

Les traitements du cancer de l'endomètre

COLLECTION
GUIDES PATIENTS

LE CORPS DE L'UTÉRUS ET
L'ENDOMÈTRE

LE CHOIX DES TRAITEMENTS

LA CHIRURGIE

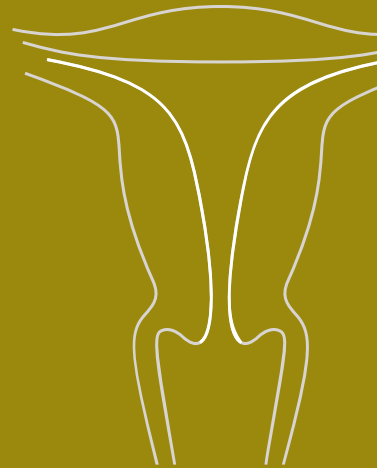
LA RADIOTHÉRAPIE

LA CHIMIOTHÉRAPIE

L'HORMONOTHÉRAPIE

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 avril 2013 avec le soutien financier de la Ligue nationale contre le cancer.



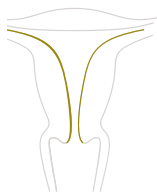
CE DOCUMENT S'INSCRIT DANS LA MISE
EN ŒUVRE DU PLAN CANCER 2009-2013.

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 du cancer de l'endomètre*, collection Guides patients Cancer info, INCa, mai 2013.

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'endomètre. Cette annonce provoque d'importants bouleversements. Elle s'accompagne aussi sans doute de questions sur la maladie et sur la prise en charge qui vous est proposée. Ce guide est là pour vous apporter des réponses, vous donner des repères et faciliter vos échanges avec les médecins et les membres de l'équipe soignante. Il n'a pas valeur d'avis médical. Il décrit les situations les plus couramment rencontrées. Les informations proposées peuvent ne pas correspondre précisément à votre situation qui est unique et connue de vous seule et des médecins qui vous suivent.

Que contient ce guide ?

Ce guide présente la prise en charge des formes les plus fréquentes des cancers de l'endomètre : les carcinomes. Ils représentent 90 % des cancers de l'endomètre. La prise en charge des formes plus rares n'est pas abordée.

Vous trouverez dans ce guide des explications sur les traitements, leurs buts, leur déroulement et leurs effets secondaires, sur le rôle des différents professionnels que vous rencontrez, ainsi que des informations pratiques et des ressources utiles pour vous et vos proches. Il présente également, en annexe, une description des examens réalisés lors du diagnostic. Par ailleurs, un glossaire définit les mots que vous entendrez peut-être au cours de vos traitements ; ils sont identifiés par un astérisque (*) dans le texte.

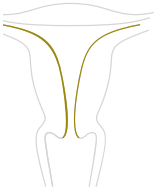
Toutes les informations médicales sont issues des recommandations de bonne pratique en vigueur et ont été validées par des spécialistes du cancer de l'endomètre.

Comment utiliser ce guide ?

Vous pouvez consulter ce guide à différents moments de votre parcours de soins, en fonction de vos besoins d'information ou des nouvelles questions qui surviennent. Vous pouvez par ailleurs le lire chapitre par chapitre, en sélectionnant les informations qui vous concernent et vous intéressent.

Vous recherchez d'autres informations ?

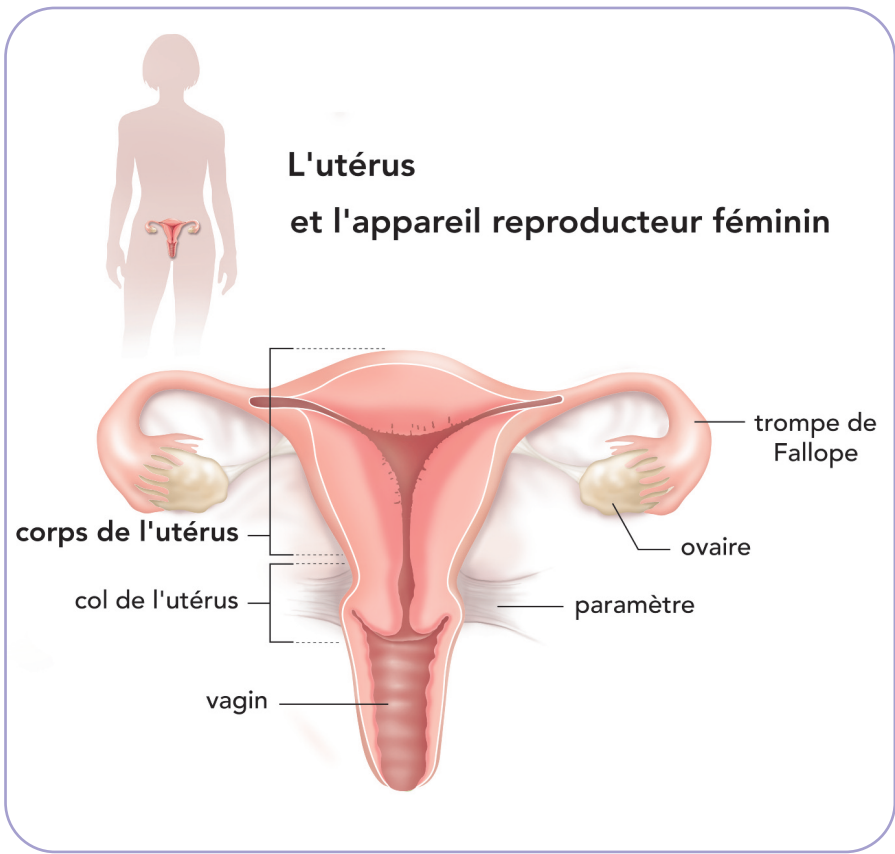
Vous pouvez obtenir des informations sur les facteurs de risque, les symptômes, le diagnostic, le suivi et la vie après les traitements du cancer de l'endomètre en vous rendant sur www.e-cancer.fr/cancerinfo



Sommaire

1.	Un cancer de l'endomètre, qu'est-ce que c'est ?	7
1.1	L'utérus	7
1.2	Le corps de l'utérus et l'endomètre	8
1.3	Le développement d'un cancer de l'endomètre	9
2.	Les traitements du cancer de l'endomètre	11
2.1	Le choix de vos traitements	11
2.2	Les traitements possibles en fonction de l'étendue du cancer	13
2.3	Participer à un essai clinique	17
2.4	La prise en charge de la qualité de vie	18
3.	La chirurgie	21
3.1	Comment se préparer à l'intervention ?	21
3.2	En quoi consiste l'intervention ?	22
3.3	Comment accéder à la tumeur pour l'enlever ?	24
3.4	Que se passe-t-il après l'intervention ?	25
3.5	Quels sont les effets secondaires possibles ?	27
4.	La radiothérapie	31
4.1	Dans quels cas une radiothérapie est-elle indiquée ?	32
4.2	La curiethérapie	33
4.3	La radiothérapie externe	36
4.4	Quels sont les effets secondaires possibles ?	39
5.	La chimiothérapie	45
5.1	Dans quels cas une chimiothérapie est-elle indiquée ?	45
5.2	Quels sont les médicaments de chimiothérapie utilisés ?	46
5.3	Comment se déroule la chimiothérapie en pratique ?	47
5.4	Quels sont les effets secondaires possibles ?	49

6.	L'hormonothérapie	57
6.1	Dans quels cas une hormonothérapie est-elle indiquée ?	57
6.2	Quels sont les médicaments d'hormonothérapie utilisés ?	58
6.3	Quels sont les effets secondaires possibles ?	58
7.	Les professionnels et leur rôle	59
8.	Questions de vie quotidienne	63
8.1	Qu'est-ce que l'ALD ?	63
8.2	La vie professionnelle pendant les traitements	64
8.3	Les aides à domicile	65
8.4	Bénéficier d'un soutien psychologique	65
8.5	La vie intime et la sexualité	67
8.6	Les proches	68
9.	Ressources utiles	69
9.1	La plateforme Cancer info	69
9.2	Les associations	70
9.3	Les lieux d'information et d'orientation	71
10.	Glossaire	73
	Annexe : les examens du bilan diagnostique	80
	Méthode et références	84



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

L'UTÉRUS

LE CORPS DE L'UTÉRUS ET L'ENDOMÈTRE

LE DÉVELOPPEMENT D'UN CANCER DE L'ENDOMÈTRE

L'endomètre est le tissu qui tapisse la paroi intérieure du corps de l'utérus, la partie de l'utérus où se déroule la grossesse. Un cancer de l'endomètre se développe à partir d'une cellule de l'endomètre initialement normale qui se transforme, puis se multiplie de façon anarchique jusqu'à former une masse appelée tumeur.

1.1 L'UTÉRUS

Situé dans le bassin, entre la vessie et le rectum, l'utérus est la partie centrale de l'appareil reproducteur de la femme. Il mesure environ 8 centimètres de hauteur, 3 centimètres d'épaisseur et 5 centimètres dans sa plus grande largeur. C'est un muscle creux en forme d'entonnoir dont la partie haute et large constitue le corps de l'utérus et la partie basse et étroite, le col de l'utérus.

L'utérus communique, par sa partie supérieure, avec les trompes de Fallope et les ovaires et, par sa partie inférieure, avec le vagin.

L'utérus est parcouru de vaisseaux sanguins* et de vaisseaux lymphatiques*. Ces derniers sont reliés aux ganglions lymphatiques* proches de l'utérus, à savoir ceux du pelvis* (les ganglions pelviens) et ceux qui sont situés dans la partie supérieure de l'abdomen* autour de l'aorte, la plus grosse artère du corps (les ganglions paraaortiques ou lomboaortiques).

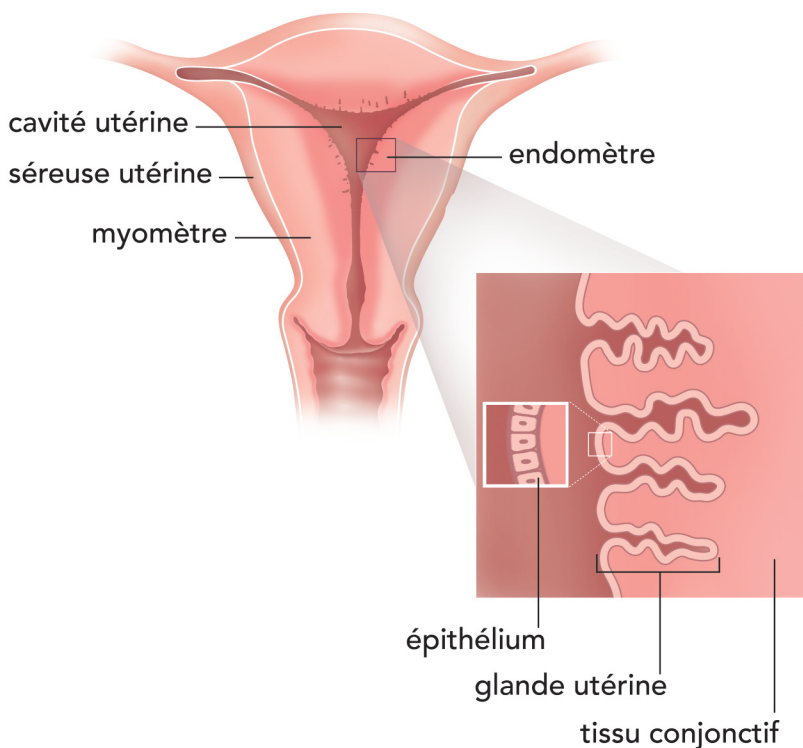
1.2 LE CORPS DE L'UTÉRUS ET L'ENDOMÈTRE

Le corps de l'utérus renferme la cavité utérine. Son épaisse paroi est composée de trois couches distinctes :

- une couche séreuse* externe, appelée séreuse utérine ou parfois périmètre ;
- une couche de muscle, le myomètre ;
- une couche muqueuse* interne, l'endomètre.

L'endomètre qui tapisse ainsi la cavité utérine est lui-même constitué d'une première couche de cellules qui forment l'épithélium et d'un tissu conjonctif* qui contient des glandes utérines.

Le corps de l'utérus et l'endomètre



QUELLE EST LA FONCTION DE L'ENDOMÈTRE ?

Sous l'influence des hormones* sexuelles produites par les ovaires (les œstrogènes et la progestérone), l'endomètre subit régulièrement des modifications de sa forme et de sa fonction. Chaque mois, de la puberté à la ménopause, l'endomètre prolifère pour se préparer à une éventuelle grossesse. Si l'ovule est fécondé par un spermatozoïde, l'endomètre reçoit l'embryon et lui permet de s'implanter dans l'utérus, puis de se développer tout au long de la grossesse. Si l'ovule n'est pas fécondé, la partie superficielle de l'endomètre se détruit en provoquant un saignement : ce sont les règles. Ce processus se répète suivant un cycle d'environ 28 jours.

1.3 LE DÉVELOPPEMENT D'UN CANCER DE L'ENDOMÈTRE

La majorité des cancers du corps de l'utérus se développent à partir de l'endomètre. Pour cette raison, les termes cancer du corps de l'utérus et cancer de l'endomètre sont souvent utilisés comme synonymes.

Les cancers du corps de l'utérus sont le plus souvent des carcinomes, c'est-à-dire qu'ils prennent naissance à partir des cellules constituant l'épithélium de l'endomètre. Il existe d'autres formes, beaucoup plus rares, comme les sarcomes et les léiomyosarcomes qui apparaissent respectivement dans le tissu conjonctif de l'endomètre et dans le myomètre. Ces formes rares ne sont pas abordées dans ce guide.

Il est important de ne pas confondre le cancer du corps de l'utérus avec le cancer du col de l'utérus dont la prise en charge est totalement différente. Pour obtenir des informations sur le cancer du col de l'utérus, consultez le guide *Cancer info Les traitements du cancer invasif du col de l'utérus* ou rendez-vous sur www.e-cancer.fr/cancerinfo

Lorsqu'un cancer apparaît, les cellules cancéreuses sont d'abord peu nombreuses et limitées à l'épithélium de l'endomètre ; on parle de *cancer in situ*.

