mais une prise en charge spécialisée doit ensuite être mise en place.

Le traitement des tumeurs germinales malignes comprend une chirurgie, complétée le plus souvent par une chimiothérapie.

La chirurgie consiste en une ablation de l'ovaire atteint et de la trompe de Fallope associée (annexectomie unilatérale). Chez les jeunes femmes en âge de procréer, il n'est jamais recommandé de supprimer la totalité des organes reproducteurs, même si le cancer est à un stade avancé. Chez les femmes n'ayant plus de désir de grossesse, une hystérectomie avec annexectomie bilatérale (ablation de l'utérus, des deux ovaires et des deux trompes de Fallope) peut être discutée.

Après la chirurgie, une chimiothérapie est généralement proposée. Elle utilise trois médicaments : la bléomycine, l'étoposide et les sels de platine.

La chimiothérapie n'affecte habituellement pas la capacité d'une jeune femme de porter des enfants.

5.2 LES TUMEURS DU STROMA ET DES CORDONS SEXUELS

Les tumeurs du stroma et/ou des cordons sexuels représentent environ 8 % des tumeurs ovariennes. Elles se développent à partir des cellules appartenant au tissu de soutien des ovaires, qui sont impliquées dans la production d'hormones. Les tumeurs du stroma et des cordons sexuels entraînent donc fréquemment des troubles hormonaux qui peuvent aider au diagnostic.

Dans la grande majorité des cas, ces tumeurs sont découvertes à un stade précoce (stade I, voir page 16), ce qui permet d'obtenir un taux élevé de guérison.

La prise en charge de ces tumeurs repose sur la chirurgie, qui doit autant que possible conserver les possibilités de grossesse ultérieure pour les femmes en âge de procréer. Il s'agit donc d'une chirurgie conservatrice : ablation de l'ovaire atteint et de la trompe de Fallope associée (annexectomie unilatérale). Pour les femmes ne désirant plus d'enfants, la chirurgie peut consister en une ablation de l'utérus et des deux ovaires (hystérectomie avec annexectomie bilatérale).

La chirurgie peut être complétée efficacement par une chimiothérapie, qui associe les mêmes médicaments que pour traiter les tumeurs germinales : la bléomycine, l'étoposide et les sels de platine. La chimiothérapie n'affecte habituellement pas la capacité d'une jeune femme de porter des enfants.

Ces tumeurs présentent un risque élevé de récurrence, y compris 10 ans après les premiers traitements. Un suivi régulier doit donc être mis en place à long terme.

5.3 LES TUMEURS FRONTIÈRES (OU *BORDERLINE*)

Les tumeurs frontières sont des tumeurs d'origine épithéliales (comme les cancers les plus fréquents de l'ovaire), mais ces tumeurs ne sont pas cancéreuses. Elles sont à la limite entre tumeur bénigne et tumeur maligne, d'où leur nom de tumeur frontière (*borderline* en anglais). Ces tumeurs ont un meilleur pronostic que les cancers épithéliaux.

Leur prise en charge repose sur une chirurgie conservatrice (le chirurgien ne retire que l'ovaire atteint), chez les femmes en âge de procréer.

Si la tumeur s'est étendue en dehors des ovaires, la suite du traitement dépend de l'agressivité de la tumeur. Si elle est agressive (c'est-à-dire qu'elle se développe rapidement), une chimiothérapie est recommandée. Si elle ne l'est pas, la chimiothérapie n'est pas indiquée.

Une surveillance régulière est nécessaire après les traitements pour surveiller l'évolution de la tumeur et de ses éventuelles extensions, si celles-ci n'ont pas toutes été retirées lors de la chirurgie.

6. Les professionnels et leur rôle

Au cours de la maladie, vous rencontrez ou pouvez solliciter de nombreux professionnels, que ce soit dans l'établissement dans lequel vous êtes suivie ou en ville. Voici, en quelques mots, en quoi consiste leur activité.

Le **gynécologue** est un médecin spécialiste de l'appareil génital de la femme.

Le **gynécologue obstétricien** est un gynécologue chirurgien.

Le **gynécologue oncologue** est un médecin spécialiste des cancers de l'appareil génital de la femme.

L'**aide-soignant** participe à vos soins en collaboration avec les infirmiers.

L'**anatomopathologiste** ou **pathologiste** est un médecin spécialiste qui examine au microscope des cellules et des tissus prélevés au cours d'une biopsie ou d'une chirurgie. Son rôle est déterminant pour le diagnostic et l'orientation du choix des traitements.

L'**anesthésiste-réanimateur** est un médecin spécialiste chargé de vous endormir ou de vous insensibiliser lors d'une opération chirurgicale. Avant l'opération, il vous examine au cours d'une consultation préanesthésique afin de déterminer la technique d'anesthésie la plus appropriée. Pendant l'intervention, il effectue et surveille l'anesthésie. Il assure ensuite votre suivi en salle de réveil et prend en charge la douleur éventuelle.

