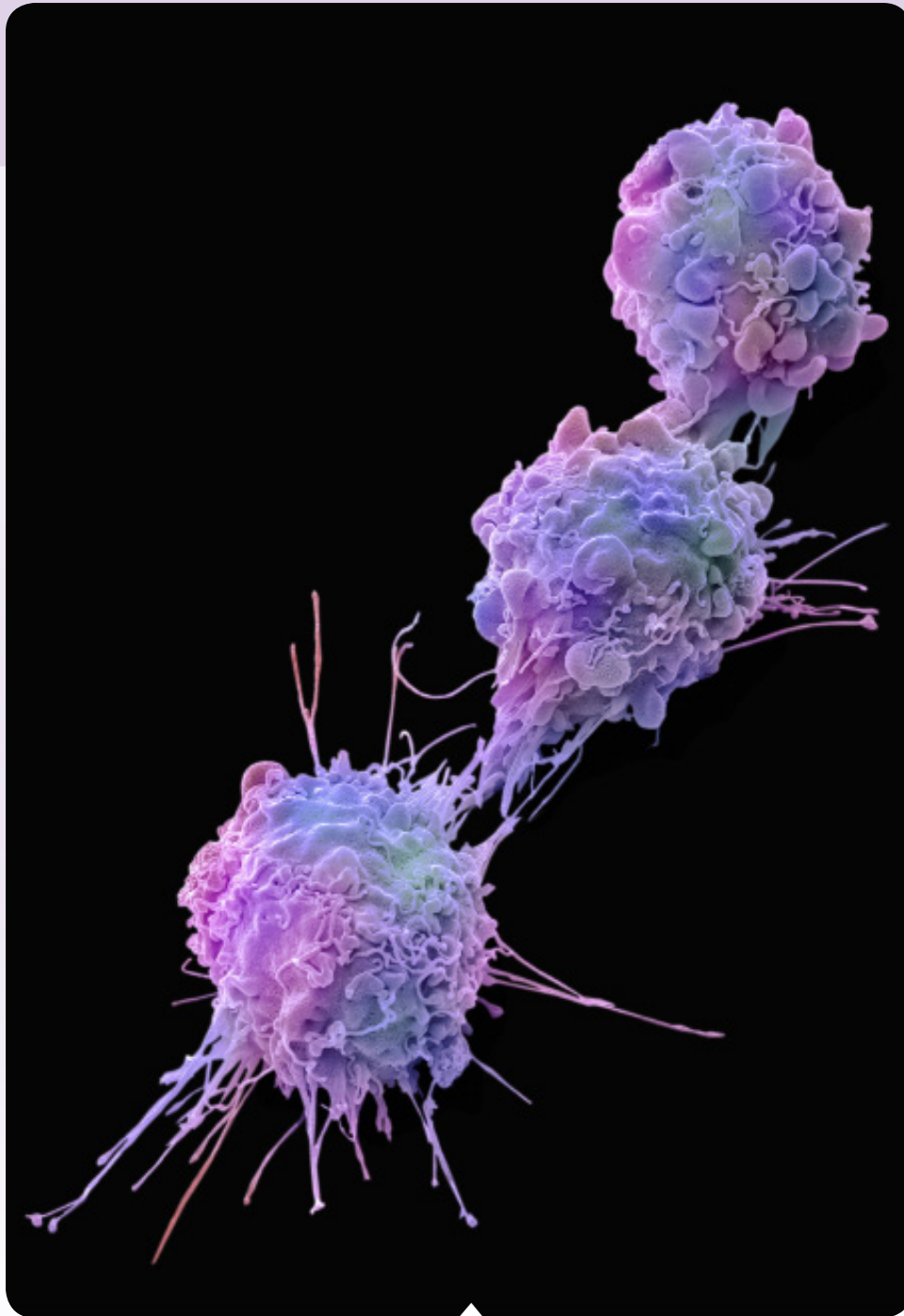


Cancers gynécologiques



SPL/PHANIE

Cellules cancéreuses de l'ovaire, grossies au microscope électronique à balayage.