Avec le temps et si aucun traitement n'est mis en place, les cellules cancéreuses franchissent la limite de l'épithélium. La tumeur s'étend plus profondément dans la paroi de l'utérus, d'abord dans le tissu conjonctif de l'endomètre, puis dans le myomètre. On parle alors de **cancer invasif**.

Le cancer peut s'étendre au col de l'utérus ou à la séreuse utérine, puis au-delà de l'utérus et envahir les structures et organes voisins : les trompes de Fallope, les ovaires, le vagin, les paramètres*, les ganglions lymphatiques proches (pelviens ou paraaortiques), la vessie, l'intestin.

Parfois, des cellules cancéreuses se détachent de la tumeur, empruntent les vaisseaux lymphatiques ou sanguins et s'implantent dans d'autres parties du corps plus éloignées comme les ganglions lymphatiques de l'aine et de l'abdomen ou encore les poumons, le foie, les os ou le cerveau, où elles forment des métastases*.

Au moment du diagnostic, les médecins étudient l'étendue du cancer afin de vous proposer le ou les traitements les mieux adaptés.

QUELQUES CHIFFRES

Le cancer de l'endomètre est le plus fréquent des cancers gynécologiques pelviens. Avec 6 800 nouveaux cas estimés en 2011, il se situe au 5^e rang des cancers chez la femme en France. Ce cancer touche généralement les femmes après la ménopause, l'âge moyen des patientes au moment du diagnostic étant de 68 ans. Le cancer de l'endomètre est associé à un bon pronostic* lorsqu'il est diagnostiqué à un stade* localisé, ce qui correspond à la situation de près de 70 % des patientes.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

Où le cancer est-il situé exactement ?

Connait-on son étendue ?

Quelle est sa gravité ?

Quelles sont les solutions de traitement ?

2. Les traitements du cancer de l'endomètre

LE CHOIX DE VOS TRAITEMENTS
 LES TRAITEMENTS POSSIBLES EN FONCTION DE L'ÉTENDUE DU CANCER
 PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE
 LA PRISE EN CHARGE DE LA QUALITÉ DE VIE

Le cancer de l'endomètre* est le plus souvent traité par la chirurgie. D'autres traitements peuvent être utilisés : la curiethérapie, la radiothérapie externe et, plus rarement, la chimiothérapie et l'hormonothérapie. Ces traitements peuvent être utilisés seuls ou être associés entre eux. Ils peuvent avoir pour objectif, selon les cas :

- de supprimer la tumeur* et/ou les métastases* ;
- de réduire le risque de récidive* ;
- de ralentir le développement de la tumeur ou des métastases ;
- de traiter les symptômes engendrés par la maladie.

La chirurgie des cancers, la radiothérapie et la chimiothérapie sont réalisées au sein d'établissements qui sont autorisés à les pratiquer. Ces établissements respectent des critères qui garantissent la qualité et la sécurité de ces traitements. La liste des établissements par région est disponible sur www.e-cancer.fr

2.1 LE CHOIX DE VOS TRAITEMENTS

Le choix de vos traitements est adapté à votre cas personnel

Le choix de vos traitements dépend des caractéristiques du cancer dont vous êtes atteinte : l'endroit où il est situé, son stade, c'est-à-dire son degré d'extension, son type histologique, c'est-à-dire la nature des cellules impliquées, et, dans certains cas, son grade, c'est-à-dire son degré d'agressivité. Ces caractéristiques sont déterminées grâce aux examens du bilan diagnostique (voir en annexe le tableau « Les examens du bilan diagnostique », page 80). Votre âge, vos antécédents médicaux et chirurgicaux, votre état de santé global, les contre-indications éventuelles à certains traitements, ainsi que vos souhaits sont également pris en compte.

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

La prise en charge de votre cancer relève de plusieurs spécialités médicales. Votre situation est donc discutée au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Cette réunion rassemble au moins trois médecins de spécialités différentes : gynécologue, chirurgien, pathologiste, oncologue radiothérapeute, oncologue médical, radiologue... (voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 59).

En tenant compte des spécificités de votre situation et en s'appuyant sur des outils d'aide à la décision appelés recommandations*, les médecins établissent une proposition de traitement. Ils peuvent dans ce cadre vous proposer de participer à un essai clinique*.

Le choix de vos traitements est discuté avec vous

Cette proposition de traitement est ensuite discutée avec vous lors d'une consultation spécifique, la consultation d'annonce. Lors de cette consultation, le médecin qui vous prend en charge, le plus souvent le chirurgien, 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 d'être accompagnée par l'un de vos proches ou la personne de confiance que vous avez choisie (voir l'encadré ci-après). Avant la consultation, notez toutes les questions qui vous viennent en tête et prenez le temps de les poser lors de la consultation. Cet échange vous permettra de mieux vous approprier le plan de traitement qui vous est proposé.

Les modalités de la proposition de traitement 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. Après que vous ayez donné votre accord sur la proposition de traitement, le document vous est remis et un exemplaire est transmis à votre médecin traitant. 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 nécessaire vers les professionnels concernés.

LA PERSONNE DE CONFIANCE ET LES DIRECTIVES ANTICIPÉES : FAIRE CONNAITRE SES CHOIX

La personne de confiance est une personne que vous désignez, par écrit, qui peut vous accompagner lors des entretiens médicaux, vous aider dans vos décisions et être consultée si vous vous trouvez dans l'incapacité de recevoir des informations sur votre état de santé et d'exprimer votre volonté. Elle appartient ou non à votre famille. À tout moment, vous pouvez modifier votre choix.

Par ailleurs, il est possible d'établir avec le médecin des directives anticipées. Il s'agit d'exprimer, à l'avance et par écrit, vos choix en matière de traitements pour le cas où vous seriez dans l'incapacité de les exprimer. Les directives anticipées permettent de faire prendre en considération vos souhaits en ce qui concerne les conditions de limitation ou l'arrêt d'un traitement.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter les fiches informatives sur les droits des usagers (*La personne de confiance, Les directives anticipées*) sur le site du ministère chargé de la santé : www.sante.gouv.fr

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

Le choix et l'ordre des traitements sont définis au cas par cas en fonction des caractéristiques du cancer dont vous êtes atteinte et, en particulier, de son stade, c'est-à-dire son degré d'extension.

Pour définir le stade d'un cancer de l'endomètre, les médecins prennent en compte la taille de la tumeur, sa profondeur dans la paroi du corps de l'utérus, son extension éventuelle aux structures ou aux organes voisins ainsi que sa propagation éventuelle sous forme de métastases dans des parties du corps plus éloignées.

Ces critères permettent de définir quatre stades, numérotés de I à IV :

- **stade I** : la tumeur est strictement limitée au corps de l'utérus. Dans ce stade, on distingue les tumeurs limitées à l'endomètre ou qui ne dépassent pas la moitié du myomètre^{*}, des tumeurs qui ont atteint plus de la moitié du myomètre ;
- **stade II** : la tumeur s'est étendue au col de l'utérus, mais sans aller au-delà de l'utérus ;
- **stade III** : la tumeur a atteint la séreuse^{*} utérine et/ou les annexes (ovaires, trompes de Fallope, ligaments), ou le vagin et/ou les paramètres^{*}, ou les ganglions lymphatiques^{*} proches, ceux du pelvis^{*} (ganglions pelviens) et/ou ceux qui entourent l'aorte (ganglions paraaortiques) ;
- **stade IV** : la tumeur s'est étendue à la vessie et/ou à l'intestin et/ou à des organes plus éloignés sous forme de métastases (ganglions lymphatiques de l'abdomen^{*} ou de l'aine, poumons, foie, os, cerveau).

Cette classification des cancers de l'endomètre a été élaborée par la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO). Il existe une autre classification appelée TNM (pour *Tumor, Nodes, Metastasis*). Elle repose sur l'analyse des trois éléments suivants : la taille de la tumeur, le nombre de ganglions atteints par des cellules cancéreuses et la présence de métastases. Les médecins s'appuient sur ces deux classifications pour déterminer le stade du cancer dont vous êtes atteinte.

En plus du stade ainsi défini, les médecins prennent en compte trois autres caractéristiques pour déterminer le traitement le mieux adapté : le type histologique, le grade et l'existence ou non d'emboles. De quoi s'agit-il ?

Le **type histologique** désigne la nature des cellules à l'origine de la tumeur. Il existe deux principaux types histologiques pour les cancers de l'endomètre :

- le type 1 qui correspond aux carcinomes endométrioïdes. C'est le type le plus fréquent (environ 80 %) ;
- le type 2 qui regroupe les carcinomes à cellules claires, les carcinomes papillaires séreux et les carcinosarcomes.

Le **grade** désigne le degré d'agressivité d'une tumeur, autrement dit sa vitesse d'évolution. Il est défini par la différence d'aspect et de comportement des cellules de la tumeur par rapport aux cellules

normales lorsqu'on les observe au microscope. Le grade s'échelonne de 1 à 3 ; moins le grade est élevé, moins la tumeur est agressive et meilleur est le pronostic*. Le grade est évalué uniquement pour les cancers de l'endomètre du type histologique 1 ; les cancers du type 2 étant toujours de grade élevé.

Les **emboles** sont des amas de cellules cancéreuses dans les vaisseaux lymphatiques* proches de la tumeur.

Les informations qui permettent de définir le stade, le type histologique et le grade sont obtenues par les examens réalisés lors du diagnostic, puis complétées par l'examen anatomopathologique* des pièces opératoires. En effet, le résultat de l'analyse des tissus retirés lors de la chirurgie (le plus souvent le premier traitement réalisé) permet de confirmer le stade, le type histologique et le grade, d'évaluer l'existence d'emboles et ainsi de déterminer si un traitement complémentaire est nécessaire.

Le tableau ci-après présente les traitements possibles en fonction de l'étendue du cancer au moment du diagnostic (Sources, page 84). Les traitements recommandés constituent une base générale pour le choix des traitements ; ils sont adaptés au cas par cas selon les spécificités de chaque patiente.

Étendue de la maladie au moment du diagnostic	Possibilités de traitement
La tumeur est limitée au corps de l'utérus (stade I).	<p>Pour les tumeurs de type histologique 1, selon le grade, la chirurgie seule ou associée à une curiethérapie ou, parfois, à une radiothérapie externe constitue le traitement de référence.</p> <p>Pour les tumeurs de type histologique 2, la chirurgie suivie d'une radiothérapie externe (associée éventuellement à une curiethérapie) constituent le traitement de référence. La chimiothérapie est une option discutée selon les situations.</p>
La tumeur s'est étendue au col de l'utérus, mais ne dépasse pas l'utérus (stade II).	<p>Le traitement de référence repose sur une chirurgie, associée à une radiothérapie externe et une curiethérapie.</p> <p>Le recours à une chimiothérapie, en complément, est discuté selon les situations.</p>

Étendue de la maladie au moment du diagnostic	Possibilités de traitement
<p>La tumeur s'est étendue à la séreuse utérine et/ou aux structures et organes voisins de l'utérus : annexes (ovaires, trompes de Fallope, ligaments), vagin, paramètres, ganglions pelviens et paraaortiques (stade III).</p>	<p>Si la tumeur ne touche que la séreuse utérine et/ou les annexes, une chirurgie est réalisée. Elle est complétée par une radiothérapie externe et une curiethérapie et, lorsque les annexes sont atteintes, également par une chimiothérapie.</p> <p>Si la tumeur touche le vagin et les paramètres, le traitement consiste en une radiothérapie externe et une curiethérapie. La chirurgie et la chimiothérapie sont des options discutées selon les situations.</p> <p>Si la tumeur s'est étendue aux ganglions pelviens, le traitement repose sur une chirurgie, suivie d'une radiothérapie externe et d'une curiethérapie. Une chimiothérapie est parfois proposée selon les situations.</p> <p>Si la tumeur touche les ganglions paraaortiques, le traitement de référence repose sur une radiothérapie externe et une curiethérapie. Lorsque les conditions y sont favorables, une chirurgie est réalisée avant la radiothérapie. La chimiothérapie est optionnelle et proposée en fonction des situations.</p>
<p>Le cancer s'est propagé à la vessie et/ou à l'intestin ou à des organes plus éloignés sous la forme de métastases (stade IV).</p>	<p>La chirurgie n'est pas le traitement de référence.</p> <p>Si la tumeur a atteint la vessie et/ou l'intestin, le traitement repose sur une radiothérapie externe, une curiethérapie et une chimiothérapie.</p> <p>Si la tumeur a formé des métastases (notamment au niveau des ganglions de l'aîne ou de l'abdomen), le traitement repose sur une chimiothérapie et, parfois, une hormonothérapie et une radiothérapie externe.</p>

À retenir : la chirurgie constitue le traitement principal du cancer de l'endomètre tant que la tumeur ne s'est pas propagée à la vessie, à l'intestin ou aux organes plus éloignés sous forme de métastases.

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 ou de qualité de vie.

Le cancer du corps de l'utérus fait l'objet d'études qui visent :

- à évaluer différentes façons d'utiliser les traitements existants (chimiothérapie et radiothérapie externe), en particulier pour améliorer leur efficacité et/ou réduire leurs effets secondaires ;
- à étudier de nouvelles techniques chirurgicales (chirurgie dite mini-invasive permettant des cicatrices de petite taille et une interruption courte de l'activité de la patiente, technique de recherche du ganglion sentinelle*) ;
- à évaluer de nouvelles techniques de radiothérapie (irradiation externe avec intensité modulée par exemple) ;
- à évaluer de nouveaux médicaments anticancéreux pour les formes agressives de cancers (chimiothérapie ou thérapie ciblée*) ou de nouvelles associations de médicaments.

Chaque essai clinique a un objectif précis. Pour participer, les patientes doivent répondre à un certain nombre de critères, appelés critères d'inclusion, spécifiques à chaque essai.

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

Si le traitement administré dans le cadre de l'essai clinique ne vous convient pas, le médecin peut y mettre fin et vous proposer un autre traitement. À tout moment, vous pouvez également décider de quitter un essai clinique et de recevoir un autre traitement.

