

# A qui en parler ?

Vous cherchez de l'aide ou d'autres informations ?  
Vous avez besoin de parler ?  
Vous cherchez des informations sur un type de cancer ou ses possibilités de traitement ?  
Vous voulez savoir comment faire appel à un service de la Fondation contre le Cancer ?

Dans ce cas, appelez gratuitement et de façon anonyme le Cancerphone.  
Des professionnels (médecins, psychologues, infirmiers et assistants sociaux) sont à l'écoute de toute personne confrontée au cancer.



**Cancerphone**  
**0800 15 800**

Fondation contre le Cancer

Tous les jours ouvrables de 9h à 13h,  
le lundi de 9h à 19h.



**Fondation  
contre le Cancer**

Fondation d'utilité publique  
Chaussée de Louvain 479 - 1030 Bruxelles  
T. 02 736 99 99  
info@cancer.be - www.cancer.be  
Soutenez-nous : IBAN : BE45 0000 0000 8989 - BIC : BPOTBEB1



Suivez-nous sur  
[www.facebook.com/fondationcontrelecancer](https://www.facebook.com/fondationcontrelecancer)



**Fondation  
contre le Cancer**

## Les cancers de l'ovaire



# A qui cette brochure est-elle destinée ?

## Table de matières

A qui cette brochure est-elle destinée ?	3
Qu'est-ce qu'un cancer ?	4
Un peu d'anatomie	6
Chiffres et facteurs de risque	9
Causes et facteurs de risque	12
Symptômes	14
Examens de diagnostic	15
Examens complémentaires	17
Choix des traitements	21
Après le traitement	31
Sexualité	32
Suivi après la fin des traitements	34
Informations utiles	35
La Fondation contre le Cancer : une mission, trois objectifs	39

Ce document s'adresse avant tout aux personnes ayant un cancer de l'ovaire.

Lorsqu'on vous annonce un diagnostic de cancer, de très nombreuses questions et émotions se bousculent. On veut comprendre comment et pourquoi la maladie s'est développée, quels sont les examens et les traitements indispensables, combien de temps ils risquent de durer... On se demande si une guérison est possible, si les traitements permettent de poursuivre une vie normale ou s'il faudra se faire aider... On s'interroge sur le coût de la maladie, sur ce qu'il vaut mieux dire ou ne pas dire à son entourage...

A toutes ces questions et à bien d'autres, des réponses devront être apportées au fur et à mesure qu'elles se posent, au cas par cas, en fonction de l'évolution particulière de chaque patient. Votre médecin jouera à cet égard un rôle essentiel. Lui seul est en mesure de vous informer avec précision sur l'évolution de votre cas, pour autant que vous le lui demandiez.

Cette brochure n'a pas pour objet de tout vous apprendre sur votre maladie. Elle vous donne cependant des informations générales très importantes pour comprendre ce qu'est votre cancer et comment il se soigne. Elle peut également vous aider à poser les bonnes questions à votre médecin ou à l'équipe médicale, si vous souhaitez en savoir plus sur votre situation particulière. N'oubliez pas non plus vos proches. Eux aussi se posent de nombreuses questions. Ce document peut donc également leur être utile.

Cette brochure traite exclusivement des tumeurs épithéliales de l'ovaire, les plus fréquentes. D'autres tumeurs bénignes (kystes ovariens) ou malignes (tumeurs stromales ou germinales) peuvent toucher les ovaires, mais elles ne sont pas reprises dans cette brochure.

# Qu'est-ce qu'un cancer ?

Un cancer résulte d'une perturbation profonde et complexe du fonctionnement de certaines cellules, qui **se multiplient** de manière incontrôlée et anarchique, à tel point qu'elles finissent par envahir l'organe dans lequel elles se trouvent et par envoyer d'autres cellules malades à distance, vers d'autres organes.

## Cause

Au départ, ce sont les dégâts accumulés par une cellule qui entraînent le processus de cancérisation (carcinogenèse). Ces dégâts peuvent entre autres être dus à l'exposition à des produits toxiques (au premier rang desquels se trouve la fumée de tabac), à des agents physiques (ultraviolets naturels ou artificiels, rayonnements, pollution), ou à certains virus. Le lien avec l'alimentation est établi mais encore mal connu. Par contre, il est établi que l'alcool, l'excès de poids et le manque d'exercice physique augmentent le risque de certains cancers, tout comme des expositions professionnelles à différents produits chimiques. L'hérédité n'intervient que rarement. Les cancers ne sont jamais contagieux.

## Evolution

Après un certain temps d'évolution, certaines cellules cancéreuses peuvent s'échapper de leur tumeur d'origine et aller s'installer dans d'autres parties du corps, via les vaisseaux sanguins ou lymphatiques. Ces colonies "secondaires" portent le nom de **métastases**.

Le processus de cancérisation est habituellement très lent. Il peut s'étendre sur plusieurs années, voire des dizaines, après les premiers dégâts cellulaires. Voilà pourquoi la fréquence des cancers augmente globalement avec l'âge. C'est aussi la raison pour

laquelle le dépistage précoce de certains cancers est si important. Il permet de les traiter avant l'apparition des métastases.

Dernière précision : tumeur n'est pas toujours synonyme de cancer. Une tumeur est une masse de cellules qui peuvent être cancéreuses ou non. On parle respectivement de tumeur **maligne** (cancer), ou de tumeur **bénigne** (adénome, kyste,...).

# Un peu d'anatomie

Les organes génitaux féminins internes comprennent le vagin, l'**utérus**, les **trompes** et les **ovaires**.

L'utérus a la forme d'une poire renversée.

Il communique de part et d'autre avec les trompes, fins canaux qui mènent aux ovaires. C'est par les trompes que les ovules quittent les ovaires à chaque cycle menstruel, pour venir jusqu'à l'utérus. Ces organes sont maintenus en place dans la cavité abdominale par des ligaments suspenseurs.

## Les ovaires

Les ovaires sont des petits organes de forme ovale. Ils mesurent quatre à cinq centimètres de long et pèsent environ 10 grammes chez les femmes en période de fécondité. Après la ménopause, ils diminuent de volume.

À proximité des ovaires et de l'utérus se trouvent :

- en avant : la vessie et les uretères (qui transportent l'urine des reins vers la vessie) ;
- en arrière : le rectum, partie terminale de l'intestin.