Sommaire

Fiches maladies
p. 154

LES CENTRES DE POINTE

Nord-Ouest p. 156

Sud-Ouest p. 157

Nord-Est p. 158

Sud-Est p. 159

Île-de-France p. 160

REPORTAGE

Hôpital européen
Georges-Pompidou,
à Paris p. 161

ZOOM

La curiethérapie
au chevet de la
patiente p. 162

QUESTIONS À

Dr Christine Kerr,
radio-oncologue à
l'Institut du cancer
de Montpellier p. 163

PISTE D'AVENIR

Vers une
désescalade
thérapeutique p. 163

Cancers gynécologiques

Col de l'utérus: rare grâce à la prévention

COMPRENDRE

Le col est la partie la plus basse et étroite de l'utérus, située juste au-dessus du vagin. Lorsqu'un cancer s'y développe, c'est dans la très grande majorité des cas à cause d'une infection persistante par un virus transmis par voie sexuelle : le papillomavirus humain (HPV). En effet, lorsque l'HPV s'installe au niveau de la muqueuse interne du col, il peut provoquer des lésions précancéreuses. Si elles ne sont pas détectées lors d'un dépistage, elles peuvent dans de rares cas se transformer en cancer après 10 ou 15 ans d'évolution. Cela se manifeste alors par des saignements

anormaux (en dehors de règles ou après les rapports sexuels) et/ou des douleurs pelviennes ou lombaires.

Deux actions complémentaires peuvent prévenir le développement d'un cancer du col de l'utérus :

– La vaccination : il existe deux vaccins protégeant contre les souches d'HPV le plus souvent incriminées dans le cancer du col de l'utérus. Elle est recommandée chez les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans révolus (deux à trois doses vaccinales sont nécessaires), avec un rattrapage limité à l'âge de 19 ans révolus.

– Le dépistage : le frottis cervico-utérin permet de dépister les lésions précancéreuses et de les traiter rapidement. Il est recommandé chez toutes les femmes de 25 à 65 ans, tous les 3 ans après deux frottis négatifs réalisés à un an d'intervalle. Il peut être

réalisé par un médecin ou une sage-femme.

TRAITER

Biopsie et IRM du pelvis sont indispensables pour préciser le diagnostic d'un cancer du col de l'utérus. La tumeur est ensuite définie selon sa taille et sa profondeur. L'analyse de tissu prélevé permettra aussi de déterminer le grade de la maladie.

Lorsque la tumeur est de petite taille (moins de 4 cm), le traitement de référence est la chirurgie : elle consiste le plus souvent à retirer l'utérus (hystérectomie), les ganglions lymphatiques les plus proches et d'autres organes voisins si nécessaires. Dans certaines formes très limitées, une ablation du seul col de l'utérus peut être envisagée (trachélectomie). On parle alors de chirurgie conservatrice, qui permet à la patiente d'envisager une grossesse ultérieure. Dans d'autres cas, une curiethérapie peut être nécessaire avant l'intervention chirurgicale afin de réduire la taille de la tumeur (voir p. 162).

Lorsque la tumeur est de taille plus importante, c'est la radiochimiothérapie concomitante qui est le traitement de référence : dans ce cas, on associe radiothérapie et chimiothérapie, suivies d'une curiethérapie. Auparavant, il faut déterminer si des ganglions de la région lombo-aortique ont été envahis par des cellules cancéreuses afin d'adapter la région à irradier.

Enfin, lorsque la tumeur se trouve à un stade avancé et que d'autres organes ont été envahis par des métastases, la prise en charge repose sur une radiothérapie externe et/ou une chimiothérapie. ■

Émilie Gillet

Chiffres

12^e
cancer féminin
en fréquence

3028
nouveaux cas
diagnostiqués,
1102 décès
en 2012

51 ans
c'est l'âge moyen
au moment du
diagnostic

63 %
de taux de survie
à 5 ans,
58 % à 10 ans

Source : Inca



VOISIN/PHANIE

Le dépistage par frottis constitue, avec la vaccination, le seul moyen d'éviter un éventuel développement de ce cancer.