L'**assistant social** est un professionnel du domaine social qui vous accompagne et vous aide à résoudre vos difficultés économiques et sociales. Vous pouvez contacter un assistant social au sein de l'établissement de santé où vous êtes suivie ou en ville.

Le **chirurgien** est un médecin spécialiste qui pratique des opérations chirurgicales pour, par exemple, diagnostiquer un cancer, enlever une

tumeur*, des tissus ou des organes atteints ou remédier à certaines complications. Les cancers de l'ovaire sont traités soit par des chirurgiens généralistes, soit par des gynécologues obstétriciens, soit par des spécialistes du cancer gynécologique (gynécologues oncologues). Dans tous les cas, une bonne formation et une expérience dans la chirurgie des cancers de l'ovaire sont nécessaires pour faire face aux nécessités du traitement.

Le **diététicien** guide les choix alimentaires et, sur prescription médicale, prend en charge les problèmes nutritionnels en rapport avec le cancer et ses traitements.

L'**infirmier** est chargé de réaliser des soins et de surveiller et administrer les traitements prescrits par le médecin. Il exerce son activité au sein d'un établissement de santé ou en libéral.

Le **kinésithérapeute** ou masseur-kinésithérapeute aide à rééduquer différentes parties du corps grâce à des mouvements adaptés. Il réalise sur prescription médicale des actes manuellement ou à l'aide d'appareils et vous apprend des gestes ou des techniques qui permettent de remédier à vos déficits.

Le **médecin généraliste** suit vos différents problèmes de santé. Il a un rôle très important pour le diagnostic d'un cancer, pendant les traitements et lors de la surveillance après les traitements. Il assure le lien avec l'hôpital ou la clinique par des contacts téléphoniques, des comptes rendus et des courriers médicaux. C'est souvent lui qui est choisi comme médecin traitant.

Le **médecin nucléaire** est un médecin spécialiste de la médecine nucléaire qui utilise des éléments radioactifs pour réaliser un diagnostic ou un traitement. En cancérologie, la TEP* est par exemple un examen prescrit et réalisé par un médecin nucléaire.

Le **médecin traitant** est le médecin que vous avez choisi et déclaré auprès de votre caisse d'Assurance maladie. Il coordonne vos soins, vous guide vers d'autres professionnels de santé, gère votre dossier médical et assure une prévention personnalisée. Le médecin traitant

est souvent un médecin généraliste, mais ce peut être un spécialiste. Il peut être conventionné ou non, exercer dans un cabinet, à l'hôpital ou dans toute autre structure de soins.

L'**oncologue** ou **cancérologue** est le médecin spécialiste du cancer et de ses traitements. Ce peut être un chirurgien spécialisé en cancérologie, un spécialiste de la chimiothérapie (oncologue médical), un spécialiste de la radiothérapie (oncologue radiothérapeute) ou un spécialiste d'organe (gynécologue).

Le **psychiatre** est un médecin spécialiste des maladies mentales et des troubles psychologiques (dépression ou anxiété face à la maladie, difficultés relationnelles ou comportementales...). Comme tout médecin, il peut prescrire des médicaments. Lorsqu'il travaille en cancérologie, on parle d'oncopsychiatre.

Le **psychologue** est un professionnel spécialiste de l'écoute et formé à aider des personnes en situation de souffrance psychique. Il peut vous assurer un soutien et un suivi psychologique par des entretiens individuels ou en groupe. Lorsqu'il travaille en cancérologie, on parle aussi de psycho-oncologue ou d'oncopsychologue.

Le **radiologue** est le médecin spécialiste qui réalise et interprète des images de parties du corps ou d'organes lors des examens de radiologie tels que la radiographie ou l'échographie. Il est assisté par un manipulateur de radiologie.

Le **sexologue** est un médecin ou psychologue formé à la sexologie, ce qui lui permet de vous aider, vous ou votre partenaire, à gérer les difficultés sexuelles liées à la maladie et ses traitements.

Le **socio-esthéticien** aide à la qualité de vie des personnes hospitalisées par la mise en œuvre de soins esthétiques : coiffure, maquillage, manucure, etc.

Le **sophrologue** propose des techniques de soutien fondées sur des exercices de respiration consciente, des visualisations positives et des massages de détente.

7. Questions de vie quotidienne

QU'EST-CE QUE L'ALD ?

LA VIE PROFESSIONNELLE PENDANT LES TRAITEMENTS

LES AIDES À DOMICILE

BÉNÉFICIER D'UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

LES PROCHES

LA VIE INTIME ET LA SEXUALITÉ

La survenue de la maladie et la mise en place de vos traitements entraînent d'importants changements dans votre vie quotidienne. Des solutions existent afin d'assurer la meilleure conciliation entre la prise en charge médicale de votre maladie et votre vie au quotidien.