## A quoi servent les ovaires ?

Les ovaires remplissent deux fonctions :

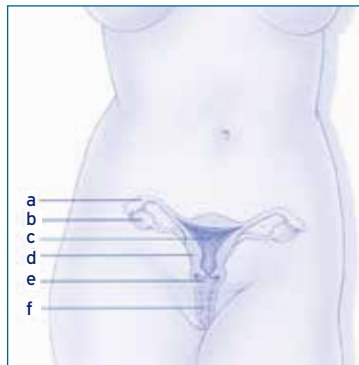
- la synthèse d'hormones sexuelles féminines ;
- la formation et la maturation des ovules.

## Synthèse d'hormones

Les hormones sont des substances chimiques naturelles qui sont sécrétées dans le sang. Elles régulent le fonctionnement des organes et maintiennent l'équilibre des processus biologiques.

Les ovaires sécrètent les **hormones sexuelles féminines, responsables entre autres, de la différenciation sexuelle des cycles menstruels, de la fécondité, et du désir sexuel.** Cette sécrétion

est soumise à l'influence d'autres hormones qui sont produites dans le cerveau.



Les organes génitaux internes de la femme

- |                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| a) trompe         | d) corps de l'utérus |
| b) ovaire         | e) col utérin        |
| c) cavité utérine | f) vagin             |

## Maturation des ovules

Les ovaires contiennent les ovules, qui sont les cellules reproductrices de la femme, tout comme les spermatozoïdes sont les cellules reproductrices de l'homme. Ce sont les ovules et les spermatozoïdes qui, en fusionnant, formeront l'œuf qui deviendra embryon puis enfant. Mais à la différence des spermatozoïdes, qui sont fabriqués au fur et à mesure dans les testicules masculins, les ovules sont présents dans les ovaires dès avant la naissance. Au moment de la puberté, ils se mettent à "mûrir" sous l'influence des hormones féminines. Ensuite, toujours sous l'influence des hormones, un ovule termine sa maturation à chaque cycle menstruel, et est envoyé, via les trompes, vers l'utérus.

## Constitution des ovaires

Les ovaires sont principalement constitués des tissus suivants :

- une couche externe de cellules qui recouvrent les ovaires, appelée **épithélium de recouvrement** ;
- une zone superficielle, le cortex ovarien, qui contient des "**follicules**" à différents stades de maturation. Chaque follicule contient **un ovule** en cours de maturation, entouré de différentes **cellules sécrétant les hormones** (œstrogènes en début de cycle, progestérone en fin de cycle). Ces cellules sécrétantes sont aussi appelées **cellules stromales** ;
- une zone centrale appelée médullaire, qui contient beaucoup de vaisseaux sanguins.

Dans ces divers tissus, différents types de tumeurs peuvent apparaître. Mais dans 80 à 90 % des cas, les cancers proviennent de l'épithélium de recouvrement.

En Belgique, environ **900 nouveaux cas** de cancer de l'ovaire sont enregistrés chaque année. Ils apparaissent **surtout après l'âge de 55 ans**, mais des femmes **plus jeunes** peuvent **aussi en être atteintes**.

Un type particulier de cancer de l'ovaire, les tumeurs à cellules germinales (voir ci-après), se manifeste chez des femmes généralement plus jeunes.

Bien qu'il existe différents types de cancers de l'ovaire, nous utiliserons par facilité le singulier "cancer de l'ovaire" dans la suite de cette brochure.

## Différents types de cancers de l'ovaire

Il existe des **tumeurs bénignes et malignes** (cancéreuses) **des ovaires**. Les tumeurs bénignes sont extrêmement fréquentes (kystes ovariens) et ne seront pas abordées dans cette brochure.

Les tumeurs **malignes se distinguent entre elles par le type de tissu au départ duquel elles se développent**. Globalement, on en distingue **trois types** :

- les **tumeurs épithéliales de l'ovaire** : c'est le type le plus fréquent (**80 à 90 %** des cancers de l'ovaire), Elles se forment au départ de la couche cellulaire externe de l'ovaire (l'épithélium de recouvrement). Il en existe plusieurs sous-catégories, dont la plus fréquente est l'**adénocarcinome** ;
- les **tumeurs stromales** qui prennent naissance dans les cellules stromales des follicules ;
- les **tumeurs germinales**, qui se développent au départ de cellules embryonnaires présentes dans les ovaires. La distinction entre ces différents types de cancers est importante parce que **le traitement diffère d'une catégorie à l'autre**.

**Cette brochure traite exclusivement des tumeurs épithéliales**, qui sont de loin les plus nombreuses. Si vous êtes atteinte d'une forme plus rare de cancer de l'ovaire, une partie des informations de cette brochure reste valable mais il faut les adapter avec vos médecins ou votre infirmier coordinateur de soins.

### **Tumeurs épithéliales "borderline"**

**Parmi l'ensemble des tumeurs épithéliales, 10 à 15 % environ sont dites "borderline"**. Cela signifie qu'elles se situent **à la limite** entre une tumeur **bénigne** et une tumeur **maligne** de l'ovaire.

Les patientes présentant ce type de tumeur se voient par conséquent proposer un traitement différent de celui des femmes atteintes d'une tumeur maligne. **Le plus souvent, une intervention chirurgicale est suffisante**, avec de bonnes chances de guérison (plus de 90 % aux stades précoces).

### **Mode de croissance**

Le cancer de l'ovaire peut se développer au départ **d'un seul ou des deux ovaires**. A un stade précoce, la maladie reste limitée aux ovaires. Si la tumeur s'étend, on voit apparaître **des lésions cancéreuses sur le péritoine** (la membrane qui tapisse la cavité abdominale et les organes qu'elle contient). Des lésions peuvent également apparaître au niveau des ganglions lymphatiques quand les cellules tumorales se propagent **via la lymphe**. Ce sont alors principalement les ganglions lymphatiques du bassin et de la cavité abdominale qui sont touchés en premier lieu, et ensuite les **poumons** et **d'autres organes**. Contrairement à d'autres types de cancer, les cancers de l'ovaire envoient rarement des métastases par la voie sanguine.