Endomètre: surpoids et obésité en ligne de mire

COMPRENDRE

Le plus souvent découvert après la ménopause, le cancer de l'endomètre possède le meilleur pronostic des cancers gynécologiques, juste après celui du sein (voir p. 102). Il se développe à partir des cellules de la paroi interne de l'utérus, l'endomètre, là où se déroule normalement une grossesse. Le plus souvent, il s'agit des cellules de la première couche de l'endomètre. On parle alors de carcinome. Les sarcomes et les léiomyosarcomes, qui se développent respectivement dans le tissu conjonctif de l'endomètre et dans le muscle utérin, sont beaucoup plus rares (3% des tumeurs utérines).

Le carcinome est associé à plusieurs facteurs de risque dont l'obésité, le diabète, un traitement par tamoxifène (anti-estrogènes indiqué dans le traitement de certains cancers du sein), et plus rarement une prédisposition génétique appelée syndrome de Lynch (HNPCC). Cette maladie héréditaire prédispose notamment au cancer colorectal ainsi qu'aux cancers de l'ovaire, de l'intestin grêle et de l'estomac. Une surveillance particulière est prévue pour les femmes concernées. Ces pathologies sont souvent silencieuses, mais elles peuvent être découvertes à cause de saignements vaginaux en dehors des règles ou après la ménopause. Et

il n'existe malheureusement pas de test de dépistage, l'équivalent du frottis pour le cancer du col de l'utérus.

TRAITER

Le diagnostic repose sur une échographie du pelvis et la réalisation d'une biopsie. Une IRM permet ensuite de préciser l'étendue de la maladie.

La chirurgie est le traitement de référence pour ces cancers: le plus souvent, elle consiste en une ablation complète de l'utérus (hystérectomie), des ovaires et des trompes de Fallope (salpingo-ovariectomie bilatérale). En fonction de l'évolution de la tumeur et de ses caractéristiques, d'autres organes peuvent être concernés par la chirurgie, comme le vagin et les ganglions lymphatiques les plus proches. Il est parfois nécessaire, selon les caractéris-

tiques de la tumeur, d'associer une radiothérapie externe et/ou une curiethérapie, et au cas par cas une chimiothérapie. Ces options sont discutées lors d'une réunion de concertation disciplinaire (lire p. 161).

Enfin, si la tumeur se trouve à un stade avancé, et qu'elle s'est propagée notamment à la vessie, à l'intestin ou vers des organes plus lointains sous forme de métastases, la chirurgie n'est plus envisagée. Le traitement repose dans ce cas sur une radiothérapie, une curiethérapie et/ou une chimiothérapie. Une hormonothérapie est aussi envisagée, à condition que les cellules cancéreuses aient conservé leur sensibilité aux hormones: ces médicaments empêchent l'action stimulante des hormones sexuelles sur les cellules cancéreuses afin de stopper leur développement. ■ É. G.



Afin de détecter une éventuelle tumeur, une hystérocopie chirurgicale d'exploration peut être pratiquée sur la patiente présentant des douleurs au niveau de l'endomètre (ici, au CHU de Limoges).

Chiffres

4^e
cancer féminin
en fréquence

7275
nouveaux cas
diagnostiqués,
2025 décès
en 2012

68 ans
C'est l'âge moyen
au moment du
diagnostic

75 %
de survie à 5 ans,
66 % à 10 ans

Adresses utiles

1000 femmes, 1000 vies - Vaincre le cancer du col de l'utérus - www.1000femmes1000vies.org - Tél. : 01 44 40 01 20
174, rue de Courcelles 75017 Paris - Association HNPCC - Lynch - www.hnpcc-lynch.com - 56, avenue bosquet 75007 Paris



ELISABETH SCHNEIDER CHARPENTIER / LOOKASCIENCES POUR SCIENCES ET Avenir

Chirurgiens, radiologues, oncologues... Dans le service de chirurgie cancérologique gynécologique et du sein, une douzaine de spécialistes se réunissent chaque semaine autour des dossiers des patients.