7.1 QU'EST-CE QUE L'ALD ?

Selon la définition de l'Assurance maladie, une affection de longue durée (ALD) est une maladie qui nécessite un suivi et des soins prolongés (plus de 6 mois) et des traitements coûteux ouvrant droit à une prise en charge à 100 %. Le cancer fait partie des affections de longue durée.

Le taux de prise en charge à 100 % concerne les soins et les traitements en rapport avec votre maladie. Cependant, certains frais ne sont pas pris en charge à 100 %. Il s'agit notamment du forfait hospitalier (coût de l'hébergement, de la restauration et de l'entretien des chambres pendant une hospitalisation) et des soins dont le coût dépasse le tarif de la Sécurité sociale. La part non remboursée par l'Assurance maladie est à votre charge ou peut être remboursée par votre mutuelle complémentaire si vous en avez une.

C'est votre médecin traitant qui établit le formulaire pour demander votre prise en charge à 100 %. Il adresse ce document, appelé protocole de soins, au médecin conseil de l'Assurance maladie. Après accord de ce dernier, le protocole de soins vous est remis et expliqué par votre médecin traitant. Il vous informe sur la prise en charge médicale de votre maladie, sur la durée de la prise en charge et sur vos remboursements.

7.2 LA VIE PROFESSIONNELLE PENDANT LES TRAITEMENTS

La vie professionnelle est souvent perturbée par la maladie, soit parce que vous êtes trop fatiguée, soit parce que les effets secondaires causés par le cancer ou les traitements vous empêchent de travailler.

Pendant les traitements, un arrêt de travail de quelques semaines ou quelques mois est fréquent. Vous pouvez alors bénéficier d'indemnités journalières qui compensent en partie la perte de vos revenus professionnels. Les conditions pour obtenir ces indemnités sont variables selon les statuts professionnels (salarié, fonctionnaire, travailleur indépendant, demandeur d'emploi, profession libérale, etc.).

Pensez à prévenir votre ou vos employeurs dès le premier jour de votre arrêt de travail. Cela permettra de conserver un bon contact et facilitera, à terme, une reprise du travail dans les meilleures conditions.

7.3 LES AIDES À DOMICILE

Lorsque l'on suit un traitement ou que l'on rentre chez soi après une hospitalisation, il est parfois difficile de s'occuper des tâches quotidiennes. Une aide à domicile peut alors s'avérer utile. Derrière ce terme, outre l'aide à domicile, on trouve différents métiers tels que l'auxiliaire de vie sociale ou la technicienne de l'intervention sociale et familiale.

Ces professionnels ont diverses compétences et peuvent vous aider dans :

- les gestes du quotidien comme le lever, la toilette ou l'alimentation ;
- les activités domestiques comme l'entretien du logement et du linge, les courses ou la préparation des repas ;
- les démarches administratives ;
- l'organisation de la vie familiale comme aller chercher les enfants à l'école.

Il est parfois possible de bénéficier d'un soutien financier qui prend en charge une partie des frais engendrés par l'aide à domicile. Plusieurs dispositifs existent. Ils sont conditionnés par votre âge, votre situation ou vos ressources.

Pour en savoir plus sur vos droits, sur les aides et sur les démarches, vous pouvez prendre contact avec votre caisse d'Assurance maladie, consulter le guide Cancer info *Démarches sociales et cancer*, ou encore, faire appel à l'assistante sociale de l'établissement dans lequel vous êtes suivie.

7.4 BÉNÉFICIER D'UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

La maladie peut être source de souffrance psychologique. L'angoisse du lendemain, la perte de repères, l'altération de l'image du corps, la difficulté à communiquer avec ses proches sont autant de facteurs qui peuvent être déstabilisants et rendre vulnérable.

Chacun vit la maladie et les traitements de manière différente, selon son histoire, sa personnalité et ses relations familiales, sociales, professionnelles. Dans tous les cas, il est important d'exprimer ses doutes et ses craintes, notamment à l'équipe soignante. Vous pourrez ainsi être écoutée et bénéficier, si nécessaire, d'un soutien psychologique.

Selon vos besoins et vos souhaits, vous pouvez être orientée vers un professionnel, vers des groupes de parole ou vers des associations de patients.

Consulter un professionnel

La consultation d'un psychologue ou d'un psychiatre est prise en charge par l'Assurance maladie si vous consultez à l'hôpital ou dans un centre médico-psychologique (CMP).

Participer à un groupe de parole

Des groupes de parole peuvent être organisés à l'initiative de l'établissement hospitalier ou d'associations. Animés par des professionnels, ils permettent d'échanger, de rencontrer des personnes confrontées aux mêmes problèmes ou aux mêmes inquiétudes. Ces

groupes peuvent vous aider à vous exprimer, notamment sur des sujets que vous n'évoquez pas forcément avec votre entourage.