### **Ascite**

La présence d'un cancer de l'ovaire à un stade avancé (quand il existe des lésions péritonéales) peut s'accompagner d'une **accumulation de liquide (ascite) dans la cavité abdominale**. L'ascite peut entraîner un gonflement de l'abdomen, qui s'accompagne d'une sensation de lourdeur. La quantité de liquide présente dans la cavité abdominale peut varier de quelques centilitres à plusieurs litres. En **ponctionnant ce liquide**, il est possible de réduire temporairement la gêne qu'il occasionne (voir page 20).

# Causes et facteurs de risque

Les **causes** des cancers de l'ovaire ne sont **pas connues**. Les statistiques indiquent qu'ils apparaissent **plus fréquemment chez les femmes sans enfant**, tandis que celles qui en ont eu beaucoup semblent protégées. Certains indices laissent aussi à penser que l'utilisation de la pilule contraceptive réduit le risque de cancer de l'ovaire.

**Dans la plupart des cas, la maladie n'est pas liée à une prédisposition héréditaire.** Toutefois, dans certaines familles, plusieurs femmes sont atteintes de cancers de l'ovaire. On peut alors se poser la question d'une anomalie génétique héréditaire. Celles-ci sont très spécifiques et concernent 5 à 10 % des cancers de l'ovaire (voir paragraphe suivant). Dans la plupart des cas, même si la maladie survient chez deux femmes apparentées au premier degré (deux sœurs, une mère et une fille) on parlera simplement de risque accru de cancer de l'ovaire. Il sera cependant intéressant de faire une analyse génétique pour exclure une mutation.

## Tumeurs héréditaires

**Des anomalies héréditaires bien particulières sont en cause pour 5 à 10 % des femmes dont le cancer de l'ovaire se développe dans un contexte familial.** Le cancer ovarien survient alors **souvent en association avec d'autres types de cancers**, tels ceux du sein (dans le cas de mutations de type BRCA1 ou BRCA2) ou de l'intestin et de l'utérus (dans le cas du syndrome de Lynch). Le risque de transmission de ces prédispositions génétiques est de 50 %. Autrement dit, chaque enfant d'une personne porteuse de la mutation a une chance sur 2 d'en être indemne.

## Dépistage génétique

Lorsqu'un cancer de l'ovaire survient chez plusieurs femmes apparentées au premier degré, une recherche familiale est utile pour évaluer si l'on se trouve ou non en présence d'une de ces anomalies héréditaires. Cette recherche a lieu dans un centre de génétique, sur base d'une prise de sang. Il faut parfois attendre plusieurs mois avant d'obtenir le résultat. Si vous vous posez des questions sur l'éventuel caractère héréditaire de votre maladie, le mieux est d'en discuter d'abord avec votre médecin traitant.

Le cancer de l'ovaire, comme tous les autres types de cancer, n'est **pas contagieux**. Il ne fait courir aucun risque à votre partenaire lors des rapports sexuels par exemple.

# Symptômes

**Les cancers de l'ovaire sont souvent diagnostiqués tardivement** et ceci pour plusieurs raisons :

- les ovaires sont des organes peu sensibles et comme ils n'ont "pas de voisins" dans la cavité abdominale, une tumeur à leur niveau peut atteindre un certain volume sans que cela ne cause de douleur ou de compression des organes voisins ;
- les ovaires n'ont pas d'enveloppe, ce qui fait que la maladie peut rapidement se disséminer dans la cavité abdominale, même si la tumeur de départ est petite ;
- il n'existe aucun test spécifique permettant de dépister le cancer de l'ovaire à un stade précoce (comme le frottis de col pour le cancer du col de l'utérus par exemple).

Lorsque la tumeur prend de l'extension, les symptômes suivants peuvent se manifester :

- douleur abdominale vague ;
- sensation de gonflement, de pesanteur dans le bas-ventre ;
- nausées ;
- constipation ;
- besoins anormalement fréquents d'uriner ;
- augmentation du volume de l'abdomen (ceci se remarque souvent aux vêtements qui se mettent à serrer).

De la fatigue et une perte de poids peuvent également apparaître, sans que l'on parvienne à leur trouver une explication.

La plupart de ces symptômes sont le plus souvent dus à des problèmes de santé sans gravité, sans aucun rapport avec un cancer. De plus, pour **être significatifs, ils doivent être persistants (plus de 2 semaines) ou répétés**. Votre médecin est le seul à pouvoir déterminer, par des examens appropriés, si une anomalie persistante est due à un cancer. Si nécessaire, il vous dirigera vers un spécialiste pour un suivi complémentaire.

# Examens de diagnostic

La période du diagnostic et des examens complémentaires est souvent difficile à vivre. Il faut attendre un certain temps avant que tous les examens soient effectués et que les résultats soient disponibles. Dans l'intervalle, on se pose bien des questions sur la nature de la maladie, sa gravité et son évolution possible. Les équipes hospitalières font tout leur possible pour que cette période soit la plus brève possible.

Le diagnostic de cancer de l'ovaire est généralement posé par un médecin spécialiste de l'appareil génital féminin.

Selon les circonstances, il demandera que vous passiez un ou plusieurs des examens suivants :

## Examens cliniques

### Toucher vaginal

Le médecin introduit un ou deux doigts dans le vagin. L'autre main est posée sur l'abdomen de la patiente. De cette manière, le médecin peut se faire une idée de l'emplacement et de la taille des organes du bas-ventre, et notamment des ovaires. Il introduit ensuite un spéculum (écarteur ou "bec de canard") dans le vagin afin de pouvoir mieux examiner le vagin et l'entrée (col) de l'utérus.

### Toucher rectal

Le médecin introduit un doigt dans le rectum. De cette manière, il peut se faire une idée de l'état de la partie inférieure de la cavité abdominale et des organes qui s'y trouvent.

### Echographie endovaginale

L'échographie est une technique d'imagerie utilisant les ultrasons. Elle n'implique aucune irradiation. Les



ultrasons émis par une sonde traversent les tissus du corps, puis sont renvoyés sous la forme d'un écho. Cet écho est analysé par un système informatique et transformé en image en temps réel sur l'écran.

En pratique : Vous êtes en général allongé sur une table d'examen classique. Le médecin introduit la sonde d'échographie dans le vagin pour visualiser l'utérus et les ovaires. Le même examen permet également de voir s'il y a du liquide (ascite) dans la cavité abdominale. Il peut souvent vous commenter en temps réel ce qu'il observe (mais ces images ne sont pas toujours faciles à comprendre quand on n'en a pas l'habitude !). L'examen n'est pas douloureux et ne comporte pas de contre-indications.