Pour en savoir plus, vous pouvez lire le guide Cancer info *Les essais cliniques en cancérologie : les réponses à vos questions*. Si vous souhaitez connaître les essais cliniques en cours sur le cancer du corps de l'utérus, 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 du cancer de l'endomètre, des soins et soutiens complémentaires peuvent être nécessaires pour traiter les conséquences de la maladie et de ses traitements : douleurs, fatigue, troubles alimentaires, besoin de soutien psychologique, problèmes sociaux...

Ces soins, appelés soins de support, sont assurés par l'équipe qui vous prend en charge. Elle peut faire appel, en fonction de vos besoins, à d'autres professionnels spécialisés : spécialiste de la douleur, assistant social, diététicien, psychologue, psychiatre, kinésithérapeute, socio-esthéticienne, etc. (voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 59).

Les soins de support comprennent notamment :

- la prise en charge des effets secondaires des traitements ;
- l'évaluation et le traitement de la douleur, qu'elle soit due au cancer ou aux traitements du cancer (douleur consécutive à une chirurgie par exemple) ;
- la possibilité pour vous et vos proches de consulter 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 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 vers les professionnels concernés.

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 non conventionnelles. Elles leur apportent un soutien supplémentaire pour mieux supporter les traitements et leurs effets secondaires tels que la fatigue, l'anxiété ou la douleur. Ces médecines complémentaires peuvent avoir des effets secondaires ou interagir avec les traitements prescrits par le médecin qui vous prend en charge pour votre cancer. Il est donc important d'en parler avec lui.

Par ailleurs, si les médecines complémentaires peuvent soulager, elles ne remplacent en aucun cas les traitements habituels du cancer. Soyez vigilant si l'on vous propose des méthodes présentées comme plus efficaces que les traitements classiques. Il arrive en effet que des personnes ou des organisations cherchent à profiter de la vulnérabilité des personnes malades en leur proposant des méthodes qui peuvent s'avérer dangereuses. En cas de doute sur des propositions qui vous sont faites, n'hésitez pas à interroger l'équipe médicale spécialisée qui vous prend en charge ou votre médecin traitant.

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 ? Comment les prévenir/les soulager ?

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

Quelle est leur durée ?

Comment suis-je suivie pendant les traitements ? Qui puis-je contacter ?

3. La chirurgie

COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?
 EN QUOI CONSISTE L'INTERVENTION ?
 COMMENT ACCÉDER À LA TUMEUR POUR L'ENLEVER ?
 QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ?
 QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

La chirurgie est le traitement principal des cancers de l'endomètre*. Elle est très souvent réalisée tant que la tumeur ne s'est pas propagée à la vessie, à l'intestin ou à des organes plus éloignés sous forme de métastases* et que votre état de santé général le permet. L'intervention consiste généralement à retirer l'utérus, ainsi que les trompes et les ovaires, afin de supprimer la totalité de la tumeur et de réduire le risque de récidive*.

Votre médecin vous oriente vers un établissement autorisé à pratiquer la chirurgie des cancers gynécologiques où l'intervention sera réalisée par un chirurgien expérimenté en chirurgie des cancers de l'endomètre. La liste des établissements autorisés par région est disponible sur www.e-cancer.fr

3.1 COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?

Deux consultations sont programmées quelques jours avant l'intervention : l'une avec le chirurgien, l'autre avec l'anesthésiste.

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 est l'occasion de poser toutes vos questions au sujet de l'intervention.

Lors de cette consultation, le chirurgien peut vous demander de signer un consentement afin qu'un échantillon de la tumeur soit conservé après l'opération dans une tumorothèque, une bibliothèque de tumeurs, en vue de recherches ultérieures.

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 (rhume des foins, médicaments, etc.), les problèmes respiratoires (asthme, bronchite chronique), les problèmes cardiaques (hypertension par exemple), les problèmes de coagulation liés à une maladie ou à une prise régulière de médicaments (aspirine, anticoagulants), ainsi que votre consommation d'alcool et de tabac.

L'arrêt du tabac quelques semaines avant une intervention réduit le risque de complications postopératoires.

3.2 EN QUOI CONSISTE L'INTERVENTION ?

L'intervention consiste à retirer entièrement l'utérus (le corps et le col), ainsi que les deux ovaires et les deux trompes de Fallope. Cette intervention est appelée hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale. C'est l'intervention la plus souvent pratiquée.

En fonction du stade, du type histologique et du grade de la tumeur, cette intervention peut être complétée par d'autres gestes chirurgicaux, comme l'ablation des paramètres* et du tiers supérieur du vagin, le retrait des ganglions lymphatiques* ou celui d'un repli du péritoine* appelé épiploon. Ces gestes complémentaires sont réalisés soit en même temps que la chirurgie de l'utérus soit ultérieurement lors d'une nouvelle intervention.

L'opération qui consiste à enlever les ganglions lymphatiques est appelée curage ganglionnaire ou lymphadénectomie. Il s'agit de retirer soit les ganglions lymphatiques du pelvis* (lymphadénectomie pelvienne), soit ceux qui sont situés dans la partie supérieure de l'abdomen* le long de l'aorte (lymphadénectomie lombo-aortique), soit l'ensemble des ganglions de ces deux régions.

Une lymphadenectomie (pelvienne et/ou lombo-aortique) est généralement proposée pour les tumeurs de stade II et III et certaines tumeurs de stade I :

- les tumeurs du type histologique 1 et de grade 3, qui dépassent la moitié du myomètre* ;
- les tumeurs du type histologique 2 ;
- les tumeurs de stade I qui présentent des embolies, c'est-à-dire des amas de cellules cancéreuses dans les vaisseaux lymphatiques* proches de la tumeur.

Le retrait des ganglions permet de rechercher d'éventuelles cellules cancéreuses qui ont pu s'y propager. Il contribue ainsi à déterminer si la tumeur s'étend et si un traitement complémentaire à la chirurgie est nécessaire.

LE GANGLION SENTINELLE : UNE ALTERNATIVE AU CURAGE GANGLIONNAIRE À L'ÉTUDE

La technique du ganglion sentinelle consiste à retirer uniquement le premier ganglion lymphatique qui draine l'utérus pour déterminer s'il est envahi par des cellules cancéreuses. S'il ne contient pas de cellules cancéreuses, les autres ganglions ont très peu de risque d'en contenir ; il n'est donc pas utile de les enlever. En revanche, si le ganglion sentinelle contient des cellules cancéreuses, la probabilité pour que les autres ganglions soient atteints est importante ; ils doivent donc être retirés. La technique du ganglion sentinelle est en cours d'évaluation pour les cancers de l'endomètre.

Il faut parfois retirer également l'épiploon, repli du péritoine situé sous l'estomac et qui recouvre une partie du côlon. L'épiploon est aussi appelé omentum, d'où le nom d'omentectomie donné à cette intervention.

L'omentectomie peut être proposée lorsqu'il existe un risque de métastase au niveau du péritoine. Ce peut être le cas pour certains cancers du type histologique 2 (stade I et II) et pour certains cancers de stade III (quel que soit le type histologique).

3.3 COMMENT ACCÉDER À LA TUMEUR POUR L'ENLEVER ?

Une voie d'abord chirurgicale désigne le chemin utilisé par le chirurgien pour accéder à l'organe ou à la zone à opérer. Trois voies d'abord peuvent être utilisées pour opérer un cancer de l'endomètre : la laparotomie, la cœlioscopie et la voie vaginale, aussi appelée voie basse.

La **laparotomie** consiste à ouvrir l'abdomen. On parle d'opération à ventre ouvert. Le chirurgien fait soit une incision verticale (souvent du nombril au pubis ou parfois, pour certains cancers de stade avancé, du sternum au pubis) soit une incision horizontale au-dessus du pubis. La laparotomie permet au chirurgien d'observer et de palper toute la cavité abdominale avant de retirer l'utérus, les ovaires, les trompes et, si nécessaire, les ganglions lymphatiques proches de l'utérus.

Cette voie d'abord est notamment utilisée lorsque le volume de la tumeur est important ou lorsque la cœlioscopie est contre-indiquée.

La **cœlioscopie** (ou laparoscopie) est une technique chirurgicale plus récente. Elle est aussi appelée opération à ventre fermé. Au lieu d'ouvrir l'abdomen, le chirurgien réalise trois ou quatre petites incisions qui lui permettent d'insérer un système optique, ainsi que des instruments chirurgicaux à l'intérieur du pelvis et de l'abdomen. Le système optique est relié à un écran extérieur qui permet au chirurgien d'opérer en visualisant ses gestes. L'utérus est extrait par le vagin. La cœlioscopie est aussi efficace que la laparotomie pour enlever l'utérus, les ovaires, les trompes et les ganglions lymphatiques.

La cœlioscopie présente plusieurs avantages comme diminuer la douleur après l'intervention, réduire la durée d'hospitalisation, préserver la paroi abdominale avec un bénéfice esthétique (cicatrices de petite taille) et permettre une reprise de l'activité plus précoce avec une meilleure qualité de vie. Pour ces raisons, c'est la voie qui est privilégiée chaque fois que possible.

La voie cœlioscopique est recommandée pour les petites tumeurs limitées au corps de l'utérus.

La voie **vaginale** ou **voie basse** consiste à accéder à la tumeur par les voies naturelles en passant directement par le vagin. La principale limite de cette voie est l'impossibilité d'enlever les ganglions lymphatiques. Il est parfois aussi difficile de retirer les ovaires et les trompes.

La voie vaginale est une alternative réservée aux patientes pour lesquelles la chirurgie présente un risque important.

Le choix de la voie d'abord dépend des caractéristiques du cancer (taille et localisation de la tumeur), de votre état de santé, ainsi que des habitudes et de l'expérience de l'équipe chirurgicale.

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

À votre réveil

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

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.

Parfois, un ou plusieurs drains ont été mis en place dans l'abdomen au niveau de la zone opérée pendant l'intervention. Ces tuyaux très fins qui traversent la peau de l'abdomen permettent d'évacuer les liquides (sang, lymphe*) susceptibles de s'accumuler après l'opération et au cours de la cicatrisation. Les drains ne sont pas douloureux et sont retirés sur décision du chirurgien, quelques jours après l'opération.

Une sonde urinaire a pu également être mise en place. Elle sert à recueillir les urines et à mesurer leur volume pour contrôler le fonctionnement des reins. Elle est retirée le plus souvent dès le lendemain.

Enfin, pour éviter une phlébite*, les médecins vous prescriront un médicament anticoagulant et vous demanderont de vous lever assez rapidement après l'intervention. Le port de bas de contention est fréquemment préconisé après l'opération.

La durée d'hospitalisation

La durée d'hospitalisation est en moyenne de deux jours en cas de coelioscopie et de cinq jours dans le cas d'une laparotomie. Elle varie cependant en fonction de l'intervention pratiquée, de la façon dont vous l'avez supportée et de votre état de santé général.

Les analyses de la tumeur

L'ensemble de ce qui a été retiré lors de l'intervention chirurgicale – la pièce opératoire – est transmis au laboratoire ou au service d'anatomopathologie* pour être analysé. L'examen anatomopathologique consiste à observer les tissus prélevés, à l'œil nu puis au microscope ; il est réalisé par un médecin spécialiste appelé pathologiste.

Celui-ci détermine jusqu'où les cellules cancéreuses se sont propagées : myomètre, col de l'utérus, séreuse utérine, ovaires et trompes de Fallope, ganglions. Il évalue également l'existence d'embolies.

C'est grâce à cet examen que le stade du cancer, son type histologique et son grade sont confirmés. À partir de ces résultats, les médecins décident soit de mettre en place une surveillance soit de compléter le traitement. Si un traitement complémentaire s'avère nécessaire après la chirurgie, il s'agit, le plus souvent, d'une radiothérapie qui repose soit sur une curiethérapie seule (cas le plus fréquent), soit sur une radiothérapie externe seule, soit sur l'association des deux (voir le chapitre « La radiothérapie », page 31). Une chimiothérapie est aussi parfois proposée dans certaines situations (voir le chapitre « La chimiothérapie », page 45).

LE TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE À LA CHIRURGIE EN FONCTION DU STADE

Pour les tumeurs de stade I et du type histologique 1, le traitement complémentaire, lorsqu'il est nécessaire, repose soit sur une curiethérapie, soit sur une radiothérapie externe (qui peut être associée à une curiethérapie).

Pour les tumeurs de stade I et de type histologique 2, c'est une radiothérapie externe qui est le plus souvent réalisée. Elle est associée éventuellement à une curiethérapie. Une chimiothérapie peut être proposée selon les situations.

Pour les tumeurs de stade II et III, il s'agit d'une radiothérapie externe et d'une curiethérapie. Une chimiothérapie peut être proposée selon les situations, essentiellement pour les tumeurs de stade III.

Dans certains cas, une analyse génétique de la tumeur peut également être réalisée lors de l'examen anatomopathologique. Elle consiste à déterminer si les cellules de la tumeur présentent une hyper-instabilité, c'est-à-dire de très nombreuses mutations, de certains de leurs gènes. Cette caractéristique peut être le signe d'une maladie héréditaire rare appelée syndrome HNPCC/Lynch. Cette maladie augmente le risque de développer un cancer colorectal mais aussi de l'endomètre, de l'intestin grêle, des voies biliaires, de l'estomac et de l'ovaire.

L'analyse génétique de la tumeur est recommandée pour les patientes de moins de 50 ans et les patientes dont un parent du premier degré (père, mère, frère, sœur, enfant) a été atteint d'un cancer colorectal ou de l'un des autres cancers. Si l'analyse révèle une hyper-instabilité, l'oncologue oriente la patiente vers une consultation d'oncogénétique*. Lors de cette consultation, un test génétique par prise de sang lui sera proposé pour confirmer, ou non, l'existence d'un syndrome HNPCC/Lynch.