Rencontrer une association de patients

Il existe de nombreuses associations de patients ou de proches de personnes malades. Leurs modes d'intervention sont variés, mais leur rôle est important. Elles peuvent vous apporter, ainsi qu'à vos proches, des informations ainsi qu'un soutien sur le plan humain ou social. Elles constituent aussi un moyen de rencontre et d'échange.

Pour en savoir plus sur les aspects psychologiques de la maladie, consultez le guide *Vivre pendant et après un cancer*. Pour connaître les coordonnées des associations près de chez vous, rendez-vous sur www.e-cancer.fr/cancer-info

7.5 LES PROCHES

Accompagner une personne atteinte d'un cancer est une épreuve difficile. L'investissement personnel auprès d'une personne malade est éprouvant, tant sur le plan physique que psychologique.

Proposer à vos proches de lire ce guide peut les aider à mieux comprendre la période que vous traversez.

Des psychologues et psychiatres sont généralement présents dans les établissements de santé et peuvent accueillir autant les personnes malades que leur entourage. Par ailleurs, des associations d'anciens patients et de bénévoles proposent un soutien particulier aux proches, notamment à travers des groupes de parole. N'hésitez pas à vous renseigner auprès de l'établissement où vous êtes suivie ou de la Ligue nationale contre le cancer.

Des informations détaillées destinées aux proches figurent dans le guide *Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer*.

7.6 LA VIE INTIME ET LA SEXUALITÉ

Le cancer et ses traitements peuvent affecter divers aspects de votre vie, dont votre vie intime et votre sexualité.

Après le diagnostic, le stress, l'inquiétude et la fatigue entraînent souvent une baisse de désir. Vous n'avez pas l'esprit à ça, et votre conjoint peut-être non plus. Mais la sexualité ne se limite pas aux rapports sexuels, elle englobe l'affection, la tendresse, la parole... et avec le temps, le désir revient souvent petit à petit.

Des difficultés d'ordre physique peuvent apparaître à la suite des traitements, notamment si vous êtes jeune et que vous n'étiez pas ménopausée avant la chirurgie. L'ablation de l'utérus et des ovaires entraîne en effet une ménopause précoce, qui se manifeste par l'arrêt des règles et des désagréments de type bouffées de chaleur, sécheresse vaginale, baisse de la libido, troubles du sommeil et de l'humeur. La sécheresse vaginale est souvent responsable de douleurs pendant la pénétration (dyspareunie). Un traitement hormonal substitutif (THS) peut être prescrit pour compenser les pertes d'hormones consécutives aux traitements et soulager ces symptômes. Ils améliorent notamment la lubrification de la paroi vaginale, ce qui diminue les douleurs pendant les relations sexuelles. Par ailleurs, vous pouvez utiliser un gel lubrifiant sans colorant et sans parfum. Demandez conseil à votre médecin pour trouver des solutions adaptées à votre situation et à vos besoins.

N'hésitez pas à vous confier à l'équipe médicale qui vous suit si vous en ressentez le besoin. Vous pouvez également consulter un sexologue.

8. Ressources utiles

LA PLATEFORME CANCER INFO LES ASSOCIATIONS

8.1 LA PLATEFORME CANCER INFO

■ **Cancer info, le service téléphonique : 0810 810 821** (prix d'un appel local)

Une équipe constituée de spécialistes de l'information sur les cancers répond à vos questions d'ordre pratique, médical ou social, du lundi au samedi, de 9 heures à 19 heures. Vous pouvez aussi accéder à un service d'écoute animé par des psychologues et à une permanence juridique animée par des avocats.

■ **Cancer info, la rubrique internet : www.e-cancer.fr/cancer-info**

La rubrique Cancer info du site de l'Institut National du Cancer donne accès à des informations détaillées sur le cancer de l'ovaire, ses facteurs de risque, son diagnostic, ses traitements, le suivi après les traitements, la vie pendant et après la maladie, les associations près de chez vous, etc.

■ **Cancer info, les guides**

(disponibles gratuitement **sur www.e-cancer.fr**)

- **La prise en charge des cancers du sein et de l'ovaire d'origine génétique (à paraître)**

Environ 10 % des cancers du sein et de l'ovaire sont liés à une prédisposition génétique, impliquant les gènes BRCA1 et BRCA2. Ces formes de cancer nécessitent une prise en charge spécifique, notamment axée sur la prévention. Ce guide aborde les différents aspects de cette prise en charge, de la surveillance aux traitements.

- **Démarches sociales et cancer (2009)**

Support d'information sur les droits sociaux, ce guide a pour but d'aider les personnes malades et leurs proches à s'orienter dans leurs démarches auprès des différents services sociaux et administratifs.