### Analyse sanguine

Afin d'avoir une idée de la situation générale et des indications sur la présence éventuelle de métastases, le médecin peut demander différents tests sanguins (taux de globules rouges, de globules blancs, de plaquettes, etc.), pour vérifier l'état de santé global, le médecin demandera une mesure du **taux de CA125** dans le sang. Cette substance est un marqueur tumoral, c'est-à-dire qu'elle peut être synthétisée par les cellules cancéreuses ovariennes, qui la libèrent dans le sang. Comme cette substance peut aussi être sécrétée en dehors de tout cancer, la présence de CA125 ne suffit pas pour poser un diagnostic de cancer, encore moins pour le dépister ; elle est seulement utile pour le confirmer en présence d'autres signes.

Chez les femmes de moins de 50 ans, d'autres marqueurs peuvent aussi être demandés pour identifier un éventuel cancer non-épithélial (tumeur germinale).

## Examens complémentaires

Les résultats des **investigations décrites** ci-avant peuvent fournir une **forte suspicion de cancer de l'ovaire**, ce qui justifie la réalisation **d'examens plus poussés** pour confirmer le diagnostic et déterminer l'étendue de la maladie (staging - voir encadré). Cette étape est importante pour pouvoir décider du traitement à suivre.

### Détermination du stade (degré de malignité)

L'examen au microscope (anatomo-pathologie) et en laboratoire du fragment de tissu prélevé permet de déterminer de quel type de cellules cancéreuses est constituée la tumeur : c'est son **grade de malignité**.

Les tumeurs sont classées en trois degrés de malignité : degrés 1, 2, 3.

Plus une cellule cancéreuse est anormale (= différente d'une cellule normale), plus son degré de malignité est élevé.

Les cellules des tumeurs de **grade 1** ressemblent à des cellules normales et ont tendance à se développer et à se multiplier lentement. C'est pourquoi on dit que les tumeurs de degré 1 sont de meilleur pronostic.

Les cellules des tumeurs de **grade 3** ne ressemblent pas du tout à des cellules normales. Elles ont tendance à se développer rapidement et à se propager plus vite que les tumeurs de degré 1 ou 2.

Les cellules des tumeurs de **grade 2** sont intermédiaires.

Les examens les plus fréquemment utilisés pour confirmer le diagnostic et établir le stade de la maladie sont décrits ci-après. Ils seront réalisés ou non en fonction de la situation de chaque personne.

### **CT-Scanner**

Le CT-scan (scanner) est une technique d'imagerie qui utilise les rayons X. Il permet d'obtenir des images extrêmement détaillées des organes examinés. Son principe consiste à prendre une série de clichés radiographiques successifs de la région à explorer (tomographie). Les données obtenues sont ensuite traitées par informatique pour être transformées en images. Les appareils les plus modernes (spiralés) permettent même de reconstruire des images en 3D.

En pratique : le scanner ressemble à un grand anneau dans lequel vous êtes allongé sur une table mobile. L'appareil prend une série de clichés pendant que la table avance progressivement.

Avant l'examen, on doit parfois vous injecter un produit de contraste, afin de rendre certains organes encore mieux visibles. Si vous avez déjà eu une réaction allergique à ce type de produit, pensez à en informer le médecin.

### **IRM (imagerie par résonance magnétique)**

L'IRM ressemble à un CT-scan, dont on aurait remplacé les rayons X par des champs magnétiques très puissants. Ici aussi, le médecin peut obtenir une sorte de coupe transversale virtuelle de l'organisme. Les différents organes sont visualisés sur un écran d'ordinateur. Un produit de contraste (gadolinium) est généralement injecté avant l'examen. L'IRM donne en général de meilleures images que le CT scan au niveau des tissus mous.

En pratique : cet examen ressemble au CT-scan mais il dure plus longtemps (jusqu'à une heure). Vous devrez rester allongé et immobile dans une sorte de "tube". L'appareil fait beaucoup de bruit, ce qui peut être désagréable.

### **PET-scanner**

Contrairement au CT-scan et à l'IRM, le PET-scan donne des images peu détaillées de l'anatomie. Son intérêt est qu'il permet de visualiser les zones où les cellules sont les plus actives. Pour cet examen, on injecte une petite quantité de sucre radioactif au patient (fluorodéoxyglucose ou FDG). Ce "traceur" va s'accumuler là où les cellules utilisent le plus d'énergie, et donc notamment dans les tumeurs constituées de cellules cancéreuses.

Le PET-scan est surtout utile pour dépister les métastases. Il existe des appareils qui combinent un PET et un CT-scan.

En pratique : L'examen comprend deux temps. Le premier est l'injection du traceur radioactif dans une veine du bras. Il faut ensuite attendre environ une heure au calme, pour que le produit se répartisse dans l'ensemble de l'organisme.

Ensuite se déroule l'examen proprement dit. Vous serez allongé sur la table mobile de la machine, vous resterez dans le calme et dans la pénombre pendant environ 30 minutes. Au total, cet examen prend donc 2 à 3 heures.

# Choix des traitements

## Ponction du liquide d'ascite

Si le ventre est gonflé, cela peut être dû à un excès de liquide (ascite) dans la cavité abdominale, visible à l'échographie. On peut alors **prélever ce liquide par ponction** à l'aiguille (avec anesthésie locale). Le liquide est ensuite **examiné au microscope** pour y rechercher la présence de cellules cancéreuses. La ponction a également pour but de soulager la tension au niveau de l'abdomen.

## Laparoscopie

Pour confirmer le diagnostic de cancer de l'ovaire et connaître avec précision son étendue exacte, une intervention chirurgicale est indispensable. Cette **intervention "exploratrice"** peut se faire par laparoscopie : on introduit une caméra miniaturisée dans l'abdomen par une petite incision au niveau du nombril (sous anesthésie générale). Cet examen permet au chirurgien **d'examiner soigneusement tous les organes** de la cavité abdominale pour voir s'ils sont indemnes de lésions (carcinomatose péritonéale). Au cours de cette même intervention, le chirurgien prélève des **fragments de tumeur (biopsies)** pour analyse au microscope et détermination du **grade** de malignité.

