

NOVEMBRE 2022

CANCERINFO

GUIDES PATIENTS

LES TRAITEMENTS DES CANCERS INVASIFS DU COL DE L'UTÉRUS

L'Institut national du cancer (INCa) est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.



Ce guide a été publié avec le soutien financier de la Ligue contre le cancer.

Ce document doit être cité comme suit: © Les traitements des cancers invasifs du col de l'utérus, collection Guides patients Cancer info, INCa, novembre 2022.

Du fait de la détention, par des tiers, de droits de propriété intellectuelle, toute reproduction intégrale ou partielle, traduction, adaptation des contenus provenant de ce document (à l'exception des cas prévus par l'article L122-5 du code de la propriété intellectuelle) doit faire l'objet d'une demande préalable et écrite auprès de la direction de la communication de l'INCa.

Ce document est téléchargeable sur e-cancer.fr

Vous avez appris que vous avez un cancer du col de l'utérus. Cette annonce provoque d'importants bouleversements. Elle s'accompagne aussi sans doute de nombreuses questions sur la maladie, sur le traitement et le suivi qui vous sont proposés. **Ce guide est là pour vous apporter des éléments de réponse, vous donner des repères et faciliter vos échanges avec les médecins et les membres de l'équipe soignante.** Il décrit les situations les plus couramment rencontrées. Il n'a pas valeur d'avis médical et ne remplace pas l'échange personnalisé que vous avez avec votre équipe soignante. 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. N'hésitez pas à poser des questions à vos médecins et aux membres de votre équipe soignante. Ce sont vos interlocuteurs privilégiés.

Ce guide peut également être utile à vos proches et les aider à mieux comprendre la période que vous traversez.

QUE CONTIENT CE GUIDE ?

Il présente les traitements et le suivi des cancers invasifs du col de l'utérus, dont la majorité sont des **carcinomes***. Les traitements des lésions précancéreuses et des formes précoces de cancers, dites aussi cancers *in situ*, ne sont pas développés ici.

Concrètement, vous trouverez dans ce guide des explications sur les traitements, leurs buts, leur déroulement et leurs effets indésirables, le suivi après les traitements, le rôle des différents professionnels que vous rencontrez, ainsi que des informations pratiques et des ressources utiles pour vous et vos proches. Il présente, en annexe, une description des examens réalisés lors du diagnostic. Enfin, un glossaire définit certains mots que vous entendrez peut-être au cours de vos traitements; ils sont surlignés dans le texte.

Toutes les informations médicales sont issues des recommandations de bonnes pratiques en vigueur au moment de

la rédaction du guide et ont été validées par des spécialistes du cancer du col de l'utérus.

COMMENT UTILISER CE GUIDE ?

Ce guide vous accompagne à différents moments de votre parcours de soins, en fonction de vos besoins d'information ou des nouvelles questions qui surviennent. Vous pouvez lire les chapitres de manière indépendante ou en sélectionnant tout au long de votre parcours de soins, les informations qui vous concernent et vous intéressent.

Vous pouvez retrouver toutes ces informations sur le site de l'Institut national du cancer dans la rubrique patients et proches (e-cancer.fr/patients-et-proches). Le site propose également d'autres informations susceptibles de vous intéresser, notamment le Registre des essais cliniques.

REMARQUE

Afin de ne pas alourdir le texte de ce guide, nous avons employé le masculin comme genre neutre pour désigner les professionnels qui vous accompagnent.

QU'EST-CE QU'UN CANCER ?

Les organismes, végétaux ou animaux, sont constitués de minuscules éléments : **les cellules**. Le corps humain est composé de plusieurs milliards de cellules de différents types (cellules de la peau, des os, du sang...). Au cœur des cellules, les **gènes*** contiennent l'information nécessaire à leur fonctionnement et en déterminent un certain nombre de caractéristiques. Chaque cellule naît, se multiplie en donnant naissance à de nouvelles cellules, puis meurt. Les gènes et l'ensemble des informations qu'ils contiennent sont transmis aux cellules descendantes.

Il arrive que certains gènes présentent des anomalies. Le programme de fonctionnement de la cellule peut alors être dérégulé et celle-ci peut se comporter de façon anormale. Soit ces anomalies sont réparées, soit elles induisent la mort spontanée de la cellule. Mais parfois, il arrive que ces cellules survivent.