- **Traitements du cancer et chute des cheveux (2009)**
Ce guide répond de manière complète, pratique et illustrée, aux questions qui peuvent se poser sur la chute des cheveux associée à certaines chimiothérapies ou radiothérapies.
- **Comprendre la chimiothérapie (2008)**
Ce guide a pour but d'aider les personnes traitées par chimiothérapie à mieux comprendre le principe de ce traitement, à faciliter la prise en charge de ses effets secondaires et à mieux le vivre au quotidien.
- **Les essais cliniques en cancérologie : les réponses à vos questions (2008)**
Ce guide répond aux questions que les patients peuvent se poser lorsqu'un essai clinique leur est proposé : quel est l'objectif ? Existe-t-il des risques ? Comment prendre la décision ? etc.
- **Douleur et cancer (2007)**
Ce guide a pour objectif de répondre aux questions des patients sur les douleurs liées au cancer et de faciliter leur prise en charge.
- **Vivre pendant et après un cancer (2007)**
Ce guide a pour but d'accompagner le patient dans les changements que peuvent entraîner la maladie et ses traitements, sur le plan psychologique, émotionnel, relationnel ou familial.
- **Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer (2006)**
Ce guide a pour objectif de permettre aux proches de mieux cerner le rôle qu'ils peuvent jouer auprès de la personne malade.
- **Fatigue et cancer (2005)**
Ce guide a pour objectif d'aider les patients et leurs proches à comprendre les causes de la fatigue associée au cancer et à faciliter sa prise en charge.

8.2 LES ASSOCIATIONS

► Ligue nationale contre le cancer

La Ligue nationale contre le cancer apporte aux malades et à leurs proches un soutien moral, psychologique, matériel et financier. Elle est présente partout en France à travers ses 101 comités départementaux. Pour connaître et accéder à ses services : appelez le 0810 111 101 (prix d'un appel local) ou connectez-vous sur **www.ligue-cancer.net/**

9. Glossaire

a

adénopathie : augmentation, douloureuse ou non, de la taille d'un ganglion* qui devient dur et parfois, enflammé. Une adénopathie peut être provoquée par une infection ou par la migration de cellules cancéreuses qui proviennent d'un organe ou d'un tissu voisin.

anatomopathologie : spécialité médicale qui consiste à examiner des organes, des tissus ou des cellules prélevés sur le patient.

anémie : diminution du nombre de globules rouges* dans le sang, qui se traduit notamment par une grande fatigue, une pâleur, un essoufflement.

anticoagulant : médicament qui diminue la coagulation du sang, évitant ainsi la formation de caillots dans les vaisseaux sanguins.

aorte : artère qui conduit le sang du cœur vers tous les organes du corps. L'aorte est la plus grosse artère du corps.

b

biopsie : prélèvement d'un petit morceau de tissu pour analyse.

c

cathéter : fin tuyau introduit dans un vaisseau sanguin ou dans une cavité (par exemple, la cavité péritonéale) pour y faire des injections. Le cathéter permet de limiter les piqûres lorsque plusieurs injections sont prévues.

cellule : unité de base de la vie qui constitue tout organisme. Le corps humain est composé de plusieurs milliards de cellules de différents types (cellules de peau, des os, du sang...) qui, pour la plupart, se multiplient, se renouvellent et meurent. Des cellules identiques assemblées entre elles forment un tissu. Une cellule devient cancéreuse lorsqu'elle se modifie et se multiplie de façon incontrôlée.

cisplatine : médicament de chimiothérapie de la famille des sels de platine.

consultation d'oncogénétique : consultation au cours de laquelle un médecin spécialiste (oncogénéticien) étudie les facteurs héréditaires pouvant favoriser le développement de certains cancers.

e

épiploon : partie du péritoine* qui forme un repli sous l'estomac et recouvre une partie du côlon.

essai clinique : étude scientifique menée avec des patients, dont l'objectif est de rechercher de meilleures modalités de prise en charge du cancer. Un essai clinique peut porter sur la prévention, le dépistage, le diagnostic, un traitement ou la qualité de vie.

examen anatomopathologique : examen qui consiste à étudier des tissus ou des cellules prélevés sur un patient pour y repérer des anomalies.

f

facteur de croissance : substance qui régule la fabrication ou la croissance de certaines cellules. Les facteurs de croissance agissent par l'intermédiaire de récepteurs disposés à la surface des cellules. Certains facteurs de croissance jouent un rôle dans le développement des cancers et peuvent être inhibés par des médicaments ; d'autres sont utilisés comme traitement (en cas de baisse des globules blancs ou des globules rouges par exemple).

fistule : canal anormal qui se développe entre deux organes ou entre un organe et la peau au cours d'une maladie ou à la suite d'un traitement.