Pour avoir des informations complémentaires sur le syndrome HNPCC/Lynch et sa prise en charge, consulter le dossier cancer du côlon (facteurs de risque) sur www.e-cancer.fr/cancerinfo. Vous pouvez aussi vous rendre sur le site de l'association HNPCC-Lynch : www.hnpcc-lynch.com

3.5 QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES DE LA CHIRURGIE ?

Les effets secondaires ne sont pas systématiques. De plus, ils varient selon les personnes, le type de chirurgie pratiqué ou les effets des autres traitements du cancer.

Certains effets secondaires peuvent se manifester immédiatement après l'intervention ou quelques semaines plus tard. En général, ils sont temporaires. D'autres peuvent apparaître bien après l'intervention et durer longtemps.

Complications liées à toute chirurgie

Comme pour toute chirurgie, il existe un risque d'hémorragie qui peut nécessiter le cas échéant une transfusion de sang, d'infection ou de thrombose veineuse (obturation d'une veine) qui impose un traitement par des anticoagulants pendant quelques mois.

Complications liées à une chirurgie du bassin

Du fait de sa localisation au niveau du bassin, la chirurgie de l'utérus provoque, dans de rares cas, des troubles urinaires et digestifs transitoires (incontinence urinaire, ralentissement du transit). Ces troubles sont dus à l'association de la chirurgie et de la radiothérapie. Exceptionnellement, des plaies au niveau de la vessie, des uretères* ou de l'intestin peuvent résulter de la chirurgie. Réparées lors de l'intervention, elles ne donnent pas, en principe, d'effets secondaires ultérieurs.

Fatigue

La fatigue est due notamment à l'anesthésie, à la perte de sang ou encore à l'anxiété générée par l'opération. La fatigue dépend de la façon dont vous avez supporté l'intervention et des autres effets secondaires. Elle ne doit pas être banalisée. Signalez-la à l'équipe soignante afin qu'elle soit prise en compte le mieux possible. Parfois, un séjour en maison de convalescence peut être prescrit par le médecin.

Douleur

Des douleurs peuvent persister pendant quelques semaines après l'opération, en particulier si elle a été réalisée par laparotomie. Un traitement par des antidouleurs, des antalgiques, vous sera proposé jusqu'à ce qu'elles aient totalement disparu. Ces douleurs peuvent être liées aux cicatrices. En cas de douleur persistante localisée sur une zone, vous devez consulter votre médecin traitant ou votre équipe chirurgicale. Cette douleur peut être le signe de différentes complications comme un hématome*, une infection ou une hernie. Par ailleurs, il persiste parfois un durcissement des tissus ou une gêne, en particulier dans le cas des cicatrices horizontales.

Troubles liés à la chirurgie des ganglions lymphatiques

Une accumulation de lymphes sous forme d'une ou plusieurs poches liquidiennes localisées (lymphocèles) peut se produire dans la ou les régions où les ganglions lymphatiques ont été retirés. Seules les lymphocèles qui provoquent des symptômes – gêne, douleur – sont traitées. Si ces symptômes apparaissent, une échographie ou un scanner est effectué pour confirmer le diagnostic de lymphocèle. Le plus souvent, une ponction ou un drainage, réalisé sous échographie ou scanner, permet d'évacuer le liquide.

Un lymphœdème, un œdème dû à l'obstruction des vaisseaux lymphatiques, peut se former au niveau de l'une ou des deux jambes et provoquer leur gonflement. Le lymphœdème est dû à l'ablation des ganglions lors de la chirurgie ou à la radiothérapie ou, le plus souvent, à l'association des deux. Pour traiter ce trouble, le médecin vous prescrit des bas de contention. Il vous informe des précautions à prendre, comme éviter les blessures, les piqûres, les injections, les coups de soleil ou les températures extrêmes. Il est par ailleurs important de demander l'avis de votre médecin si vous devez vous déplacer en avion. Le traitement du lymphœdème peut être complété par un drainage lymphatique lors de séances de kinésithérapie. Par ailleurs, un médicament antibiotique vous sera prescrit si l'œdème est associé à une inflammation d'un ou plusieurs vaisseaux lymphatiques (lymphangite).

La chirurgie des ganglions peut provoquer des troubles de la sensibilité, en particulier au niveau de la face antérieure de la cuisse. Ils se résorbent le plus souvent en quelques mois.

Troubles de la sexualité

La chirurgie du cancer de l'endomètre n'a pas forcément d'incidence sur la sexualité. Les éventuels troubles dépendent du type de chirurgie pratiquée et des traitements associés.

Le vagin est généralement cicatrisé six à huit semaines après l'opération. Il est cependant indispensable qu'un examen gynécologique soit effectué pour confirmer la cicatrisation du fond du vagin avant d'avoir à nouveau des rapports sexuels.

Il est important de savoir que le raccourcissement du vagin, sauf si une grande partie a été retirée, ne gêne pas l'acte sexuel et que l'utérus et le col de l'utérus ne sont pas nécessaires pour atteindre l'orgasme.

Pour les femmes non ménopausées, l'ablation de l'utérus provoque l'arrêt définitif des règles. Les ovaires étant retirés, la production d'hormones s'arrête et une ménopause survient rapidement. Elle peut se manifester par des bouffées de chaleur, une prise de poids et des troubles du sommeil. Il est possible que surviennent également une baisse de la libido (désir) et des douleurs pendant les rapports sexuels

liées à une sécheresse vaginale. En l'absence de contre-indications, un traitement hormonal de la ménopause, aussi appelé traitement hormonal substitutif (THS), à base d'œstrogènes peut être proposé afin de soulager ces symptômes.

N'hésitez pas à parler de ces troubles et à poser toutes vos questions avant et après l'intervention au chirurgien, au médecin ou au gynécologue. Ils peuvent vous proposer des solutions adaptées ou vous orienter vers un spécialiste des problèmes sexuels.

Pour les femmes en âge de procréer, l'ablation de l'utérus et des ovaires entraîne l'impossibilité d'une grossesse ultérieure. Dans des situations très ciblées, des traitements conservateurs de l'utérus peuvent être discutés pour les patientes jeunes, en vue de préserver leur fertilité.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE CHIRURGIEN

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 ?

Quelles seront l'étendue et la localisation des cicatrices ?

Quelles seront les conséquences de l'opération sur ma vie de tous les jours ?

4. La radiothérapie

DANS QUELS CAS UNE RADIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

LA CURIETHÉRAPIE

LA RADIOTHÉRAPIE EXTERNE

QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES DE LA RADIOTHÉRAPIE EXTERNE ?

Comme indiqué dans les chapitres précédents, la plupart du temps, la chirurgie est le premier traitement réalisé pour traiter un cancer de l'endomètre*. Lorsqu'une radiothérapie est proposée, elle est le plus souvent utilisée comme traitement complémentaire de cette chirurgie ; on parle de radiothérapie adjuvante. Plus rarement, notamment lorsque la chirurgie n'est pas possible ou pour certains cancers plus avancés, la radiothérapie peut être le traitement principal.

LES RAYONNEMENTS IONISANTS, QU'EST CE QUE C'EST ?

Les rayonnements ionisants sont des faisceaux de particules qui transportent une énergie telle qu'elle leur permet de traverser la matière et de la modifier. Le soleil émet des rayonnements ionisants naturels ; c'est le cas de certains rayons ultraviolets.

Dans le domaine médical, les rayonnements ionisants font l'objet de nombreuses applications ; ils sont en particulier à la base des techniques de radiothérapie. Dans ce cas, ils sont produits par un accélérateur, un appareil qui accélère les particules à une très grande vitesse ce qui leur confère une forte énergie ; c'est le principe de la radiothérapie externe. Mais on peut aussi utiliser des matériaux radioactifs dont la propriété est d'émettre spontanément et en continu des rayonnements ionisants ; c'est le cas de la curiethérapie.

La radiothérapie utilise des rayonnements ionisants pour détruire les cellules cancéreuses. Elle consiste à diriger précisément ces rayonnements (appelés aussi rayons ou radiations) sur les cellules cancéreuses, tout en préservant le mieux possible les tissus et les organes sains avoisinants, dits organes à risque.

La radiothérapie du cancer de l'endomètre repose sur deux techniques :

- la radiothérapie externe qui utilise une source externe de rayonnements qui sont dirigés à travers la peau sur la zone à traiter ;
- la curiethérapie qui utilise une source placée à l'intérieur du corps, au contact des tissus à traiter.

La radiothérapie externe et la curiethérapie peuvent être utilisées indépendamment ou être associées.

La radiothérapie repose sur un travail d'équipe entre des manipulateurs, un physicien, un dosimétriste, coordonnés par l'oncologue radiothérapeute (voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 59).

Avant de démarrer la radiothérapie, l'oncologue radiothérapeute vous explique le principe, les objectifs et la technique qu'il va utiliser. Il vous informe également sur les effets secondaires possibles et les solutions qui existent pour les anticiper. N'hésitez pas à lui soumettre toutes les questions que vous vous posez au sujet de ce traitement.

4.1 DANS QUELS CAS UNE RADIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

La radiothérapie en traitement adjuvant

Le plus souvent, la radiothérapie est utilisée comme traitement adjuvant, c'est-à-dire en complément de la chirurgie au cours de laquelle la tumeur et les autres tissus atteints ont été retirés. Son objectif est de détruire les cellules cancéreuses qui pourraient subsister et ainsi réduire le risque de récives locales.

Une radiothérapie adjuvante est ainsi généralement réalisée après la chirurgie des tumeurs de stades I, II et III. Elle repose sur :

- une curiethérapie ou une radiothérapie externe pour les tumeurs du type histologique 1 de stade I ;
- une radiothérapie externe (éventuellement associée à une curiethérapie) pour les tumeurs du type histologique 2 de stade I ;
- l'association d'une radiothérapie externe et d'une curiethérapie pour les stades II et III.

La radiothérapie comme traitement principal

La radiothérapie est le traitement principal de certaines tumeurs de stade III et IV.

Dans le cas des tumeurs de stade III qui touchent le vagin et les paramètres*, le traitement recommandé consiste en une radiothérapie externe et une curiethérapie. La chirurgie et la chimiothérapie sont des options discutées selon les situations. L'objectif du traitement est de détruire la tumeur et de limiter le risque de récurrence.

Dans le cas des tumeurs de stade III qui ont atteint les ganglions para-aortiques, si la chirurgie n'est pas réalisable, le traitement repose sur une radiothérapie externe et une curiethérapie. Une chimiothérapie est proposée en fonction des situations. L'objectif du traitement est de détruire la tumeur et de limiter le risque de récurrence.

Dans le cas des tumeurs de stade IV qui se sont étendues à la vessie et/ou à l'intestin, le traitement repose sur une radiothérapie externe, une curiethérapie et une chimiothérapie.

LE CAS PARTICULIER DES PATIENTES QUI NE PEUVENT PAS ÊTRE OPÉRÉES

Parfois, en raison par exemple d'une maladie cardiovasculaire ou d'une obésité, des patientes qui présentent une tumeur de stade I, II ou III ne sont pas opérables. Une radiothérapie exclusive est alors proposée à la place de la chirurgie. Son objectif est de traiter la totalité de la tumeur et de réduire le risque de récurrence. Il s'agit alors d'une radiothérapie externe complétée par une curiethérapie.

4.2 LA CURIETHÉRAPIE

Le principe

La curiethérapie consiste à placer un élément radioactif, le plus souvent de l'iridium, directement au contact de la zone à traiter. Pour cela, l'élément radioactif, qu'on appelle aussi source radioactive, est inséré dans un applicateur, lui-même introduit dans le vagin (curiethérapie vaginale) ou dans l'utérus (curiethérapie utérovaginale).

Du fait de sa radioactivité, la source libère spontanément au cours du temps des rayons qui vont détruire les cellules cancéreuses.

La curiethérapie permet de délivrer de façon très ciblée et localisée des doses très élevées de rayons (plus élevées que lors d'une radiothérapie externe).

Le plus souvent, la curiethérapie est utilisée pour détruire les cellules cancéreuses qui pourraient subsister après le retrait de l'utérus lors de la chirurgie. On réalise donc une curiethérapie vaginale qui cible le fond du vagin.

Dans certaines situations, la curiethérapie est utilisée pour traiter la tumeur elle-même. C'est l'utérus qui est alors ciblé ; on réalise une curiethérapie utérovaginale.

La curiethérapie en pratique

Dans un premier temps, l'applicateur qui recevra la source radioactive est mis en place à l'intérieur du vagin. Cela ne nécessite pas d'anesthésie. Cet applicateur peut être standard ou conçu à partir d'une empreinte de votre vagin réalisée préalablement. Sa position est contrôlée par la réalisation de radiographies de face et de profil ou, dans certains cas, d'un scanner ou d'une IRM. Ces images permettent ensuite de calculer, par une étude informatisée, la dosimétrie, c'est-à-dire la quantité et la répartition des rayons qui seront libérés par la source, ainsi que la durée du traitement.

Après le positionnement de l'applicateur dans le vagin et le calcul de la dosimétrie, le traitement à proprement dit peut démarrer. Pour cela, le manipulateur relie, à l'aide de câbles, l'applicateur à un conteneur, placé dans la salle de traitement, qui renferme la source radioactive. De façon automatisée et informatisée, le conteneur va injecter la source dans l'applicateur ; on dit aussi qu'il la projette, d'où son nom de projecteur de sources.

Selon le débit avec lequel la source radioactive est projetée, on distingue les curiethérapies à haut débit de dose, à bas débit pulsé et à bas débit de dose.

La curiethérapie vaginale est le plus souvent une curiethérapie à haut débit de dose. Elle consiste à utiliser une source d'iridium qui possède une activité radioactive très élevée. De ce fait, la source est délivrée

pendant un temps très court (quelques minutes). La curiethérapie à haut débit de dose est réalisée en ambulatoire. Aucune anesthésie n'est nécessaire pour effectuer le traitement. Vous vous rendez à l'hôpital pour la séance (30 minutes environ) et vous rentrez ensuite à votre domicile. La curiethérapie vaginale nécessite deux à quatre séances, à raison d'une séance par semaine. À l'issue de chaque séance, l'applicateur est retiré.