Un cancer, c'est cela : une maladie provoquée par une cellule initialement normale dont le programme se dérègle et la transforme. Elle se multiplie et produit des cellules anormales qui prolifèrent de façon anarchique et excessive. Ces cellules dérégées finissent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne, autrement dit cancéreuse.

Le développement d'un cancer n'est pas limité à l'accumulation d'anomalies dans la cellule. La recherche a révélé que la transformation cellulaire entraîne des modifications des éléments qui entourent la cellule, son microenvironnement. Ces perturbations du microenvironnement cellulaire favorisent à leur tour la transformation de cellules normales en cellules cancéreuses.

Les cellules cancéreuses ont tendance à atteindre les **tissus*** voisins et peuvent se détacher de la tumeur. Elles ont la capacité de migrer par les vaisseaux sanguins et les **vaisseaux lymphatiques***, et de former d'autres tumeurs à distance, les **métastases***.

1

UN CANCER DU COL DE L'UTÉRUS, QU'EST-CE QUE C'EST ?

- 11 Le col de l'utérus
- 14 Le développement d'un cancer du col de l'utérus
- 17 Le diagnostic

2

LES TRAITEMENTS DES CANCERS INVASIFS DU COL DE L'UTÉRUS

- 21 Le choix de vos traitements
- 24 Les traitements possibles en fonction du stade du cancer
- 29 Participer à un essai clinique
- 30 Les soins de support

3

LA CHIRURGIE

- 36 Comment se préparer à l'intervention ?
- 39 Comment accéder à la tumeur ?
- 40 Comment se déroule l'intervention ?
- 42 Que se passe-t-il après l'intervention ?
- 44 Quels sont les effets indésirables et complications possibles ?

4

LA RADIOTHÉRAPIE

- 48 Dans quels cas une radiothérapie est-elle indiquée ?
- 50 Qu'est-ce que la radiothérapie externe ?
- 51 Comment se déroule la radiothérapie externe en pratique ?
- 54 Qu'est-ce que la curiethérapie ?
- 54 Comment se déroule la curiethérapie en pratique ?
- 57 Quels sont les effets indésirables possibles ?

5

LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

- 65 Dans quels cas un traitement médicamenteux est-il indiqué ?
- 66 Quels sont les traitements médicamenteux utilisés ?
- 67 Comment se déroule le traitement en pratique ?
- 71 Quels sont les effets indésirables possibles ?

6

COMMENT SE DÉROULE LA RADIOCHIMIOTHÉRAPIE CONCOMITANTE, ASSOCIÉE À LA CURIETHÉRAPIE ?

87

7

LE SUIVI APRÈS TRAITEMENT

- 92 Les objectifs du suivi après traitement
- 94 Les examens

8

LES SOINS PALLIATIFS

- 96. Les soins palliatifs, qu'est-ce que c'est ?
- 97. En pratique, comment s'organisent ces soins ?
- 97. Qui participe aux soins palliatifs ?

9

LES PROFESSIONNELS ET LEUR RÔLE

99

10

DÉMARCHES SOCIALES ET ADMINISTRATIVES

- 110 Les démarches à effectuer
- 111 L'ALD et la prise en charge de vos soins
- 112 La vie professionnelle pendant les traitements
- 113 Se faire accompagner par un assistant de service social

11

QUESTIONS DE VIE QUOTIDIENNE

- 116 Bénéficier d'un soutien psychologique
- 117 Bénéficier d'une aide pour l'arrêt d'une addiction
- 119 Les aides à domicile
- 120 La vie intime et la sexualité
- 121 Les proches

12

RESSOURCES UTILES

- 124 La plateforme Cancer info
- 126 Les associations et autres ressources
- 127 Les lieux d'information et d'orientation

GLOSSAIRE
129**ANNEXE 1.
LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE**
142**ANNEXE 2.
LES EXAMENS DU BILAN PRÉTHÉRAPEUTIQUE**
147**MÉTHODE ET RÉFÉRENCES**
149**AUTRES GUIDES DISPONIBLES**
152

1

UN CANCER DU COL DE L'UTÉRUS, QU'EST-CE QUE C'EST ?