Il se peut que les médecins décident de retirer toute la tumeur, ou le maximum possible en même temps qu'ils font cette intervention exploratrice. C'est donc déjà le **premier stade du traitement** (voir page 23).

Afin de choisir le traitement le plus approprié et de déterminer le pronostic (chances de guérison), il est important de connaître le stade du cancer : est-il encore localisé ? A-t-il envahi les ganglions qui sont à proximité ? A-t-il envahi d'autres organes avoisinants ? Y a-t-il des métastases à distance ? Cette étape essentielle s'appelle la détermination du stade ou staging. Elle se fait sur base des résultats de l'examen clinique, des observations faites grâce aux examens de diagnostic (CT-scan, IRM, PET-scan, endoscopie...), du grade de la tumeur déterminé par l'examen de la biopsie.

### Système de classification des tumeurs (TNM ou Tumor - Node - Metastasis)

La détermination du stade se fait généralement suivant le système TNM :

- **T** fait référence à la taille et à une éventuelle extension locale de la **tumeur**.
- **N** indique si le cancer s'est étendu aux ganglions lymphatiques (appelés **nodes** en anglais) proches de la tumeur primaire.
- **M** fait référence à la présence de **métastases** dans d'autres parties du corps.

Chaque lettre est suivie d'un chiffre ou d'une autre lettre :

- les chiffres de 0 à 4 indiquent le degré d'extension ;
- la lettre X signifie "ne peut pas être évalué", car l'information n'est pas disponible ;
- les lettres 'is', signifiant "in situ", peuvent suivre le T et indiquent dans ce cas que la tumeur reste limitée à la couche cellulaire où elle est apparue.

## Consultation oncologique multidisciplinaire (COM)

Le choix final du traitement se fait après discussion entre les différents médecins concernés par votre diagnostic et votre traitement : spécialiste d'organe, chirurgien, oncologue, radiothérapeute, anatomo-pathologiste, ainsi que de l'infirmier coordinateur de soins (voir encadré). S'il le peut, votre médecin généraliste sera également invité à y participer. Cette "consultation oncologique multidisciplinaire" (en abrégé : COM) est un critère de qualité établi par le Plan national Cancer.

En fonction du stade du cancer, les médecins décident ensemble des méthodes de traitement qu'ils estiment les meilleures dans votre cas particulier.

Pour le cancer de l'ovaire, ils peuvent faire appel à :

- la chirurgie ;
- la chimiothérapie ;
- les thérapies ciblées.

**Pour les femmes jeunes qui souhaitent (encore) avoir des enfants, il est important d'aborder ce sujet avec les médecins avant le début du traitement.**

Les médecins feront alors tout ce qui est possible pour préserver la fertilité si c'est possible au niveau de la sécurité de la patiente (stade débutant de la maladie et tumeurs de bas grade). Ils pratiqueront une chirurgie la plus limitée possible : par exemple, ils laisseront en place un ovaire si le cancer est unilatéral, et l'utérus si c'est possible. Il est parfois possible de prélever des ovocytes (ovules) et les conserver par congélation ou vitrification en vue d'une fécondation in vitro plus tard.

On peut également réaliser des fécondations in vitro avant le traitement et congeler les embryons pour les ré-implanter plus tard (chez la patiente ou chez une mère porteuse si elle n'a pas pu conserver son utérus).

### Le CSO, un partenaire tout au long de votre traitement

Le Plan national Cancer a permis l'augmentation du nombre de "Coordinateurs de soins en oncologie". Cet infirmier/infirmière spécialisé(e) est votre personne de contact privilégié tout au long des traitements que vous allez suivre. En effet, vous allez probablement passer par des services différents, des médecins différents, etc., mais votre CSO restera toujours le/la même. Il/elle fait partie intégrante de l'équipe soignante, assiste à toutes les réunions vous concernant et coordonne tous vos rendez-vous. Votre CSO est joignable à tout moment par téléphone ou par mail pour répondre aux questions que vous vous posez par rapport à la maladie et aux traitements.

## Chirurgie

Le traitement du cancer de l'ovaire passe presque toujours par une intervention chirurgicale pour retirer la tumeur, ainsi que les ganglions qui drainent le territoire des ovaires. Parfois, cette intervention se fait en même temps que l'intervention exploratrice effectuée pour confirmer le diagnostic.

En général, l'opération visant à retirer la tumeur se fait en ouvrant l'abdomen du dessus du nombril jusqu'au pubis. Selon le stade et le degré de

malignité du cancer, l'âge de la patiente et son éventuel souhait d'avoir des enfants plus tard, le chirurgien retirera un ovaire (avec la trompe attachée) ou les deux, l'utérus, l'épiploon (repli de péritoine recouvrant les organes de l'abdomen).

Lorsqu'il y a invasion tumorale, par exemple dans la vessie ou l'intestin, le chirurgien peut estimer qu'il est nécessaire de retirer également une partie de ces organes.

Si la maladie s'est étendue à la totalité de la cavité abdominale, il éliminera le plus possible de tissu tumoral. Le but de la chirurgie est d'être complète, même si elle nécessite parfois des gestes agressifs. Moins il en subsistera de tissus tumoral plus les traitements complémentaires auront des chances d'être efficaces et plus la patiente augmentera ses chances de guérison.

Après les examens de diagnostic, les médecins peuvent parfois estimer, après s'être concertés, qu'une opération n'est pas envisageable tout de suite en raison de l'extension de la maladie. Ils peuvent alors conseiller une **chimiothérapie** (dite **néo-adjuvante**) pour tenter d'abord de réduire le volume de la tumeur. Si cet objectif est atteint, il est possible qu'une intervention chirurgicale puisse avoir lieu ultérieurement.

### Effets secondaires de la chirurgie

D'une manière générale, les risques et effets secondaires dépendent de l'étendue de l'intervention et de l'état de santé général.

Les risques possibles sont des hémorragies, des infections, des complications liées à l'anesthésie ou

encore une inflammation pulmonaire. Des douleurs post-opératoires peuvent également se manifester, mais elles sont généralement gardées sous contrôle grâce à des médicaments.

Les conséquences possibles sont soit temporaires, soit définitives. Dans ce dernier cas, on parlera de séquelles.