Vous ne présentez pas de risque de radioactivité pour votre entourage. Une ordonnance vous est remise afin de vous prescrire des soins locaux (lavages vaginaux éventuels). Par ailleurs, un rendez-vous de contrôle avec le médecin qui vous suit vous sera donné à la fin du traitement.

LES CURIETHÉRAPIES À BAS DÉBIT DE DOSE ET À BAS DÉBIT PULSÉ

Les curiethérapies à bas débit de dose et à bas débit pulsé sont en général utilisées lorsque l'utérus n'a pas été retiré par chirurgie, autrement dit dans le cas des curiethérapies utéro-vaginales.

Lors d'une curiethérapie à bas débit de dose, les sources radioactives sont diffusées en continu par l'intermédiaire des câbles auxquels vous êtes reliée en permanence. Cette curiethérapie nécessite une hospitalisation de deux à six jours en général. Du fait de l'utilisation en continu de sources radioactives, vous êtes hospitalisée dans un service spécialisé, en chambre protégée. Il s'agit d'une chambre d'aspect extérieur normal (avec fenêtre), mais dont les murs disposent d'une protection renforcée vis-à-vis des rayonnements radioactifs. Pendant la durée de l'hospitalisation, vous restez allongée la plupart du temps et vous ne pouvez pas sortir de la chambre protégée jusqu'au retrait du dispositif. Les visites sont réglementées et doivent être systématiquement signalées aux infirmières de façon à ce que le traitement soit interrompu. Cependant, chaque interruption représente un temps d'irradiation qui doit être rattrapé.

Lors d'une curiethérapie à débit pulsé, la source radioactive est projetée pendant 15 à 30 minutes, toutes les heures. Cette curiethérapie nécessite également une hospitalisation en chambre protégée avec des visites réglementées.

Les effets secondaires de la curiethérapie

L'action très localisée de la curiethérapie limite considérablement ses effets secondaires.

La curiethérapie vaginale provoque cependant parfois :

- une infection urinaire qui survient après la première séance. Elle est prévenue par une hydratation abondante et la prise de médicaments ;
- une mucite, c'est-à-dire une inflammation de la muqueuse*, au niveau du vagin qui entraîne des pertes blanches. Elle est traitée par des ovules vaginaux ;
- des effets secondaires tardifs comme un rétrécissement du vagin et des douleurs lors des rapports sexuels. Ces troubles sont réduits par l'administration d'ovules vaginaux à base d'œstrogènes et l'utilisation d'un gel lubrifiant. Un dilateur peut également être utilisé ; ce tube en plastique destiné à être introduit de façon régulière dans le vagin permet d'éviter son rétrécissement.

4.3 LA RADIOTHÉRAPIE EXTERNE

Le principe

La radiothérapie externe utilise un appareil appelé accélérateur de particules. Celui-ci permet de produire des rayons et de les diriger, à travers la peau, sur la zone où se trouvait la tumeur, dans le cas d'une radiothérapie réalisée après la chirurgie, ou sur la tumeur, si elle n'a pas été retirée par chirurgie.

La technique de radiothérapie externe la plus souvent utilisée pour traiter les cancers de l'endomètre est la radiothérapie conformationnelle en trois dimensions (3D). Cette technique consiste à faire correspondre le plus précisément possible – autrement dit à conformer – le volume sur lequel vont être dirigés les rayons, au volume de la zone à traiter. Des techniques d'irradiation externe réalisées avec une intensité modulée (IMRT) sont en cours d'évaluation. Elles permettent d'irradier au mieux le volume cible tout en épargnant davantage les organes à risque situés dans la zone d'irradiation.

La radiothérapie externe en pratique

Avant le traitement proprement dit, la radiothérapie comporte une étape de repérage de la zone à traiter et une étape de calcul de la distribution de la dose (dosimétrie). C'est pourquoi il existe toujours un temps d'attente entre la prise de décision de la radiothérapie et le début effectif du traitement. Habituellement, la radiothérapie réalisée en complément de la chirurgie commence six à huit semaines après la chirurgie.

● Le repérage

L'oncologue radiothérapeute repère précisément la cible sur laquelle les rayons vont être dirigés et les organes à protéger (rectum, vessie, côlon, intestin grêle...). Pour cela, un scanner* centré sur la zone à traiter est réalisé afin d'en obtenir une image en trois dimensions.

Pendant ce repérage, votre position est soigneusement définie. Vous devrez la reprendre lors de chaque séance. Pour cela, un marquage sur la peau ou des contentions spécialement adaptées à votre morphologie (cales, coques de mousse, matelas thermoformés, etc.) sont réalisés.

● La dosimétrie

Outre la dimension et l'orientation des faisceaux, l'étape de dosimétrie consiste à déterminer, par une étude informatisée, la distribution – autrement dit la répartition – de la dose de rayons à appliquer à la zone à traiter. Avec l'oncologue radiothérapeute, le physicien et le dosimétriste optimisent ainsi l'irradiation, de façon à traiter au mieux les tissus cibles tout en épargnant les tissus sains voisins. Cette étape ne nécessite pas votre présence.

La dose de rayons en radiothérapie est exprimée en gray (abrégié en Gy), du nom d'un physicien anglais. 1 Gy correspond à une énergie de 1 joule absorbée dans une masse de 1 kilo.

Le plan de traitement définitif établit notamment la dose et ses modalités de délivrance (dose par séance, nombre et fréquence des séances...). Dans le cas de la radiothérapie réalisée après la chirurgie, la dose totale délivrée est de 45 à 50 Gy. Cette dose est administrée par fraction de 1,8 à 2 Gy par jour, cinq jours par semaine. Le traitement dure donc au minimum cinq semaines.

● Le traitement

La salle dans laquelle se déroule la radiothérapie est une pièce qui respecte les normes de protection contre les rayonnements ionisants.

Vous êtes installée par le manipulateur sur la table de traitement dans la position qui a été déterminée lors de la phase de repérage. Les rayons sont dirigés de façon précise vers la région à traiter et vous devez rester immobile.

Pendant la séance, vous êtes seule dans la salle, mais vous restez en lien continu avec les manipulateurs : vous pouvez communiquer avec eux par le biais d'un interphone et vous êtes surveillée par une caméra vidéo. La salle reste éclairée pendant la séance. En cas de besoin, le traitement peut être immédiatement interrompu.

Le temps de présence dans la salle de traitement est généralement de quinze minutes environ. Le temps d'irradiation lui-même est de courte durée, de l'ordre de quelques minutes. L'appareil tourne autour de vous sans jamais vous toucher. L'irradiation est invisible et indolore. Vous ne ressentez aucune sensation particulière.

Il est désormais obligatoire de mesurer directement sur vous la dose réelle de rayons que vous recevez lors de la première ou de la deuxième séance, ainsi qu'à chaque modification du traitement. On parle de dosimétrie *in vivo*. Elle permet de s'assurer que la dose délivrée ne diffère pas de façon significative de la dose prescrite. La dosimétrie *in vivo* est en place dans tous les centres de radiothérapie.

Le plus souvent, la radiothérapie est réalisée en ambulatoire : vous rentrez chez vous quand la séance est terminée. Néanmoins, une hospitalisation complète est possible si votre état de santé général le nécessite.

Les séances de radiothérapie ne rendent pas radioactif : il n'y a donc pas de précaution à prendre vis-à-vis de votre entourage une fois la séance terminée.

- **Le suivi**

Durant toute la durée du traitement, des consultations avec le radiothérapeute sont programmées régulièrement (environ une fois par semaine). L'objectif est de s'assurer que le traitement se déroule dans les meilleures conditions. Des visites de contrôle sont également planifiées à l'issue du traitement.

4.4 QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES DE LA RADIOTHÉRAPIE EXTERNE ?

Lors d'une irradiation, on ne peut pas éviter totalement d'irradier et donc d'altérer des cellules saines situées à proximité de la zone à traiter. C'est ce qui explique l'apparition des effets secondaires.

Ces effets secondaires varient selon la région traitée, la dose de rayons délivrée, la technique utilisée, l'effet des autres traitements, votre propre sensibilité et votre état de santé général. Le traitement est planifié et administré de façon à les réduire le plus possible. L'équipe médicale vous informe sur ceux qui peuvent se produire dans votre situation et sur les moyens d'y faire face. Un suivi régulier permet de les détecter et de réajuster le traitement si nécessaire.

La partie du corps irradiée pour traiter un cancer de l'endomètre est le pelvis, autrement dit le bassin. L'irradiation est parfois étendue à la partie supérieure de l'abdomen* – région lomboaortique – si les ganglions de cette région sont atteints. Les effets secondaires concernent donc les organes de ces deux régions et leurs fonctions. Les plus fréquents sont décrits ci-après.

Les effets secondaires immédiats de la radiothérapie externe

Les effets secondaires dits immédiats, aigus ou précoces se produisent pendant le traitement et les quelques semaines qui suivent. Ils sont souvent temporaires.

- **Troubles digestifs**

Toute radiothérapie réalisée au niveau du pelvis peut provoquer des troubles digestifs et notamment des diarrhées.

Les diarrhées se manifestent le plus souvent après les deux premières semaines de traitement. Ce trouble est fréquent puisqu'il concerne

jusqu'à 75 % des patientes. Si les diarrhées sont accompagnées de fièvre, contactez rapidement votre médecin.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES DIARRHÉES

À faire

- Boire beaucoup, au moins deux litres de liquide (eau, thé, tisane, eau de riz, bouillon de légumes, jus de carottes ou boissons gazeuses à température ambiante).
- Privilégier une alimentation pauvre en fibres, à base de riz, pâtes, pommes vapeurs, bananes bien mûres, gelée de coings, biscottes et carottes.

À éviter

- Le café, les boissons glacées, les fruits et les légumes crus, les céréales, le pain complet et le lait.

D'autres troubles digestifs peuvent survenir comme des douleurs abdominales, des crises hémorroïdaires ou encore des nausées et des vomissements si l'irradiation a été étendue à la partie supérieure de l'abdomen.

Des médicaments tels que des antidiarrhéiques, des antalgiques (antidouleurs) ou des antiémétiques (contre les nausées et les vomissements) peuvent vous être prescrits pour réduire ces troubles.

● Troubles urinaires

Parfois, des troubles urinaires, comme une envie fréquente d'uriner (pollakiurie), peuvent survenir. Il est recommandé de ne pas prendre de médicament contre ces troubles sans avis médical.

● Troubles cutanés

Les troubles cutanés peuvent se manifester par la perte transitoire des poils pubiens ou par une rougeur de la peau, notamment au niveau du sillon interfessier. Cette rougeur – ou érythème – est traité par l'application d'éosine aqueuse.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES ROUGEURS DE LA PEAU

À faire

- Utiliser un savon surgras.
- Se sécher sans frotter.
- Porter des vêtements en coton et éviter le frottement au niveau de la zone irradiée.
- Appliquer une crème hydratante entre les séances (mais jamais juste avant la séance de radiothérapie).

À éviter

- Éviter de frictionner la zone irradiée avec de l'eau de toilette, de l'alcool, du déodorant, du talc, de la crème...
- Éviter de savonner directement la zone irradiée.
- Les expositions au soleil, au moins durant la première année qui suit la fin du traitement.
- Les douches et les bains trop chauds.

● Fatigue

L'appréhension des examens et des traitements, les déplacements fréquents, l'attente lors des rendez-vous et la radiothérapie elle-même peuvent provoquer une fatigue physique ou morale. La fatigue dépend de votre tolérance à ce traitement et des autres effets secondaires. Elle ne doit pas être banalisée. Signalez-la à l'équipe soignante afin qu'elle soit prise en charge le mieux possible. **Pour plus d'information, vous pouvez consulter le guide *Fatigue et cancer*.**

Les effets secondaires tardifs de la radiothérapie externe

Les effets secondaires tardifs, appelés aussi complications, peuvent apparaître plusieurs mois après la fin du traitement, voire plus tard. Ils peuvent être durables : on parle alors de séquelles. Les progrès des techniques ont rendu ces effets secondaires moins fréquents. L'ensemble des complications décrites ci-après concerne moins de 10 % des patientes qui ont reçu une radiothérapie. Lorsque des effets secondaires surviennent, ils sont intriqués avec ceux des autres traitements.

● Troubles digestifs

Le trouble le plus fréquent est une colite, autrement dit une inflammation du côlon. Cette colite est dite radique car elle est générée par les rayons. Elle se traduit par des épisodes inflammatoires, souvent accompagnés de diarrhées. Les diarrhées surviennent suite à l'ingestion d'aliments qui contiennent des fibres ou qui ont des vertus laxatives. Pour faire face à ce trouble, le régime alimentaire doit être adapté. Des médicaments antispasmodiques ou antidiarrhéiques peuvent aussi être prescrits.

Parfois, une inflammation du rectum, appelée rectite radique, peut se produire et entraîner des saignements lors de l'évacuation des selles. Des médicaments (corticoïdes locaux) peuvent être prescrits. Si les saignements sont importants au point de modifier le taux d'hémoglobine* dans le sang, les vaisseaux sanguins impliqués peuvent être traités par laser (cautérisation) après avis du radiothérapeute.

Plus rarement, une inflammation de l'intestin grêle (grêle radique) peut se produire de façon récurrente et engendrer une occlusion intestinale : les selles et les gaz sont bloqués. Cette complication grave peut nécessiter une hospitalisation afin de procéder à une aspiration des sécrétions digestives à l'aide d'un tuyau introduit par le nez et de mettre en place une alimentation par perfusion*. Dans de rares cas, une intervention chirurgicale peut être nécessaire pour enlever la zone intestinale lésée.

● Troubles des fonctions génitales et de la sexualité

Ces troubles peuvent se traduire par une sécheresse vaginale, un rétrécissement vaginal, des brides vaginales* et des douleurs lors des rapports sexuels. Pour prévenir ces troubles et notamment le rétrécissement du vagin, le médecin peut prescrire, une fois le traitement par radiothérapie terminé, un traitement à base d'œstrogènes en application locale (en crème par exemple) et un dilateur, tube en plastique destiné à être introduit de façon régulière dans le vagin pour éviter son rétrécissement.