HÔPITAL EUROPÉEN GEORGES-POMPIDOU, PARIS

Quand les médecins se concertent pour trouver le meilleur traitement

Depuis le premier Plan cancer, les Réunions de concertation pluridisciplinaire jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des patients. Exemple à Paris.

Chaque mercredi, c'est un rendez-vous incontournable pour le Pr Fabrice Lécuru, chef du service de chirurgie cancérologique gynécologique et du sein de l'hôpital européen Georges-Pompidou à Paris: la Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) où sont discutés les dossiers des patientes atteintes de cancers du col de l'utérus ou de l'endomètre. Selon les recom-

mandations de la Haute Autorité de santé, « la présence d'au moins 3 médecins de spécialités différentes » est requise. Ce mercredi, ils sont une douzaine: chirurgiens gynécologiques, oncologues médicaux et radiothérapeute (les spécialistes des traitements), radiologue et anatomopathologiste (les experts du diagnostic), mais aussi oncogériatre et plusieurs internes. « Tous les dos-

siers passent en RCP, précise le Pr Lécuru. Quand l'indication chirurgicale est claire, nous opérons d'abord avant de faire un bilan en RCP ensuite; quand il y a un doute sur l'indication ou l'amplitude du geste à réaliser, nous organisons une RCP préopératoire. » Pour les patientes, l'enjeu est majeur: selon la taille de la tumeur, les spécialistes peuvent opter pour une hystérectomie (le retrait de l'utérus) >>>



La curiethérapie au chevet de la patiente

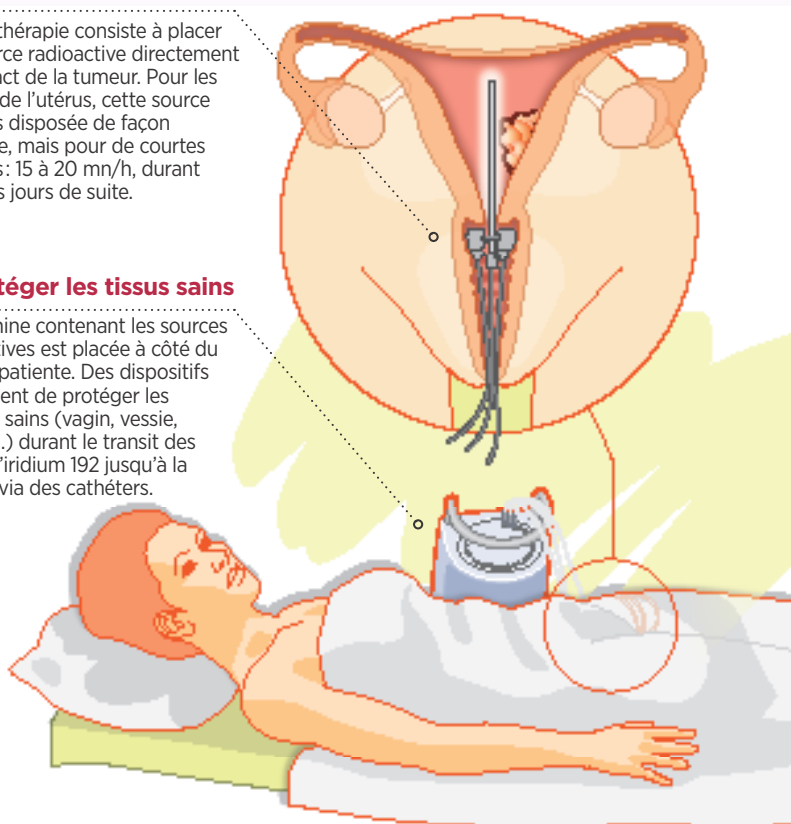
Quel que soit le stade de la tumeur, cette option thérapeutique est très utile pour en réduire la taille avant la chirurgie, ou après l'opération, pour limiter la récurrence.