ANATOMIE

DIAGNOSTIC

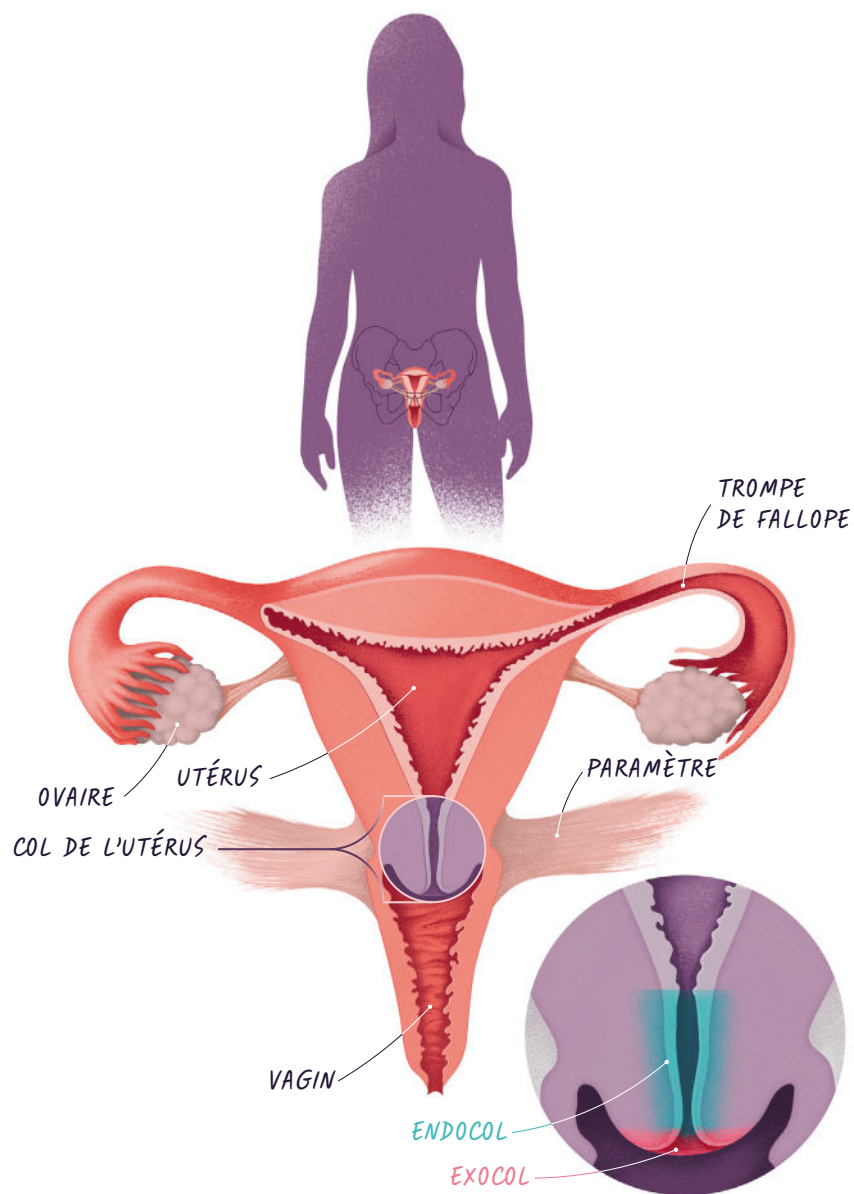
FACTEURS DE RISQUE

11. LE COL DE L'UTÉRUS

14. LE DÉVELOPPEMENT D'UN CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

17. LE DIAGNOSTIC

L'APPAREIL REPRODUCTEUR FÉMININ



Un cancer du col de l'utérus est une maladie de la muqueuse du col de l'utérus, autrement dit du tissu qui le recouvre. Il se développe à partir d'une cellule initialement normale qui se transforme et se multiplie de façon anarchique, jusqu'à former une masse appelée tumeur maligne ou cancer.

LE COL DE L'UTÉRUS

Partie centrale de l'appareil reproducteur de la femme, l'utérus 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.

Point de communication entre l'utérus et le vagin, le col de l'utérus mesure de 2 à 3 centimètres de long selon l'âge et comprend deux parties :

- une partie haute, appelée **endocol** ou canal endocervical, située du côté du corps de l'utérus ;
- une partie basse, appelée **exocol**. Situé du côté du vagin, l'exocol est visible à l'œil nu lors de l'examen gynécologique.