## Chimiothérapie

Après l'opération, on peut compléter le traitement par une chimiothérapie dite "**adjuvante**". La chimiothérapie fait appel à des médicaments appelés **cytostatiques**, capables de détruire les cellules en phase de multiplication, ce qui est le cas des cellules cancéreuses. Ils peuvent être administrés par perfusion dans une veine, ou être pris par voie orale sous forme de comprimés. Dans certains cas, la chimiothérapie peut également être administrée par voie intrapéritonéale (dans la cavité abdominale).

Une chimiothérapie peut être prescrite :

- en vue d'accroître les chances de guérison (**traitement curatif**) ;
- en vue de ralentir la progression de la tumeur (**traitement palliatif**).

La chimiothérapie occupe une place importante dans le traitement du cancer de l'ovaire. Il existe **différentes combinaisons de médicaments**. En fonction du stade de la maladie et de votre état général, les médecins décideront avec vous de la combinaison la mieux adaptée au traitement de votre cas.

Parfois, une chimiothérapie est administrée avant l'opération, dans l'espoir de réduire le volume de

la tumeur et faciliter ainsi une opération ultérieure (chimiothérapie néo-adjuvante).

### Cures de chimiothérapie

Les chimiothérapies sont administrées sous forme de cures successives espacées par des périodes de repos. Chaque cure correspond à un ou plusieurs jours pendant lesquels les médicaments sont donnés suivant un schéma bien précis (doses, heures). Le nombre de cures de chimiothérapie dépend du stade de la maladie et du type de médicaments utilisés.

### Effets secondaires

La chimiothérapie **s'attaque aux cellules à division rapide**, ce qui est le cas des cellules cancéreuses. Mais elle peut aussi avoir un effet sur les **cellules saines à division rapide**, telles que celles de la moelle osseuse, des muqueuses buccales et intestinales et des racines des cheveux.

Ces effets dépendent **du/des médicament(s) employé(s), de la dose et de la durée de la thérapie**. Ils peuvent se traduire par :

- une chute des cheveux ;
- une inflammation de la muqueuse buccale ;
- une perte d'appétit ;
- des nausées et vomissements ;
- de la diarrhée ;
- un risque accru d'infections (suite à la réduction du nombre de globules blancs) ;
- des hémorragies et saignements (suite à la réduction du nombre de plaquettes sanguines) ;
- de la fatigue (suite à la réduction du nombre de globules rouges).

Ces troubles **disparaissent généralement après l'arrêt du traitement**. Beaucoup d'entre eux, comme

les vomissements, peuvent être prévenus ou traités grâce à des médicaments.

Certaines chimiothérapies peuvent également causer des **dégâts aux nerfs** (neuropathie). Les conséquences sont des pertes d'audition ou des symptômes localisés dans les mains et les pieds tels que des douleurs, une perte de sensibilité, une sensation de brûlure, picotements, hypersensibilité au froid/chaud, sensation de faiblesse. Habituellement, **ces troubles disparaissent progressivement** à la fin du traitement, mais peuvent perdurer chez certaines personnes.

La chimiothérapie entraîne parfois une **infertilité (temporaire ou permanente)** : veuillez dès lors à discuter préalablement de votre éventuel désir d'enfant avec le médecin.

Certaines chimiothérapies peuvent être **toxiques pour le cœur, le foie ou les reins**. Dans certains cas, il est nécessaire de réduire la dose de chimiothérapie ou même de différer, voire d'arrêter le traitement.

**Pour en savoir plus sur la chimiothérapie, vous pouvez consulter la brochure qui y est entièrement consacrée.**

### Radiothérapie

La radiothérapie n'est pas souvent utilisée dans le traitement de cancers de l'ovaire. Elle est parfois utile pour diminuer la taille d'une tumeur qui est douloureuse par la compression qu'elle exerce sur les tissus voisins (traitement palliatif).

## Médicaments ciblés

Des médicaments récents permettent de s'attaquer aux cellules cancéreuses en perturbant sélectivement certaines étapes-clés de leur fonctionnement. Ces thérapies dites "ciblées" (parfois aussi appelées biothérapies) sont souvent utilisées en combinaison avec la chimiothérapie classique. Comme cette dernière, ils provoquent des effets secondaires, mais ceux-ci sont souvent moins marqués.

Dans le cas du cancer de l'ovaire, il s'agit généralement de bevacizumab (Avastin), un médicament qui freine l'angiogenèse (formation de nouveaux vaisseaux sanguins) dans la tumeur. Ce traitement est utilisé en combinaison avec la chimiothérapie. Il peut entraîner des effets secondaires comme une hypertension artérielle ou des saignements, par exemple. Ce médicament, en phase d'essai dans les cancers de l'ovaire, semble apporter un bénéfice important pour les maladies avancées et les récives.

### Effets secondaires des traitements ciblés

L'arrivée des thérapies ciblées avait suscité l'espoir que ces médicaments, d'action plus sélective, seraient dénués d'effets secondaires. Ce n'est malheureusement pas le cas. Certains d'entre eux sont même à l'origine de **réactions très intenses** (allergies, réactions cutanées, etc.) mais la "bonne nouvelle" est que ces **effets secondaires sont souvent prédictifs de leur efficacité**, ce qui n'est pas le cas avec la chimiothérapie.

Parmi les autres effets secondaires possibles, citons notamment : maux de tête, fatigue, fièvre et diarrhée.

## La qualité de vie comme but des traitements

Certains cancers ne peuvent pas être définitivement guéris. Les traitements visent alors à stabiliser leur évolution en stoppant leur progression ou en les maintenant sous contrôle. Dans ce cas, on peut dire que le cancer devient une **maladie chronique** avec laquelle il faut vivre. L'équipe médicale met alors tout son savoir-faire au service de votre **qualité de vie**, qui reste son objectif principal.

Quand le cancer progresse malgré tout, ce souci de la **qualité de vie** prend de plus en plus d'importance. Le but du traitement est alors de contrôler les éventuelles **douleurs** et **inconforts** liés à la maladie. Une situation qui peut durer plusieurs années.

Enfin, quand le cancer est trop avancé pour être maîtrisé, on propose des **soins palliatifs** qui visent également à maintenir une qualité maximale de la fin de vie. La devise des soins palliatifs est d'ailleurs : "Quand il n'y a plus rien à faire, tout reste à faire !"