1. Au contact de la tumeur

La curiethérapie consiste à placer une source radioactive directement au contact de la tumeur. Pour les cancers de l'utérus, cette source n'est pas disposée de façon définitive, mais pour de courtes périodes: 15 à 20 mn/h, durant plusieurs jours de suite.

2. Protéger les tissus sains

La machine contenant les sources radioactives est placée à côté du lit de la patiente. Des dispositifs permettent de protéger les organes sains (vagin, vessie, rectum...) durant le transit des grains d'iridium 192 jusqu'à la tumeur via des cathéters.



ou pour une chirurgie conservatrice qui n'obère pas tout projet de grossesse.

Ce mercredi-là, une douzaine de dossiers sont passés en revue. Avec à chaque fois, le même rituel: d'abord on annonce le nom et l'âge de la patiente, son état de santé et les circonstances dans lesquelles le cancer a été découvert et l'utérus opéré. Puis le Dr Laure Fournier-Dujardin, radiologue, prend la parole, tandis que sont projetées sur grand écran les images diagnostiques. Le cas d'une patiente en rechute se présente: « Les résultats sont assez surprenants, les images sont difficiles à lire », commente-t-elle. « J'ai vu des choses assez étranges qu'il faudra caractériser », renchérit le Dr Marie-Aude Le Frere-Belda, l'anatomopathologiste qui a été

dié au laboratoire tous les tissus retirés lors de l'opération (tumeur, utérus, ovaires, trompes...). « Une radiothérapie est prévisible. Mais attendons tous les résultats pour savoir s'il faudra compléter par une chimiothérapie », conclut le Pr Lécuru. Vient le tour d'une



Ces réunions ont pour but de prendre des décisions collégiales, mais permettent aussi de se tenir informé des progrès médicaux.

autre patiente : « Ce cas est un peu compliqué car la dame souffre aussi d'endométriose. Les nodules sont plus faciles à repérer si on juxtapose IRM et TEPscan », explique la radiologue en joignant le geste à la parole. L'anatomopathologiste prend le relais, décrivant les résultats de ses analyses et montrant même parfois des photos des pièces opératoires sur son téléphone portable. Ici, des ovaires à l'aspect extérieur inhabituel. « Vivement que ces photos soient dans le dossier informatisé ! », s'exclame un oncologue.

Ces informations sont essentielles pour choisir les traitements. « Le plus souvent, nous sommes face à des cas décrits dans les recommandations officielles et pour lesquels il y a un consensus sur la prise en charge, explique le Pr Lécuru. Alors on entérine le parcours de soins à entreprendre. » Mais il arrive aussi que l'équipe soit confrontée à des cas atypiques, des patientes très jeunes et/ou des formes rares de tumeurs. « On soumet alors le dossier à une sorte de RCP nationale: l'Observatoire des tumeurs malignes rares gynécologiques », précise le chirurgien qui reconnaît que, si l'objectif de ces réunions est de prendre des décisions collégiales, « elles nous permettent aussi de nous tenir au courant des progrès de chaque discipline ». Quoi qu'il en soit, les discussions ne s'arrêtent pas à la sortie de la salle de réunion. « Il nous arrive souvent d'échanger sur le cas d'une patiente par mail ou au téléphone », confie le Pr Lécuru. Des « RCP informelles » qui peuvent aussi se tenir devant la machine à café! ■