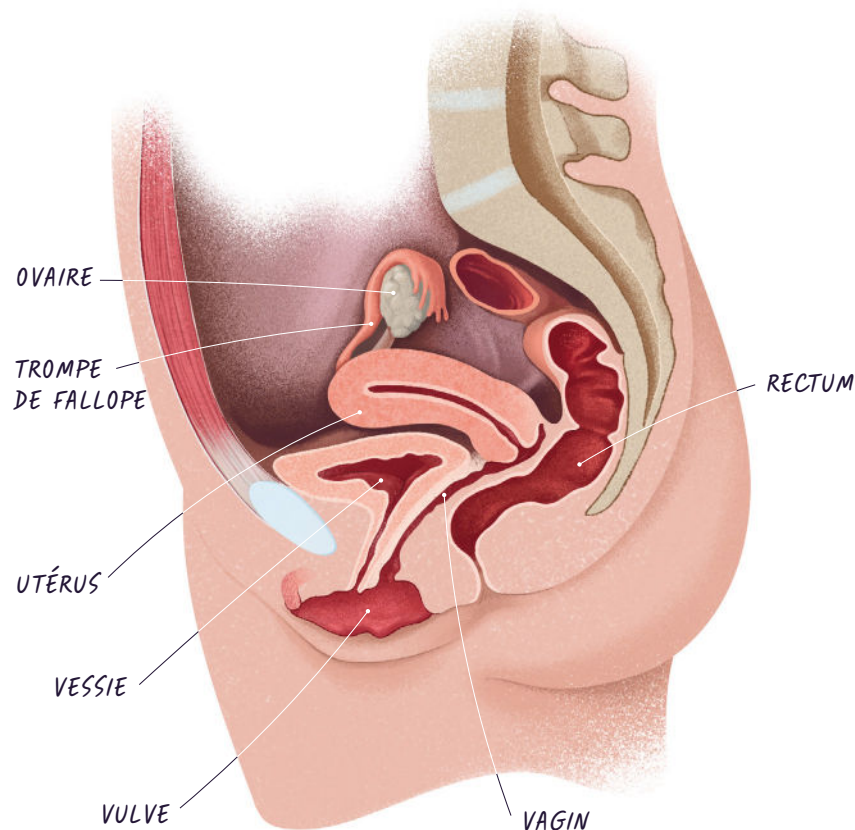
À la limite de l'endocol et de l'exocol se trouve la zone de jonction. C'est ici que prennent naissance la plupart des cancers.

L'utérus et l'ensemble de l'appareil reproducteur féminin sont logés dans le **pelvis*** appelé aussi petit bassin ou cavité pelvienne. Le pelvis a une forme de coupe et contient les organes génitaux, l'appareil urinaire, le rectum (dernière partie du tube digestif qui sert de réservoir des selles avant leur évacuation par l'anus) et le canal anal. L'utérus est relié, de chaque côté, aux parois du pelvis par des ligaments et par les paramètres. Les paramètres contiennent les vaisseaux sanguins et lymphatiques de l'utérus ainsi que les premiers relais ganglionnaires et sont traversés par les **uretères***.

BON À SAVOIR

On estime à environ 2900 nouveaux cas de cancers du col de l'utérus en 2018 en France.