L'activité sexuelle qui a dû être interrompue pendant la durée de la radiothérapie peut reprendre quelques semaines après la fin du traitement, si l'état local du vagin le permet. N'hésitez pas à poser des questions à votre médecin.

Une ménopause prématurée peut être induite par la chirurgie ou par la radiothérapie externe. Elle peut se traduire par des bouffées de chaleur, une prise de poids et des troubles du sommeil. En l'absence de contre-indications, un traitement hormonal de substitution peut être proposé afin de soulager ces symptômes.

● Troubles urinaires

La radiothérapie peut provoquer une irritation de la vessie (cystite radique) qui se traduit par une douleur, une envie fréquente d'uriner,

parfois associées à la présence de sang dans les urines (hématurie). Il est important de signaler ces saignements à l'équipe médicale ou à votre médecin traitant.

La radiothérapie entraîne parfois une incontinence urinaire. Cette défaillance du contrôle des muscles qui retiennent l'urine dans la vessie est traitée par des séances de kinésithérapie et par des médicaments antispasmodiques urinaires qui permettent de contrôler la contraction des muscles de la vessie.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE RADIOTHÉRAPEUTE

Quel type de radiothérapie vais-je recevoir ?

Quels sont les objectifs de la radiothérapie ?

Comment se déroule le traitement ?

Combien de temps dure-t-il ?

Quels sont les effets secondaires possibles ?

Quels conseils dois-je suivre pour les limiter ?

Comment et par qui est effectué le suivi ?

5. La chimiothérapie

DANS QUELS CAS UNE CHIMIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?
 QUELS SONT LES MÉDICAMENTS DE CHIMIOTHÉRAPIE UTILISÉS ?
 COMMENT SE DÉROULE LA CHIMIOTHÉRAPIE EN PRATIQUE ?
 QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

La chimiothérapie constitue le traitement principal des cancers avancés de l'endomètre*, en particulier lorsque la tumeur a formé des métastases*. Elle est plus rarement utilisée pour les cancers plus précoces. Cependant, dans certaines situations et notamment en fonction du type histologique du cancer, elle peut être proposée pour compléter le traitement principal.

La chimiothérapie repose sur l'administration de médicaments anticancéreux. C'est un traitement général, dit 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.

Les médicaments de chimiothérapie détruisent les cellules cancéreuses en agissant sur leurs mécanismes de division.

Les thérapies ciblées*, autre type de médicaments anticancéreux, sont actuellement utilisées pour les cancers de l'endomètre uniquement dans le cadre d'essais cliniques (voir page 17).

Avant de démarrer la chimiothérapie, le chimiothérapeute vous en explique le principe et les objectifs. Il vous informe également sur les effets secondaires possibles et les solutions qui existent pour les anticiper. N'hésitez pas à lui soumettre toutes les questions que vous vous posez au sujet de ce traitement.

5.1 DANS QUELS CAS UNE CHIMIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

Une chimiothérapie n'est pas proposée de façon systématique. Son utilité dépend du stade du cancer, autrement dit de son étendue, et de son type histologique.

Par ailleurs, avant de proposer une chimiothérapie, le médecin prend en compte votre état de santé général, votre âge et vos antécédents chirurgicaux et médicaux. Par exemple, des troubles cardiaques peuvent empêcher la prise de certains médicaments de chimiothérapie comme les anthracyclines et, notamment, la doxorubicine.

La chimiothérapie est un des traitements principaux des cancers avancés de l'endomètre (stade IV), c'est-à-dire des cancers qui se sont étendus à la vessie et/ou à l'intestin ou qui se sont propagés à des organes plus éloignés sous forme de métastases. La chimiothérapie permet de ralentir, voire d'arrêter, la progression de la maladie et de soulager les symptômes provoqués par la tumeur et les métastases.

Dans le cas des cancers qui se sont étendus à la vessie et/ou à l'intestin, la chimiothérapie est associée à une radiothérapie externe et une curiethérapie. Dans le cas des cancers qui ont formé des métastases, la chimiothérapie est le premier traitement proposé. Elle est associée, dans certains cas, à une hormonothérapie et une radiothérapie externe.

Une chimiothérapie peut être proposée pour les cancers de stade plus précoce (stades I, II et III) en traitement adjuvant, c'est-à-dire en complément de la chirurgie et/ou de la radiothérapie. C'est alors une option qui est discutée lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire en fonction de la situation particulière de la patiente. L'objectif de cette chimiothérapie est de détruire les cellules cancéreuses qui pourraient subsister après la chirurgie et/ou la radiothérapie et ainsi réduire le risque de réapparition du cancer. Le moment où est administrée la chimiothérapie est déterminé au cas par cas, en fonction du stade de la maladie et de son extension.

5.2 QUELS SONT LES MÉDICAMENTS DE CHIMIOTHÉRAPIE UTILISÉS ?

La chimiothérapie utilisée pour traiter les cancers de l'endomètre repose le plus souvent sur plusieurs médicaments ; c'est pourquoi on parle de polychimiothérapie. Une association de plusieurs médicaments de chimiothérapie correspond à ce que l'on appelle un schéma ou un protocole de chimiothérapie.

Le protocole le plus fréquemment utilisé pour le cancer de l'endomètre repose sur l'association de carboplatine et de paclitaxel. L'association de cisplatine et de doxorubicine est aussi parfois utilisée.

Ces médicaments appartiennent à différentes classes de médicaments anticancéreux. Le carboplatine et le cisplatine sont des sels de platine, aussi appelés organoplatines. Le paclitaxel fait partie de la famille des taxanes et le doxorubicine de celle des anthracyclines.

Pour en savoir plus sur ces médicaments, vous pouvez consulter le répertoire des médicaments sur le site de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) : www.ansm.sante.fr

Les médicaments employés, les doses administrées, ainsi que le rythme des cures* 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.

5.3 COMMENT SE DÉROULE LA CHIMIOTHÉRAPIE 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.

La durée totale du traitement varie en fonction des médicaments administrés et de l'objectif de la chimiothérapie. Les chimiothérapies utilisées pour les cancers qui présentent des métastases sont généralement plus longues que les chimiothérapies adjuvantes. Le traitement se déroule de façon fractionnée, par cycles qui alternent une cure et une période de repos. Par exemple, l'association de carboplatine et de paclitaxel est généralement administrée en 4 à 6 cures, à raison d'une cure toutes les 3 semaines.

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, comme une baisse importante du taux de globules blancs par exemple, le traitement peut être reporté ou modifié.

Les médicaments sont généralement injectés dans une veine, par perfusion*.

La chimiothérapie se déroule le plus souvent à l'hôpital en ambulatoire, c'est-à-dire que vous ne restez que le temps de la perfusion et rentrez chez vous le jour même. On parle aussi d'hospitalisation de jour.

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

Administer les médicaments de chimiothérapie 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 donc 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, une radiographie* du thorax est réalisée 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.

Pour en savoir plus sur le cathéter et la chambre implantable, consultez le guide Cancer info *Comprendre la chimiothérapie*.

5.4 QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES DE LA CHIMIOTHÉRAPIE ?

Les effets secondaires de la chimiothérapie varient selon les personnes, les médicaments utilisés, les dosages et les autres traitements.

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 peut être modifié ou interrompu pour permettre à l'organisme de récupérer.

Les effets secondaires les plus fréquents des médicaments utilisés dans la chimiothérapie du cancer de l'endomètre sont présentés ci-après. En fonction du protocole qui vous a été proposé, votre médecin vous indique de façon précise ceux qui peuvent vous concerner et vous informe sur les moyens d'y faire face.

À NOTER

La présence ou l'absence d'effets secondaires n'est pas liée à l'efficacité de la chimiothérapie. Ne ressentir aucun effet secondaire ne signifie pas que le traitement est inefficace sur vous et, inversement, ressentir de nombreux effets secondaires ne signifie pas qu'il est particulièrement actif.

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 ; elles 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 est le plus souvent prescrit avant ou pendant la chimiothérapie pour réduire les risques de nausées et de vomissements, y compris anticipatoires. 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 légèrement avant et après le traitement.

À éviter

- 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.
- Les aliments lourds difficiles à digérer comme les aliments frits, gras ou épicés.
- Le tabac.

Diarrhées

Des diarrhées sont possibles pendant la chimiothérapie. Un traitement préventif (antidiarrhéique) peut vous être prescrit.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES 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 à 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 du nombre de 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 de saignements et d'hématomes*.

Une baisse importante et simultanée du nombre des globules blancs, des globules rouges et des plaquettes peut se produire. On parle alors d'aplasie. Si elle survient, votre médecin traitant ou votre oncologue décidera, selon l'intensité de l'aplasie, de la nécessité d'une hospitalisation en urgence.

Ces troubles se retrouvent particulièrement dans le cas de l'association de cisplatine et de doxorubicine.

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 peut être nécessaire de prescrire des facteurs de croissance* lorsque la baisse du nombre de globules blancs ou de globules rouges est trop importante. Ils sont parfois proposés de façon préventive notamment pour les patientes fragilisées par d'autres maladies, les patientes âgées ou les patientes qui ont déjà présenté ce type de troubles. 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 traitant ou contactez le service de chimiothérapie.

Lésions de la bouche

Certains médicaments de chimiothérapie comme la doxorubicine 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 LES 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 (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 adapté (soins de bouche, traitement contre les mycoses).

Chute des cheveux

Due à l'utilisation du paclitaxel ou de la doxorubicine, la chute des cheveux (appelée alopecie) 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 deux à trois semaines après la première perfusion. Les cheveux commencent à repousser environ six à huit 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/cancerinfo

Troubles rénaux

Certains médicaments, les sels de platine en particulier, peuvent s'accumuler dans les reins et provoquer une nécrose qui perturbe leur fonctionnement. Afin de réduire cette toxicité, une hyperhydratation est proposée avant, pendant et après la chimiothérapie. L'hyperhydratation consiste à administrer au patient une grande quantité de liquide physiologique par perfusion. Le patient doit parallèlement boire de l'eau régulièrement. Ceci permet de diluer le médicament et de diminuer sa toxicité. L'hyperhydratation nécessite le plus souvent une hospitalisation d'un ou deux jours pour chaque cure de chimiothérapie. Le fonctionnement des reins est systématiquement contrôlé, généralement par une prise de sang, avant chaque cure.

Troubles cardiaques

Ces troubles peuvent survenir en particulier lorsque des médicaments de la famille des anthracyclines comme la doxorubicine sont administrés. Le risque de survenue de ces effets est lié à la dose totale de médicament reçue. Cette toxicité nécessite une surveillance rapprochée, mise en place avant, pendant et après le traitement pour contrôler l'apparition des troubles.

Sensations d'engourdissement ou de fourmillements

Certains médicaments, comme le cisplatine ou le paclitaxel, ont un effet toxique sur les nerfs. 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 comme une difficulté à saisir un objet ou à marcher, votre médecin arrêtera le traitement et le remplacera par d'autres médicaments.

Par ailleurs, le paclitaxel peut provoquer des douleurs musculaires (myalgies) et articulaires (arthralgies). Ces douleurs sont rarement sévères.

Troubles de l'audition

Des difficultés à entendre ou des bourdonnements d'oreille peuvent apparaître. Il est important de les signaler à l'équipe soignante.

Perte d'appétit

Parfois, une chimiothérapie entraîne une perte de l'appétit. Un diététicien peut vous conseiller sur la façon de mieux vous alimenter pendant votre traitement.

Troubles cutanés

Certains médicaments de chimiothérapie peuvent entraîner des troubles au niveau de la peau : rougeurs, plaques, dessèchement, tiraillement...

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES TROUBLES CUTANÉS

À faire

- Appliquer régulièrement et généreusement un agent hydratant sur la peau.
- Réaliser une manucure et une pédicure avant de commencer le traitement, si les mains et les pieds sont déjà un peu abîmés (présence de corne).
- Porter des vêtements amples et des chaussures souples.

À éviter

- L'exposition des mains et des pieds à la chaleur (soleil, bains chauds).
- Les activités qui entraînent un frottement de la peau ou une pression sur les mains (activités ménagères, conduite, jardinage...).
- Les pansements adhésifs ou les bandages serrés.
- La marche et la course à pied.

Si, malgré l'application de ces conseils, votre peau devient rouge ou sensible, signalez-le à votre médecin sans attendre que les symptômes n'empirent. Des médicaments antidouleur, prescrits par votre médecin, ou des soins locaux peuvent les soulager.

Réactions allergiques

Comme tout médicament, les médicaments de chimiothérapie peuvent être source d'allergie. Alertez votre médecin en cas de gonflement du visage, des lèvres et de la langue, d'essoufflement, de fièvre, de réactions cutanées graves (démangeaisons, rougeurs, boutons), de difficultés à respirer ou de tout autre trouble inhabituel.

Fatigue

En dehors de la fatigue causée par la maladie elle-même, par l'appréhension des examens ou encore par les déplacements fréquents, la fatigue peut être liée à la chimiothérapie. La fatigue 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 y contribuer.

La fatigue ne doit pas être banalisée. Signalez-la à l'équipe soignante afin qu'elle soit prise en charge le mieux possible.

Chimiothérapie et sexualité

Comme avec toute chimiothérapie, la libido peut être modifiée pendant le traitement et quelque temps après. Les effets secondaires des médicaments comme la fatigue, les nausées et les vomissements peuvent en effet diminuer temporairement le désir ou la capacité physique. Lorsque le traitement est terminé et que les effets secondaires disparaissent, le désir revient souvent à son niveau habituel.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

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

Quels sont les objectifs du traitement ?

Combien de temps dure-t-il ?

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

Comment et par qui est effectué le suivi ?

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

6. L'hormonothérapie

DANS QUELS CAS UNE HORMONOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?
 QUELS SONT LES MÉDICAMENTS D'HORMONOTHÉRAPIE UTILISÉS ?
 QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

L'hormonothérapie est utilisée pour traiter certains cancers de l'endomètre* qui ont formé des métastases*. Elle consiste à empêcher l'action stimulante des hormones* sexuelles sur les cellules cancéreuses pour arrêter leur développement.