Émilie Gillet

Piste d'avenir

Vers une désescalade thérapeutique

Dans la lutte contre les cancers de l'utérus (col de l'utérus et endomètre), l'adage « frapper vite et fort » a longtemps prévalu, au détriment parfois de la qualité de vie. Désormais la tendance est à la désescalade thérapeutique, sans compromettre les chances de guérison. Plusieurs équipes de chirurgie gynécologique évaluent ainsi la technique du ganglion sentinelle (lire le reportage p. 108-109). L'objectif est de réserver le curage ganglionnaire aux seules tumeurs pour lesquelles il est nécessaire. Même tendance en radiothérapie : certains services proposent d'ores et déjà à leurs patientes une radiothérapie à modulation d'intensité. Elle permet d'adapter les doses de rayons au volume de la tumeur et d'épargner les tissus sains voisins. En 2015, la Haute Autorité de santé a constitué un groupe de travail pour comparer cette approche à la radiothérapie classique. Enfin, concernant les cancers de l'endomètre pour lesquels des traitements externes sont souvent nécessaires en vue de prévenir une récurrence, des études ont récemment démontré que dans certains cas, une curiethérapie est suffisante. Il est désormais possible de déterminer pour quelles patientes une radiothérapie post-chirurgicale n'est pas nécessaire. Reste à valider ces nouvelles pratiques et à les acter dans des recommandations, afin qu'un maximum de patientes en bénéficie. ■ **É. G.**

Questions à

DR CHRISTINE KERR RADIO-ONCOLOGUE
À L'INSTITUT DU CANCER DE MONTPELLIER*

Aborder les troubles sexuels dès la première consultation

Quel est l'impact d'un cancer de l'utérus sur la sexualité ?

Avant le diagnostic, une femme peut ressentir des troubles de la libido et de la sexualité, liés aux douleurs et à la fatigue. Ensuite, les traitements stoppent la fonction ovarienne, ce qui entraîne une ménopause précoce compensée par un traitement hormonal jusqu'à 48-50 ans. Une situation très souvent synonyme de sécheresse vaginale et de douleurs lors des rapports. Enfin, les traitements locaux (chirurgie, radiothérapie) et les chimiothérapies favorisent une symphyse vaginale (accolement des muqueuses, ndlr) qui affectent souvent les relations sexuelles.

Comment abordez-vous cela avec vos patientes ?

Plus la prise en charge est précoce, plus les troubles sexuels peuvent être limités. Nous en parlons donc dès les premières consultations, pour signaler que cela fait partie de nos préoccupations. Ce n'est pas facile : cela touche à l'intimité, et les femmes ont tendance à moins parler de sexualité que les hommes.

En quoi consiste l'éducation thérapeutique que vous leur dispensez ?

Elle permet aux patientes et à leurs partenaires de mieux comprendre ce qui arrive et d'en parler. Elle donne des outils pour être autonome et se réapproprier son corps. Nous leur expliquons par exemple comment effectuer une irrigation vaginale après une chirurgie ou une curiethérapie, l'intérêt des gels contre la sécheresse vaginale, ou l'utilisation de dilateurs vaginaux, des



MARION KOTLARSKI/REA

« sex-toy thérapeutiques », pour éviter une symphyse. Des entretiens avec des gynécologues, oncopsychologues ou sexologues sont aussi envisagés.

Comment généraliser cette prise en charge ?

Pour qu'un maximum de soignants s'impliquent, il est indispensable qu'ils soient formés à ces questions de sexualité et de cancer. Depuis 1985, les troubles de la sexualité chez l'homme après un traitement du cancer de la prostate sont pris en compte ! Il doit en être de même pour les femmes soignées pour un cancer pelvien (utérus, vessie, rectum, ovaires). Il faut aussi que ces traitements soient pris en charge par l'Assurance Maladie, comme c'est le cas pour la reconstruction mammaire après une mastectomie ou la rééducation du périnée après l'accouchement. ■ **Propos recueillis par É. G.**

*Prix Unicancer de l'Innovation pour son projet d'éducation thérapeutique.