g

ganglion : petit renflement sur le trajet des vaisseaux lymphatiques*. Souvent disposés en chaîne ou en amas, les ganglions sont soit superficiels (dans le cou, l'aisselle, l'aîne), soit profonds (dans l'abdomen, le thorax). Ils assurent un rôle essentiel dans la protection du corps contre les infections* ou les cellules cancéreuses. Ils mesurent normalement moins d'un centimètre de diamètre. Si leur taille est anormale, on parle d'adénopathie*. L'augmentation de volume d'un ganglion peut être liée à autre chose qu'un cancer.

glande : organe dont la fonction est de fabriquer certaines substances qu'il libère ensuite, soit dans le sang (glande endocrine), soit à l'extérieur de l'organisme (glande exocrine). Les glandes salivaires fabriquent la salive ; les glandes mammaires produisent le lait maternel. Certaines glandes, comme les ovaires ou la thyroïde, produisent des hormones* indispensables au bon fonctionnement de l'organisme.

glande mammaire : glande située à l'intérieur du sein et sécrétant le lait maternel nécessaire à l'allaitement.

globule rouge : cellule* du sang contenant de l'hémoglobine*, ce qui lui donne sa couleur rouge. Les globules rouges servent à transporter l'oxygène. On parle aussi d'hématie.

grade : degré d'agressivité (de malignité) d'une tumeur. Le grade est déterminé après l'examen au microscope d'un échantillon de tumeur par un médecin anatomopathologiste. Élément important du pronostic*, le grade permet de prévoir l'évolution possible de la tumeur et de proposer des traitements adaptés.

h

hématome : accumulation de sang localisée sous la peau ou dans une cavité à la suite d'une rupture de vaisseaux sanguins.

hémoglobine : composant des globules rouges*, qui donne la couleur rouge au sang et qui, à l'aide du fer, permet de fixer successivement l'oxygène et le gaz carbonique.

hormone : substance produite par certaines glandes* de l'organisme. Les hormones agissent sur le développement ou le fonctionnement d'un organe.

i

infection : pénétration et prolifération dans le corps d'un micro-organisme invisible à l'œil nu (bactérie, virus...), susceptible de provoquer des troubles. Une infection peut être locale ou généralisée (septicémie).

inflammation : réaction de défense de l'organisme face à une infection* ou une lésion des tissus. Une inflammation peut entraîner une rougeur, une douleur, une sensation de chaleur et, parfois, un gonflement à l'endroit où elle se produit.

l

lymphe : liquide translucide qui transporte les globules blancs et évacue les déchets des cellules. La lymphe est issue du sang et circule dans des vaisseaux, appelés vaisseaux lymphatiques.

m

malin, maligne : cancéreux.

O

œstrogène : hormone* produite par les ovaires. La fonction des œstrogènes est de préparer la fécondation (rencontre d'un ovule et d'un spermatozoïde) et la gestation (nidation et développement du fœtus dans l'utérus).

ovule : cellule reproductrice de la femme produite par les ovaires et susceptible d'être fécondée par un spermatozoïde.

P

perfusion : injection lente et continue d'un liquide (médicament, solution nutritive), le plus souvent dans une veine. On parle aussi de goutte-à-goutte.

péritoine : membrane qui tapisse l'intérieur de l'abdomen et qui recouvre les organes abdominaux : côlon, estomac, foie, pancréas, etc.

phlébite : inflammation d'une veine, pouvant provoquer son obturation par la formation d'un caillot de sang.

progestérone : hormone produite par les ovaires, essentiellement après l'ovulation. La fonction de la progestérone est de préparer l'utérus pour la nidation et le développement du fœtus.

pronostic : appréciation par le médecin de l'évolution d'une maladie et de son issue. Le pronostic est établi en se référant à la situation propre du patient et à l'évolution habituellement observée chez de nombreuses autres personnes présentant une maladie identique.

R

récidive : réapparition de cellules cancéreuses, au même endroit ou dans une autre région du corps. Une récidive peut survenir très tôt après la fin des traitements, mais aussi après une longue période de rémission*. On parle aussi de rechute.

recommandation : document destiné à aider les professionnels de santé à proposer au patient les solutions de prises en charge les mieux adaptées selon le type de cancer et son stade*.

rémission : diminution ou disparition des signes d'une maladie. Dans le cas du cancer, on parle de rémission dès lors que toute trace du cancer a disparu. Au bout d'un certain délai, la rémission devient guérison.

S

stade : degré d'extension d'un cancer. Le stade du cancer est spécifié au moyen d'une classification qui prend en compte la taille de la tumeur et la présence ou non de cellules cancéreuses dans les ganglions* et dans d'autres parties du corps. Ces informations précisées au moment du diagnostic sont déterminantes pour le choix des traitements.

t

traitement hormonal substitutif (THS) : traitement qui vise à remplacer les hormones produites par les ovaires lorsque ceux-ci ne fonctionnent plus ou ont été enlevés, provoquant la ménopause. On parle aussi d'hormonothérapie substitutive.