LE CANCER DE L'ENDOMÈTRE : UN CANCER HORMONOSENSIBLE

Les cellules de l'endomètre sont naturellement sensibles aux hormones sexuelles féminines : les œstrogènes et la progestérone. C'est sous leur influence que l'endomètre se transforme chaque mois durant la période d'activité génitale. Lorsqu'une cellule de l'endomètre devient cancéreuse, elle peut conserver cette sensibilité aux hormones. Dans ce cas, le cancer est dit hormonosensible.

Pour savoir si un cancer de l'endomètre est hormonosensible, on recherche si les cellules cancéreuses possèdent, sur leur surface, des récepteurs aux hormones. Ces récepteurs ont en effet la capacité de capter les hormones qui circulent dans le sang et c'est cette liaison hormone-récepteur qui stimule la croissance des cellules. Si ces récepteurs sont présents à la surface des cellules cancéreuses, le cancer est théoriquement hormonosensible.

6.1 DANS QUELS CAS UNE HORMONOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

Une hormonothérapie est utilisée pour traiter des cancers de l'endomètre qui ont formé des métastases dans des organes éloignés de l'utérus.

L'hormonothérapie est proposée lorsque la chimiothérapie ne peut pas être réalisée ou lorsque la maladie évolue lentement. Chez les patientes âgées dont la tumeur s'est propagée au-delà de l'utérus, l'hormonothérapie est parfois utilisée seule. L'hormonothérapie contribue à ralentir la progression de la maladie et à soulager les symptômes provoqués par la tumeur et les métastases.

6.2 QUELS SONT LES MÉDICAMENTS D'HORMONOTHÉRAPIE UTILISÉS ?

Le traitement repose sur un médicament progestatif qui empêche la progestérone de se fixer sur les cellules de l'endomètre et donc de stimuler leur croissance. Il s'agit généralement de l'acétate de médroxyprogestérone. Ce médicament est administré par voie orale, à raison d'un comprimé de 500 mg par jour. D'autres types de médicaments peuvent être utilisés si le traitement progestatif est contre-indiqué.

6.3 QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

Les effets secondaires de l'hormonothérapie dépendent du médicament utilisé, de la dose administrée et de l'état de santé général de la patiente.

Les effets secondaires les plus fréquents sont une prise de poids, une baisse de la libido, un gonflement ou une sensibilité des seins, des nausées. Un événement thromboembolique peut également survenir ; il est dû à la formation d'un caillot dans une veine, ce qui provoque son obturation. **Le médecin doit être immédiatement alerté** en cas de durcissement d'une veine, de gonflement des jambes ou de difficulté soudaine à respirer. Il prescrira le traitement adéquat et notamment un médicament anticoagulant pour fluidifier le sang.

La survenue et l'intensité des effets secondaires dépendent de chaque patiente. Des solutions existent pour y remédier. N'hésitez pas à en parler avec votre médecin.

7. 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.

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

L'**anatomopathologiste** ou **pathologiste** est un médecin qui examine au microscope les cellules et les 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 lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire.

L'**anesthésiste-réanimateur** est un médecin 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 **chimiothérapeute** est un médecin spécialiste des traitements des cancers à l'aide de médicaments, appelé aussi oncologue médical. Un chimiothérapeute peut proposer différents types de traitements contre le cancer : une chimiothérapie, une hormonothérapie ou une thérapie ciblée* (dans le cadre d'un essai clinique* pour le cancer de l'endomètre). Des consultations régulières permettent au chimiothérapeute de vérifier le bon déroulement du traitement et de traiter d'éventuels effets secondaires, pendant et à la fin des traitements.

Le **chirurgien** est un médecin 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.

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

Le **dosimétriste** participe, avec l'oncologue radiothérapeute et le physicien, au calcul de la dose de rayons nécessaire à la radiothérapie et à la planification du traitement.

Le **gynécologue** est un médecin spécialiste de l'appareil génital de la femme. Il assure le diagnostic et la prise en charge des maladies de l'utérus, du vagin, des ovaires, des seins. Le **gynécologue-obstétricien** est un chirurgien qui traite les maladies gynécologiques et mammaires et, notamment, les cancers, et prend en charge le suivi des grossesses à risque et des accouchements. Ces deux spécialistes s'occupent des techniques d'assistance médicale à la procréation qui peuvent être mises en œuvre lors des problèmes d'infertilité. Il est possible de consulter directement un gynécologue sans passer par le médecin traitant pour les examens gynécologiques réguliers (frottis notamment), le suivi de la contraception ou de la grossesse ou une interruption volontaire de grossesse par des médicaments.

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 soins ou en libéral.

Le **kinésithérapeute** ou **masseur-kinésithérapeute** aide à rééduquer différentes parties du corps grâce à des mouvements adaptés. Sur prescription médicale, il réalise 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 **manipulateur de radiothérapie** est un technicien responsable du maniement des appareils de radiothérapie. Il est chargé de veiller au bon déroulement des séances. Il s'occupe de vous en salle de traitement, vous aide à vous installer, vous explique le déroulement de

la séance et vérifie que les régions à traiter sont bien délimitées. Il s'assure également que vous ne présentez pas de réactions anormales. Lors d'une curiethérapie, ce sont des manipulateurs spécialisés dans ce domaine qui assurent ces fonctions.

Le **médecin généraliste** suit vos différents problèmes de santé. Il a un rôle très important pour le dépistage et le diagnostic d'un cancer, pendant les traitements et lors de la surveillance après les traitements. Il est en 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 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 autre spécialiste. Il peut être conventionné ou non, exercer dans un cabinet, à l'hôpital ou dans toute autre structure de soins. C'est lui qui établit la demande de prise en charge à 100 % de votre maladie auprès de l'Assurance maladie.

L'**oncologue** ou **cancérologue** est un 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 par exemple).

Le **physicien** est une personne compétente en physique médicale, spécialiste des appareils de radiothérapie, de radiologie et de médecine nucléaire. Pour une radiothérapie, il choisit en concertation avec le radiothérapeute les modalités précises du traitement : le type de rayons, leur dosage, leur répartition pour chaque séance et s'assure du bon fonctionnement des différents appareils. On parle aussi de radiophysicien ou de physicien médical.

Le **psychiatre** est un médecin spécialiste des maladies mentales et des troubles psychologiques qui peuvent être liés à des événements particuliers comme une maladie et ses traitements : dépression ou anxiété face à la maladie, difficultés relationnelles ou de comportement... Comme

tout médecin, il peut prescrire des médicaments. Lorsqu'il travaille en oncologie, on parle aussi de psycho-oncologue ou d'oncopsychiatre.

Le **psychologue** est un professionnel diplômé spécialiste de l'écoute et formé à aider des personnes en situation de souffrance psychique. Il peut repérer la détresse liée à la maladie et à ses traitements, et assurer un soutien et un suivi psychologique des patients et de leur famille par des entretiens individuels ou en groupe. Lorsqu'il travaille en oncologie, on parle aussi de psycho-oncologue ou d'oncopsychologue.

Le **radiologue** est un médecin qui interprète des images de parties du corps ou d'organes effectuées lors des examens de radiologie, tels qu'une radiographie ou une échographie. Il est assisté par un manipulateur de radiologie.

Le **radiothérapeute** ou **oncologue radiothérapeute** est un médecin spécialiste des traitements des cancers par des rayons qui détruisent localement les cellules cancéreuses (radiothérapie). En collaboration avec une équipe spécialisée qui comprend un physicien et un dosimétriste, le radiothérapeute calcule la dose de rayons nécessaire au traitement de la tumeur (radiothérapie externe et/ou curiethérapie), identifie les zones à traiter et celles à protéger et planifie les séances de radiothérapie. Des consultations régulières permettent au radiothérapeute de vérifier le bon déroulement du traitement et de prescrire des médicaments pour traiter d'éventuels effets secondaires. Lorsque le radiothérapeute est spécialisé en curiethérapie, on parle aussi de curiethérapeute.

Le **sexologue** est un professionnel formé à la sexologie. Il répond à vos questions et vous aide, vous ou votre partenaire, à gérer les difficultés sexuelles, y compris celles liées à la maladie et ses traitements. Ce peut être un médecin, un gynécologue, un urologue, un psychologue, un psychiatre, etc.

La **socio-esthéticienne** aide à la qualité de vie des personnes malades par des soins esthétiques : coiffure, maquillage, manucure, etc.

L'**urologue** est un médecin spécialiste des problèmes urinaires.

8. 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

LA VIE INTIME ET LA SEXUALITÉ

LES PROCHES

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 votre prise en charge médicale et votre vie au quotidien.

8.1 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 six mois), ainsi que 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 couverts. 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 sa durée et sur vos remboursements.

8.2 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 la perte de vos revenus professionnels. Les conditions pour obtenir ces indemnités sont variables selon les statuts professionnels (salarié, exploitant agricole, travailleur non salarié, artisan, travailleur indépendant, agent contractuel ou titulaire de la fonction publique, demandeur d'emploi, 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.

Quelque temps avant la reprise du travail, une visite de préreprise est prévue par le Code du travail. Cette visite peut être demandée par vous-même, votre médecin traitant ou le médecin conseil de votre caisse d'Assurance maladie. La visite s'effectue auprès de la médecine du travail (appelée aussi service de santé au travail). Son but est de faciliter votre réintégration sociale et professionnelle. À la suite de la visite médicale de préreprise du travail, il est possible de prévoir un aménagement de votre poste comme la modification de l'outillage ou des rythmes de travail (temps partiel thérapeutique par exemple).

La visite de préreprise ne remplace pas la visite de reprise du travail qui, elle, est demandée par votre employeur ou, éventuellement, par vous-même et qui doit être faite dans les huit jours suivant votre reprise.

8.3 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, en plus de l'aide à domicile, on trouve différents professionnels 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 pour :

- 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, les aider à faire leurs devoirs ou les conduire à leurs activités de loisir.

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.

8.4 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 psychiatre est remboursée par l'Assurance maladie. En revanche, la consultation d'un psychologue n'est prise en charge que lorsqu'elle a lieu à l'hôpital ou dans un centre médico-psychologique (CMP).

Des consultations gratuites avec un psychologue sont proposées par des associations de patients ou des réseaux de santé.

► **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. Elles peuvent vous apporter, ainsi qu'à vos proches, des informations et un soutien sur le plan humain ou social. Elles constituent aussi un moyen de rencontre et d'échange.

► **Bénéficier d'une écoute téléphonique**

La Ligue nationale contre le cancer propose un service d'écoute anonyme et confidentiel, accessible en contactant la ligne Cancer info au 0810 810 821 (prix d'un appel local) du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures et le samedi de 9 heures à 14 heures. Des psychologues vous offrent une écoute immédiate, personnalisée et adaptée.

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/cancerinfo

8.5 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. La sexualité ne se limite pas aux rapports sexuels ; elle englobe l'affection, la tendresse, la parole... Avec le temps, le désir revient souvent petit à petit.

Des difficultés physiques peuvent apparaître à la suite des traitements du cancer de l'endomètre. Elles sont variables d'une femme à l'autre et dépendent des traitements reçus.

Pour les femmes non ménopausées, l'ablation des ovaires lors de la chirurgie entraîne une ménopause précoce qui se manifeste par l'arrêt des règles et des désagréments de type bouffées de chaleur, troubles du sommeil et de l'humeur, mais aussi une baisse de la libido et une sécheresse vaginale. La sécheresse vaginale est souvent responsable de douleurs pendant les rapports sexuels. Un traitement hormonal substitutif (THS), uniquement à base d'œstrogènes, peut être prescrit, dans certaines situations, pour compenser la diminution des hormones consécutive aux traitements et soulager ces symptômes. Il améliore notamment la lubrification de la paroi vaginale. Par ailleurs, vous pouvez utiliser un gel lubrifiant sans colorant et sans parfum.

La radiothérapie peut aussi être à l'origine d'une sécheresse et d'un rétrécissement du vagin. Ces troubles peuvent être prévenus par un traitement à base d'œstrogènes en application locale et un dilateur vaginal prescrits par le médecin.

Un peu de temps peut être nécessaire pour intégrer les conséquences physiques et psychologiques de la maladie et de ses traitements et pour s'y adapter. La confiance et la communication avec votre partenaire facilitent le réapprentissage de la sexualité.

Demandez conseil à votre médecin ou à l'équipe médicale pour trouver des solutions adaptées à votre situation et à vos besoins. Des traitements médicaux peuvent diminuer les effets secondaires des

traitements. Des entretiens avec un psychologue ou un psychiatre peuvent aider à vivre mieux certaines situations difficiles. Vous pouvez également consulter un sexologue.

8.6 LES PROCHES

Accompagner une personne atteinte d'un cancer peut être ressenti comme 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 accueillent en consultation autant les personnes malades que leurs proches. 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*.

9. Ressources utiles

LA PLATEFORME CANCER INFO
LES ASSOCIATIONS
LES LIEUX D'INFORMATION ET D'ORIENTATION

9.1 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 vendredi de 9 heures à 19 heures et le samedi de 9 heures à 14 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/cancerinfo**

La rubrique Cancer info du site de l'Institut national du cancer donne accès à des informations détaillées sur le cancer de l'endomètre, 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)

 - **Démarches sociales et cancer (2012)**

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.
 - **Comprendre la radiothérapie (2009)**

Ce guide a pour but d'aider les personnes traitées par radiothérapie 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.
 - **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.

9.2 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 édite des brochures d'information sur des thèmes variés comme la sexualité et le cancer ou l'alimentation pendant les traitements. Elle est présente partout en France à travers ses 103 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

9.3 LES LIEUX D'INFORMATION ET D'ORIENTATION

Il existe des lieux d'information pour les malades et leurs proches animés par des professionnels qui accompagnent les personnes tout au long de la maladie ou les accueillent ponctuellement, selon leur choix.

Leur rôle est d'informer, écouter et orienter. Ils ne font ni diagnostic ni pronostic* et leurs services sont gratuits.

Vous pouvez vous renseigner au sein de votre établissement de santé sur l'existence d'ERI (Espaces de Rencontres et d'Information), d'AIRES Cancer (dans la région Nord-Pas-de-Calais) ou d'autres structures semblables. Les Accueils Cancer de la Ville de Paris proposent également un soutien psychologique, social, personnel et familial.