## Arrêt du traitement

Il peut arriver que vous-même ou votre médecin ayez l'impression que les désagréments liés à un traitement soient (ou deviennent) trop importants par rapport aux résultats escomptés. L'objectif du traitement doit alors être pris en compte. Il y a bien entendu une différence selon que le traitement a un but curatif, adjuvant ou

# Après le traitement

palliatif. En cas de traitement curatif, la plupart des personnes accepteront davantage d'effets secondaires. Lorsqu'il s'agit d'un traitement adjuvant, on évaluera si les contraintes liées à ce traitement valent la peine d'être subies par rapport au risque de récurrence de la maladie. Les femmes à qui l'on conseille un traitement palliatif jugeront de la manière dont celui-ci affecte leur qualité de vie.

**En cas de doute sur l'utilité d'un traitement (ou de la poursuite d'un traitement), n'hésitez pas à en discuter en toute franchise avec votre médecin.**

Tout le monde a le droit de renoncer à un traitement ou à la poursuite d'un traitement, mais il va de soi qu'une telle décision ne doit pas être prise sur un coup de tête. Votre médecin respectera votre décision. Il continuera à vous dispenser les meilleurs soins médicaux disponibles et à vous conseiller pour combattre le mieux possible les conséquences désagréables de la maladie.

Une opération gynécologique importante est **très éprouvante pour une femme, tant sur le plan psychologique que sur le plan physique**. Sa combinaison avec une chimiothérapie (ou une radiothérapie) la rend encore plus lourde. Le traitement prolongé exige énormément d'énergie. **Il faudra beaucoup de temps avant d'avoir suffisamment récupéré pour retrouver une condition physique suffisante** et être capable de se livrer à nouveau aux activités habituelles d'avant le traitement.

De la fatigue ou une sensation de faiblesse peuvent persister pendant plusieurs mois. Il est par conséquent conseillé, dans les premiers temps, de vous limiter à des activités qui n'exigent pas trop d'énergie. Outre le temps nécessaire à la récupération de votre condition générale, il existe d'autres problèmes qui risquent de survenir après l'opération.

## Ménopause précoce

Pour les femmes qui n'étaient pas encore ménopausées, l'ablation des ovaires entraîne une ménopause précoce. Tout comme lors de la ménopause naturelle, ceci peut engendrer des bouffées de chaleur, ainsi que des conséquences à long terme comme l'ostéoporose.



# Sexualité

Sur le plan sexuel, le traitement d'un cancer de l'ovaire a des conséquences qui varient d'une femme à l'autre. Certaines ressentent plus fort que d'autres l'impact sur leur identité féminine de la perte des ovaires et de l'utérus. Les problèmes auxquels vous-même - mais également votre partenaire - avez à faire face dépendent de divers facteurs. L'étendue du traitement que vous avez subi joue un rôle important, mais également la qualité de votre relation avec votre partenaire et votre vie sexuelle avant le traitement. A tout ceci vient encore s'ajouter la charge émotionnelle liée au fait d'avoir ou d'avoir eu un cancer.

## (Re)faire l'amour

Après le traitement, il vous faudra, avec votre partenaire, redécouvrir et expérimenter à nouveau ce qui est susceptible de vous apporter du plaisir sur le plan sexuel. Avant tout, chaque femme doit déterminer pour elle-même, lorsqu'elle a des relations sexuelles, de quelle manière elle souhaite que les choses se déroulent. Son partenaire doit lui en accorder la possibilité. La fatigue et la sensation de faiblesse diminuent le besoin de contacts sexuels. Le fait d'être rassurée, la chaleur et la proximité physique peuvent, au cours de cette période, être plus importants que l'excitation sexuelle. L'orgasme est parfois modifié chez certaines femmes à qui l'on a enlevé l'utérus.

Après l'opération, pour laisser à la plaie le temps de cicatiser, il est généralement conseillé d'attendre le premier contrôle en ambulatoire, soit environ quatre semaines après la sortie de l'hôpital, avant d'avoir à nouveau des rapports sexuels. Il est également conseillé de patienter jusqu'à ce que vous vous sentiez en état de passer à l'acte.

Un certain nombre de problèmes peuvent éventuellement influencer (temporairement) la sexualité :

- suite au traitement, le vagin est moins bien lubrifié lors de l'excitation sexuelle chez certaines femmes. La paroi vaginale est également plus fine et plus fragile. Dès lors, les rapports sexuels peuvent être douloureux. Le plus souvent, l'utilisation d'un lubrifiant constitue une bonne solution. Ce type de produit est vendu sur prescription en pharmacie ou est disponible en vente libre ;
- lorsque des problèmes sexuels apparaissent suite au traitement, ils peuvent également avoir des causes psychologiques. Ces difficultés peuvent aussi être liées à des problèmes relationnels au sein du couple. Parfois, il n'est pas facile de résoudre ce type de problèmes à deux. Dès lors, n'hésitez pas à en parler à votre médecin.

# Suivi après la fin des traitements

## Guérison ou rémission ?

Vous entendrez sans doute les médecins parler de **rémission**, plutôt que de guérison. Une rémission est une amélioration de votre état, avec diminution des signes de présence du cancer. Lorsque tous les signes de la maladie ont disparu, on parle de **rémission complète**. Cela ne signifie pas toujours que la maladie a été totalement et définitivement éliminée. En effet, même à ce stade, quelques cellules malignes peuvent avoir survécu, mais elles sont trop petites pour être détectées par les examens pratiqués. Seul le temps permettra de s'assurer que ce n'est pas le cas. Et c'est seulement à ce moment qu'on parlera de **guérison**. Combien de temps faudra-t-il attendre? Tout dépend du type de cancer. Arbitrairement, la barre a été fixée à 5 ans, mais il n'est pas toujours nécessaire de patienter aussi longtemps pour parler de guérison. Demandez à votre médecin ce qu'il en est pour votre cas particulier. En règle générale, plus une rémission se prolonge, plus il y a de chances d'être définitivement guéri.