TEP : abréviation de tomographie par émission de positons. Examen qui permet d'obtenir des images précises du corps en coupes fines grâce à l'injection d'un produit faiblement radioactif appelé traceur. Ces images sont reconstituées en trois dimensions sur un écran d'ordinateur.

trompes de Fallope : conduit reliant l'ovaire à l'utérus. Il y a une trompe de Fallope de chaque côté de l'utérus. On les appelle aussi trompes utérines.

tumeur : grosseur plus ou moins volumineuse due à une multiplication excessive de cellules normales (tumeur bénigne) ou anormales (tumeur maligne).

type histologique : ensemble des caractéristique des tissus d'une tumeur*, déterminées au microscope par l'examen anatomopathologique*. L'apparence des tissus permet de déterminer s'il s'agit d'une tumeur bénigne ou maligne, plus ou moins proche des tissus normaux sur lesquels la tumeur s'est développée. Le type histologique identifié au moment du diagnostic détermine le choix des traitements. On parle parfois de type histopathologique.

V

vaisseau lymphatique : canal par lequel circule la lymphe*. Les vaisseaux lymphatiques relient les ganglions* entre eux pour former le système lymphatique, impliqué dans la défense de l'organisme.

veine cave : veine large qui ramène le sang du corps au cœur. La veine cave inférieure transporte le sang de la partie inférieure du corps (sous le cœur) et la veine cave supérieure transporte le sang provenant de la partie supérieure du corps.

Annexe : les examens du bilan diag

EXAMEN	DESCRIPTION
Examen gynécologique	Il comprend un toucher vaginal et un toucher rectal, qui permettent de palper le vagin, l'utérus, les trompes de Fallope, les ovaires, la vessie et le rectum.
Échographie abdominopelvienne	L'échographie permet de réaliser des images du corps grâce à des ultrasons. L'examen est réalisé par un gynécologue. Il peut se faire de deux façons combinées : par voie sus-pubienne (le médecin pose la sonde sur la peau au-dessus du pubis) et par voie transvaginale (le médecin introduit la sonde dans le vagin). Cet examen est indolore.
IRM pelvienne	Examen qui utilise un puissant aimant et des ondes radioélectriques pour produire des images en coupes des organes, tissus, os et vaisseaux sanguins de la région pelvienne. Un ordinateur assemble ces images en clichés en trois dimensions. Avant l'examen, un produit de contraste est injecté dans une veine. Il se diffuse dans le corps et permet de mieux visualiser la tumeur.
Analyses de sang	Plusieurs analyses de sang sont réalisées avant de commencer les traitements afin de mesurer : <ul style="list-style-type: none">■ la quantité et la qualité des différentes cellules sanguines (on parle de numération formule sanguine ou encore d'hémogramme) ;■ le taux de certaines substances chimiques présentes (composition biochimique du sang) ;■ le taux d'un marqueur tumoral appelé CA 125 (substance sécrétée par certaines tumeurs touchant les ovaires).

nostique

OBJECTIF

L'examen gynécologique permet au médecin de déceler une grosseur inhabituelle ou une anomalie dans la forme de l'un des organes palpés.

Cet examen d'imagerie donne des informations précises sur la nature, la taille et la localisation de la tumeur. Il permet également d'évaluer son extension (présence ou non de métastases). Il permet aussi de détecter la présence de liquides dans la cavité abdominale (ascite)

Cet examen est pratiqué si l'échographie révèle une masse au niveau des ovaires, sans que le médecin puisse déterminer s'il s'agit d'un cancer ou non.

Ces analyses fournissent des renseignements sur l'état de santé général. Elles sont également utiles pour vérifier qu'il n'y a pas de contre-indication particulière à l'un des traitements du cancer, notamment à certaines chimiothérapies.

Annexe : les examens du bilan diag

EXAMEN	DESCRIPTION
Scanner abdominopelvien	Examen qui permet de réaliser des images en coupes de l'abdomen et du pelvis, grâce à des rayons X. On parle aussi de tomodensitométrie, abrégé en TDM. Avant l'examen, un produit de contraste à base d'iode est injecté dans une veine du bras. Ce produit améliore la qualité des images obtenues. L'examen est interprété par un radiologue.
Biopsie	Prélèvement d'un échantillon de tissu (au niveau du péritoine, des ganglions ou d'autres organes proches des ovaires), pendant une chirurgie spécifique, réalisée généralement sous coelioscopie, ou pendant la chirurgie au cours de laquelle le chirurgien retire les ovaires.
Examen anatomopathologique	Analyse de tissus ou de cellules prélevés lors d'une biopsie ou retirés lors d'une chirurgie. Cette analyse est faite au microscope, par un pathologiste.