Pour connaître les coordonnées de ces lieux d'information, connectez-vous sur www.e-cancer.fr/cancerinfo, rubrique ressources utiles, ou appelez Cancer info au **0810 810 821** (prix d'un appel local).

10. Glossaire

Ce glossaire définit les termes scientifiques que vous pouvez entendre tout au long des traitements.

a

abdomen : partie inférieure du tronc située en dessous de la poitrine, couramment appelée ventre.

anatomopathologie : spécialité médicale qui consiste à observer des organes, des tissus ou des cellules prélevés sur le patient pour repérer et analyser des anomalies liées à une maladie. L'examen se fait d'abord à l'œil nu, puis au microscope. On parle aussi d'anatomocytopathologie ou encore d'« anapath ».

b

bride vaginale : cordon anormal de tissu conjonctif* qui rapproche les parois du vagin et provoque son rétrécissement. Des brides vaginales se forment parfois à la suite d'une chirurgie ou d'une curiethérapie réalisées au niveau du vagin ou d'une radiothérapie du pelvis*.

c

cancer : maladie provoquée par la transformation de cellules* qui deviennent anormales et prolifèrent de façon excessive. Ces cellules dérégées finissent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne.

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.

consultation d'oncogénétique : consultation au cours de laquelle un médecin spécialiste, appelé oncogénéticien, étudie le risque d'une personne d'être prédisposée génétiquement à un cancer. Dans certains cas, l'oncogénéticien peut proposer un test génétique afin de confirmer si la personne est porteuse ou non des gènes anormaux qui augmentent le risque de développer un cancer. Cela lui permet, le cas échéant, de proposer une prise en charge adaptée.

cure : séance au cours de laquelle sont administrés les médicaments de chimiothérapie.

e

endomètre : couche la plus interne de la paroi du corps de l'utérus, la partie de l'utérus où se développe la grossesse. L'endomètre tapisse la cavité utérine.

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 observer des organes, des tissus ou des cellules prélevés sur un patient pour repérer et analyser des anomalies liées à une maladie. L'examen se fait d'abord à l'œil nu, puis au microscope. Le médecin en charge de cet examen est appelé anatomopathologiste ou pathologiste ; son rôle est capital pour déterminer le diagnostic de cancer et les traitements à envisager.

examen clinique : moment de la consultation au cours duquel le médecin, après avoir posé des questions au patient, l'examine (il l'ausculte, le palpe, etc.).

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 situés à la surface des cellules.

g

ganglion lymphatique : petit renflement le long 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.

ganglion sentinelle : premier ganglion lymphatique* relié à l'organe (en l'occurrence l'utérus) où se trouve la tumeur et donc, le premier susceptible d'être envahi par des cellules cancéreuses.

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 transporte l'oxygène.

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

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

métastase : tumeur formée à partir de cellules cancéreuses qui se sont détachées d'une première tumeur (tumeur primitive*) et ont migré par les vaisseaux lymphatiques* ou les vaisseaux sanguins* dans une autre partie du corps où elles se sont installées.

muqueuse : membrane qui tapisse les cavités de l'organisme, comme l'utérus et le vagin, le tube digestif (de la bouche au rectum) ou les bronches.

myomètre : couche musculaire de la paroi du corps de l'utérus, la partie de l'utérus où se développe la grossesse. Le myomètre se situe entre l'endomètre, couche la plus interne, et la séreuse utérine, couche la plus externe.

p

paramètre : tissu qui soutient l'utérus en l'attachant de chaque côté à la paroi du pelvis*.

pelvis : partie basse du ventre contenant notamment la vessie, le rectum et les organes internes de la reproduction (utérus et vagin chez la femme, prostate chez l'homme). Le pelvis est aussi appelé bassin.

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 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.

pronostic : appréciation 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

radiographie : examen qui permet d'obtenir des images d'une partie du corps à l'aide de rayons X. Une radio est un examen d'imagerie.

récidive : réapparition de cellules cancéreuses, au même endroit ou dans une autre région du corps. Une récurrence 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 (diagnostic, traitement, suivi) les mieux adaptées selon le type de cancer et son stade*. L'élaboration des recommandations s'appuie sur l'analyse des essais cliniques* et sur l'avis d'experts. On parle parfois de recommandations de bonnes pratiques (RBP) ou de recommandations pour la pratique clinique (RPC).

S

scanner : examen qui permet d'obtenir des images du corps en coupes fines au moyen de rayons X. Les images sont reconstituées par ordinateur, ce qui permet une analyse précise de différentes régions du corps. Les radiologues parlent aussi de tomодensitométrie, abrégée en TDM. Le terme scanner désigne aussi l'appareil utilisé pour réaliser cet examen.

séreuse : membrane qui constitue la paroi externe des organes creux de l'organisme, comme l'utérus, l'intestin ou la vessie, et qui contient notamment des vaisseaux sanguins* et des vaisseaux lymphatiques*. La membrane séreuse de l'utérus est appelée séreuse utérine ou parfois périmètre.

stade : degré d'extension d'un cancer.

t

thérapie ciblée : traitement à l'aide de médicaments qui, selon leur cible, visent à freiner ou à bloquer la croissance de la cellule cancéreuse, en l'affaiblissant, en provoquant sa destruction, en dirigeant le système immunitaire contre elle ou en l'incitant à redevenir normale.

tissu conjonctif : tissu servant de soutien ou de protection aux organes.

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

tumeur primitive : tumeur principale à partir de laquelle peuvent s'échapper des cellules cancéreuses qui vont former des métastases* dans d'autres parties du corps.

U

uretère : canal qui conduit l'urine du rein à la vessie.

utérus : organe de l'appareil génital de la femme dont la fonction est de recevoir l'embryon, de permettre son développement tout au long de la grossesse et son expulsion lors de l'accouchement. Situé dans le pelvis*, entre la vessie et le rectum, cet organe musculaire creux comprend une partie haute et large, le corps, et une partie basse et étroite, le col. L'utérus communique, par sa partie supérieure, avec les trompes de Fallope et, par sa partie inférieure, avec le vagin.

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.

vaisseau sanguin : canal par lequel circule le sang (artère, veine ou petit vaisseau capillaire).

Annexe : les examens du bilan diag

Le tableau ci-dessous présente les examens les plus souvent réalisés et leurs objectifs. L'ordre dans lequel ils sont effectués peut varier d'une personne à l'autre. Ils ne sont pas tous systématiques et,

EXAMEN	DESCRIPTION
Examen clinique	<p>L'examen clinique est réalisé lors d'une consultation qui comprend tout d'abord un entretien avec la patiente. Le médecin s'informe sur ses antécédents personnels et familiaux et notamment sur l'existence éventuelle d'autres cas de cancers (colorectal, endomètre). Cette information permet de rechercher la présence d'une maladie héréditaire appelée syndrome HNPCC/Lynch qui augmente le risque de développer certains cancers, dont celui de l'endomètre. Il recherche également les facteurs de risque (obésité, diabète, traitement par tamoxifène) et les symptômes (saignements) qui peuvent être associés à un cancer de l'endomètre.</p> <p>L'examen clinique repose sur un examen de l'abdomen, du pelvis et des aires ganglionnaires. Il comprend un examen gynécologique (examen au spéculum et touchers vaginal et rectal).</p>
Échographie du pelvis	<p>L'échographie permet de réaliser des images du corps grâce à des ultrasons. L'examen est pratiqué par un gynécologue ou un radiologue.</p> <p>L'échographie pelvienne est réalisée en posant la sonde sur la peau au-dessus du pubis (voie sus-pubienne) et en introduisant la sonde dans le vagin (voie endovaginale).</p>
Biopsie	<p>Prélèvement d'un échantillon de l'endomètre.</p> <p>La biopsie est réalisée lors de l'examen gynécologique à l'aide d'un cathéter fin introduit par le vagin dans l'utérus. L'échantillon est prélevé par aspiration.</p>
Examen anatomopathologique	<p>Examen de cellules ou de tissus prélevés lors d'une biopsie ou retirés lors d'une chirurgie (pièce opératoire). Cet examen est réalisé au microscope par un pathologiste.</p>

nostique

si besoin, d'autres peuvent vous être proposés. Cette étape peut sembler longue, mais un bilan précis est indispensable pour vous proposer un traitement adapté.

OBJECTIF

Déceler des signes visibles et « palpables » d'un cancer de l'endomètre et de son extension éventuelle aux organes voisins de l'utérus (vessie, intestin) et aux ganglions.

L'échographie permet de déceler un épaississement de l'endomètre (hypertrophie) qui peut être le signe d'un cancer. Sa détection impose la réalisation d'une biopsie.

L'échographie permet par ailleurs de rechercher une éventuelle dissémination des cellules cancéreuses au-delà de l'utérus (ovaires, péritoine, métastases à distance).

Analyser des échantillons de tissus afin de déterminer s'ils sont de nature cancéreuse ou non.

C'est l'examen indispensable pour confirmer le diagnostic de cancer.

Réalisé sur la biopsie, il permet d'établir le diagnostic et de déterminer les caractéristiques du tissu cancéreux (type histologique, grade).

Réalisé sur la pièce opératoire, donc après la chirurgie, il permet de confirmer le stade du cancer.

Annexe : les examens du bilan diag

EXAMEN	DESCRIPTION
IRM du pelvis et des aires ganglionnaires lomboaortiques	L'IRM consiste à créer des images en coupes des organes, tissus, os et vaisseaux sanguins, grâce à des ondes radioélectriques et un champ magnétique. Un ordinateur assemble ces images en clichés en trois dimensions.
Analyses de sang	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mesure de la qualité et de la quantité des différentes cellules sanguines ; on parle de numération formule sanguine ou d'hémogramme. ■ Mesure de la composition biochimique du sang afin de contrôler le fonctionnement du foie et des reins (bilan hépatique et rénal). ■ Dosage du marqueur tumoral CA 125 : ce dosage n'est en général pas réalisé.

nostique (suite)

OBJECTIF

C'est l'examen d'imagerie de référence. L'IRM permet d'estimer la profondeur de la tumeur dans la paroi de l'utérus et de déterminer si elle s'est étendue dans le pelvis (aux organes voisins comme les ovaires et les ganglions pelviens) et aux ganglions lomboaortiques.

Ces analyses fournissent des renseignements sur l'état de santé général de la patiente. Elles permettent également de détecter une éventuelle contre-indication à l'un des traitements du cancer, notamment à certaines chimiothérapies.

Dans certains cas particuliers, le dosage du marqueur tumoral CA 125 peut être réalisé lors du diagnostic en vue d'évaluer ultérieurement la réponse au traitement.

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 de sa prise en charge. 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

- Guide médecin ALD n°30, Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique, Cancer de l'endomètre. HAS-INCa, décembre 2010
- Recommandations professionnelles Cancer de l'endomètre Rapport intégral. Collection Recommandations & référentiels, INCa-SFOG-CNGOF, novembre 2010
- Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011, Corps de l'utérus, Institut national de veille sanitaire
- La situation du cancer en France en 2011. Collection Rapports & synthèses, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, octobre 2011
- Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie, HAS-INCa, 2006
- Circulaire N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.

Conception et coordination

Département Diffusion des bonnes pratiques et information des malades, direction Recommandations et qualité de l'expertise, Institut national du cancer
 Stéphanie Belaud, chef de projet
 Valérie Delavigne, linguiste
 Marianne Duperray, responsable de département

Relecture spécialistes

Pr Henri Marret, chirurgien, service de chirurgie pelvienne gynécologique et oncologique, Centre hospitalier universitaire Bretonneau, Tours

Pr Philippe Morice, chirurgien, service de chirurgie gynécologique, Institut Gustave Roussy, Villejuif

Dr Fabrice Narducci, chirurgien, département de cancérologie gynécologique, Centre de lutte contre le cancer Oscar Lambret, Lille

Dr Laurence Thomas, radiocuriethérapeute, département de radiothérapie, Institut Bergonié, Bordeaux

Françoise Ellien, oncopsychologue, directrice du réseau de santé SPES, secrétaire générale de la Société française de psycho-oncologie et membre du comité consultatif des professionnels de santé de l'Institut national du cancer

Eliane Marx, psychologue et psychothérapeute, chef de l'unité de psycho-oncologie, Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss, Strasbourg

Conformité aux recommandations

Dr Marie de Montbel, département Diffusion des bonnes pratiques et information des malades, direction Recommandations et qualité de l'expertise, Institut national du cancer

Relecture usagers

Sylvie Aubert, accompagnatrice en santé, Espace de rencontres et d'information, Pôle régional de cancérologie, CHU de Poitiers

Elisabeth Bernigaud-Maurice, présidente des Comités féminins pour la prévention et le dépistage des cancers et membre du comité des malades, des proches et des usagers de l'Institut national du cancer

Anne-Marie Brossard, membre du groupe d'usagers de la Ligue nationale contre le cancer

Christiane Felus, membre du groupe d'usagers de la Ligue nationale contre le cancer

Marie Lanta, chargée de mission informations des malades et des proches de la Ligue nationale contre le cancer et membre du comité des malades, des proches et des usagers de l'Institut national du cancer

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



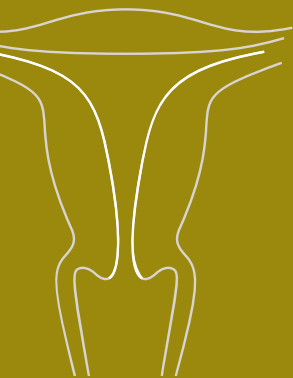
Édité par l'Institut national du cancer
Tous droits réservés – Siren 185 512 777
Conception : INCa
Réalisation : INCa
Couverture : Olivier Cauquil
Illustrations médicales : Anne-Christel Rolling
Impression : LA GALIOTE PRENANT
ISSN 2104-953X

DEPÔT LÉGAL MAI 2013

Vous avez appris que vous avez un cancer de l'endomètre. 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, validées par des spécialistes du cancer de l'endomètre.

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.



Réf. GUIENDOM13