## Contrôle

Des contrôles réguliers sont nécessaires pendant les années qui suivent la fin des traitements. La surveillance du taux sanguin du CA125 est à discuter avec le médecin. En effet, une augmentation de ce marqueur peut avoir plusieurs causes et ne signale pas nécessairement une récurrence du cancer. On préfère donc souvent se contenter d'une simple surveillance. Une échographie, un scanner sont souvent également réalisés dans les premières années de suivi (et/ou une laparoscopie). Il est tout à fait possible de traiter à nouveau les récurrences de la maladie. Ceci dépend notamment de l'état général de la personne et de ses souhaits.

# Informations utiles

## Fatigue

La fatigue est un effet secondaire très fréquent du cancer et/ou de ses traitements. Cette fatigue s'estompe en général après la fin des traitements. Elle peut cependant être ressentie bien plus longtemps. Parlez-en à votre médecin et à l'équipe médicale, ils peuvent vous aider à en réduire les effets.

Les causes de cette fatigue sont multiples et l'inactivité est l'une d'entre elles. La Fondation contre le Cancer propose donc RaViva, un programme d'activités physiques adaptées aux personnes en cours de traitement, ou dans l'année suivant la fin des traitements. Il permet de retrouver un certain tonus, ce qui peut faciliter les petits efforts quotidiens.

Plus d'informations sur [www.raviva.be](http://www.raviva.be).

## Soulager la douleur

Il n'existe pas de douleur spécifique au cancer, étant donné que ce n'est pas la tumeur elle-même qui fait mal, mais ses effets sur les autres tissus (compression, infiltration...).

Les douleurs peuvent et doivent être traitées. Il est important de les décrire précisément au médecin ou au personnel soignant, afin qu'ils puissent adapter le traitement à votre situation personnelle. Suivez toujours strictement leurs recommandations, notamment concernant les doses de médicaments antidouleur prescrites.

## Pour que manger reste un plaisir

Quand il s'agit de cancer, une alimentation optimale consiste tout d'abord à prendre du plaisir à manger et à boire ! Le meilleur conseil alimentaire est donc : ne vous imposez pas d'emblée diverses restrictions mais conservez plutôt vos habitudes antérieures.

Ne suivez pas de votre propre initiative un prétendu régime anti-cancer. Leur efficacité est loin d'être démontrée, et cela risque fort d'affaiblir davantage votre corps. Un accompagnement individualisé par un diététicien spécialisé dans le domaine de l'oncologie (oncodiététicien) constitue la meilleure approche. La Fondation contre le Cancer met à votre disposition de nombreux conseils et un **annuaire d'oncodiététiciens** sur son site [www.cancer.be/alimentation-recettes](http://www.cancer.be/alimentation-recettes).

### Attention aux interactions médicamenteuses !

Certains médicaments peuvent modifier l'efficacité des traitements anticancéreux, que ce soit dans le sens d'un renforcement ou d'une diminution d'effet. Et cela aussi bien avec des médicaments conventionnels qu'avec ceux issus des médecines douces. C'est pourquoi il est très important de toujours signaler à l'équipe médicale qui vous soigne quels sont les autres traitements que vous suivez (médicaments mais aussi vitamines, plantes, régimes, ...). Faites-en une liste et discutez-en avec votre médecin lors de vos consultations. Vous pouvez trouver plus d'informations dans notre brochure "Médecines 'douces' et cancers" ainsi que dans le "Guide des compléments alimentaires", disponibles sur notre site web [www.cancer.be](http://www.cancer.be), sous la rubrique "Vivre avec le cancer".

## L'importance d'un bon moral

Un bon moral est toujours important, même s'il ne suffit pas à garantir de meilleures chances de guérison. C'est néanmoins un élément essentiel pour vivre mieux, quoi qu'il arrive, et pour faciliter la traversée des moments difficiles de la maladie et des traitements. Ceci étant, il est parfaitement normal d'avoir des "hauts" et des "bas". Si vous éprouvez des difficultés, ne les gardez pas pour vous. Parlez-en à un proche, à un membre de l'équipe soignante ou à un psychologue.

Sachez que, dans le cadre du Plan national Cancer, vous avez la possibilité de **recevoir gratuitement un soutien psychologique** en milieu hospitalier. La Fondation contre le Cancer propose également un **coaching psychologique complémentaire** (voir site [www.cancer.be](http://www.cancer.be), ou via Cancerphone 0800 15 800).

## Importance d'une relation de confiance avec ceux qui vous soignent

Cette brochure n'a pas, et de loin, répondu à toutes les questions que vous vous posez ou que vous vous poserez au fil de l'évolution de votre maladie. Ce n'est pas son but. Durant votre parcours, vous allez rencontrer un grand nombre de professionnels : médecins, infirmières et autres. N'hésitez jamais à les interroger et, si nécessaire, à répéter vos questions jusqu'à obtenir une réponse compréhensible. Il est indispensable de construire un véritable dialogue avec eux. Cela vous permettra de prendre de commun accord et en toute confiance les décisions qui s'imposent.

Sur [www.cancer.be](http://www.cancer.be), vous trouverez sous la rubrique 'Les cancers' :

- **des informations complémentaires sur la maladie, les traitements, les effets secondaires**
- **des conseils pour mieux faire face à votre maladie : alimentation, beauté...**
- **les coordonnées de tous nos services d'accompagnement des patients**
- **de nombreuses brochures et dépliants à consulter et/ou à commander**

Nos publications peuvent également être commandées par téléphone au 02 736 99 99, ou via [info@cancer.be](mailto:info@cancer.be).

## **La Fondation contre le Cancer : une mission, trois objectifs**

La Fondation contre le Cancer n'a qu'une seule ambition : rendre possible un maximum de progrès contre le cancer.

**Pour cela, nous travaillons à trois niveaux :**

- **Le soutien financier de la recherche cancérologique en Belgique**  
Pour augmenter les chances de guérison, nous finançons les travaux de nombreux chercheurs dans les grands centres du pays, le plus souvent universitaires.
- **L'aide sociale, le soutien financier et l'information des patients et leurs proches**  
Pour augmenter la qualité de vie des malades, nous proposons de l'information, de l'aide sociale et du soutien aux personnes atteintes par un cancer et à leurs proches.
- **La promotion de modes de vie sains, de la prévention et du dépistage, ainsi que la diffusion large d'informations scientifiquement validées**  
Pour réduire les risques de développer un cancer, nous encourageons l'adoption de modes de vie sains et la pratique du dépistage. Pour cela, nous diffusons largement des informations scientifiquement validées.