nostique (suite)

OBJECTIF
<p>Le scanner permet de détecter des anomalies qui peuvent être le signe d'une propagation du cancer en dehors des ovaires. Il donne une indication sur le stade probable de la maladie.</p> <p>Cet examen est recommandé avant la chirurgie.</p>
<p>Les biopsies sont indispensables pour pouvoir analyser les tissus et déterminer avec certitude le diagnostic de cancer.</p>
<p>C'est l'examen indispensable pour confirmer le diagnostic de cancer. Il permet d'étudier les caractéristiques du tissu cancéreux (histologie). Réalisé sur la biopsie, il contribue au diagnostic. Réalisé sur la pièce opératoire, donc après la chirurgie, il contribue au bilan d'extension, car il permet de définir le stade du cancer.</p>

Méthode et références

Ce guide fait partie de Cancer info, la plateforme d'information de référence à destination des malades et des proches. Cette plateforme est développée par l'Institut National du Cancer en partenariat avec la Ligue nationale contre le cancer. Elle vise à rendre accessible une information validée pour permettre au patient d'être acteur du système de soins. Les contenus de Cancer info sont élaborés à partir des recommandations destinées aux professionnels de santé et selon une méthodologie pluridisciplinaire associant professionnels et usagers. Ils sont régulièrement mis à jour en fonction des avancées médicales et réglementaires.

Sources

Les informations contenues dans ce guide sont issues des sources de référence suivantes :

- **Guide affection longue durée, tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique, Cancer de l'ovaire** – HAS/INCa (janvier 2010) ;
- **Recommandations professionnelles, Cancer de l'ovaire, traitement chirurgical** – INCa/SFOG (juin 2009) ;
- **Recommandations professionnelles, Cancer de l'ovaire, traitements adjuvants et de consolidation** – INCa/SFOG (juin 2009) ;
- **Référentiel de bon usage hors GHS, protocoles thérapeutiques hors PHS, Cancers gynécologiques** – INCa/AFSSAPS/ HAS, mise à jour 2010 ;
- **La chimiothérapie intrapéritonéale dans les cancers de l'ovaire**, académie nationale de chirurgie, 2009
- **Tumeurs du stroma et des cordons sexuels**, I.Ray-Coquard, encyclopédie Orphanet, mars 2004

Conception et coordination

► **Emmanuelle Bara**, responsable du département information des malades et des proches, directrice adjointe de l'information des publics, Institut National du Cancer

Marie Déchelette, chef de projet, département information des malades et des proches, Direction de l'information des publics, Institut National du Cancer

Conformité aux recommandations professionnelles

► **Valérie Mazeau-Woynar**, médecin, responsable du département des recommandations pour les professionnels de santé, Direction des soins et de la vie des malades, Institut National du Cancer

Relecture médicale

► **Philippe Morice**, chirurgien, Institut Gustave Roussy, Villejuif

Denis Querleu, chirurgien, Institut Claudius Regaud, Toulouse

Relecture usagers

► **Sylvie Aubert**, membre du groupe d'usagers de la Ligue nationale contre le cancer, accompagnatrice en santé, Espace de rencontres et d'information, CHU de Poitiers

Martine Damecour, membre du groupe d'usagers de la Ligue nationale contre le cancer

Hélène Mouriesse, membre du groupe d'usagers de la Ligue nationale contre le cancer

Emmanuelle Pujol, membre du groupe d'usagers de la Ligue nationale contre le cancer, accompagnatrice en santé, Espace de rencontres et d'information, Institut Gustave Roussy, Villejuif

Pour en savoir plus, télécharger ou commander
gratuitement ce guide :



Édité par l'Institut National du Cancer
Tous droits réservés - Siren 185 512 777
Conception : INCa
Réalisation : Le Square
Couverture : Olivier Cauquil
Illustrations médicales : Anne-Christel Rolling
Impression : Comelli
ISSN 2104-953X

DEPÔT LÉGAL NOVEMBRE 2010

Vous avez appris que vous avez un cancer de l'ovaire. La survenue de cette maladie provoque d'importants bouleversements. Ce guide a pour objectif de vous accompagner dans la période des traitements qui commence.

Quels sont les traitements? Quels sont leurs objectifs et leurs effets secondaires? Quelles sont leurs conséquences sur votre vie quotidienne? Qui sont les professionnels que vous rencontrez? Voilà les questions auxquelles ce guide tente de répondre en fournissant des informations médicales de référence et validées par des spécialistes des cancers de l'ovaire.

Cependant, votre situation face au cancer est unique. Les informations de ce guide ne peuvent donc pas remplacer un avis médical. Ce guide constitue, avant tout, un support pour vos échanges avec vos médecins et l'équipe soignante.