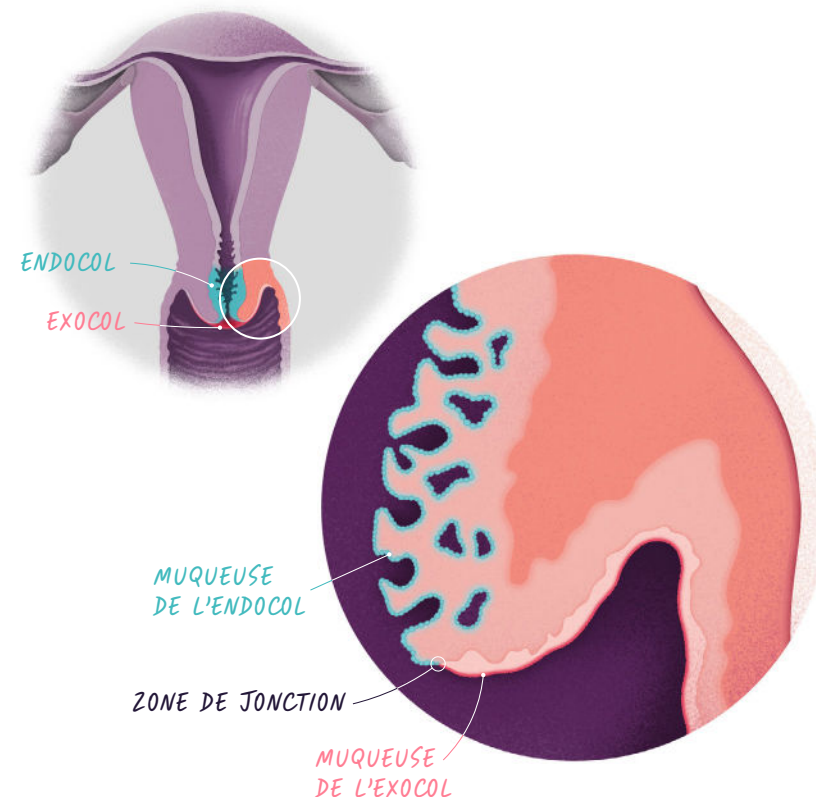
L'APPAREIL REPRODUCTEUR FÉMININ ET LES ORGANES VOISINS DU PELVIS



Le col de l'utérus est entièrement recouvert d'une muqueuse* composée en surface d'un tissu appelé épithélium*, et en profondeur d'un tissu conjonctif*. La frontière entre les deux tissus est appelée membrane basale.

Au niveau de l'endocol, l'épithélium contient des glandes qui produisent un mucus; on l'appelle épithélium glandulaire. Au

LE COL DE L'UTÉRUS ET SA MUQUEUSE



niveau de l'exocol, l'épithélium ressemble plus à celui de l'épiderme de la peau; on l'appelle épithélium malpighien (ou pavimenteux).

Quelle est la fonction du col de l'utérus ?

Grâce aux glandes de sa muqueuse, le col de l'utérus sécrète en permanence un mucus, appelé glaire cervicale. Celle-ci permet la lubrification du vagin et constitue une barrière de protection de l'utérus contre les infections. La glaire cervicale a par ailleurs un rôle primordial dans la reproduction. Pendant une grande partie du cycle menstruel de

Le cancer du col de l'utérus est situé au **12^E RANG DES CANCERS LES PLUS FRÉQUENTS** chez les femmes en 2018.

la femme, elle est épaisse et bloque le passage des spermatozoïdes. Au moment de l'ovulation, elle devient très fluide pour faciliter leur déplacement du vagin vers l'utérus à la rencontre de l'ovule expulsé par l'ovaire.

Le col de l'utérus joue aussi un rôle important lors de la grossesse et de l'accouchement. Pendant la grossesse, il est contracté pour maintenir le fœtus à l'intérieur de l'utérus. Lors de l'accouchement, il s'ouvre (on dit qu'il se dilate) pour permettre le passage du bébé.

LE DÉVELOPPEMENT D'UN CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

La quasi-totalité des cancers du col de l'utérus sont des carcinomes c'est-à-dire des tumeurs qui se développent à partir de l'épithélium qui recouvre la surface interne du col de l'utérus. 80 à 90 % sont des **carcinomes épidermoïdes*** qui se développent à partir de l'épithélium malpighien de l'exocol. 10 à 20 % sont des adénocarcinomes qui se développent à partir de l'épithélium glandulaire de l'endocol.

Dans la très grande majorité des cas, le cancer du col de l'utérus est dû à une famille de virus qui se transmettent par voie sexuelle : les papillomavirus humains* ou HPV. L'infection par ce virus est fréquente puisqu'elle touche 9 per-

sonnes sur 10. Elle est, le plus souvent, sans conséquence, car elle disparaît spontanément.

Cependant, il arrive que le virus persiste pendant plusieurs années au niveau du col de l'utérus. Il peut alors provoquer des lésions dites précancéreuses, qui se traduisent par des modifications des cellules de l'épithélium, qui peuvent évoluer de différentes manières : disparaître spontanément, persister ou évoluer vers un cancer.

Le passage d'une lésion précancéreuse au cancer s'opère lorsque les cellules transformées ont totalement envahi l'épaisseur de l'épithélium, limité par une structure que l'on appelle membrane basale.

Si ces cellules n'ont pas franchi la membrane basale, on parle de **cancer *in situ***.

En revanche, si les cellules transformées ont franchi la membrane basale, la tumeur s'étend plus profondément dans la muqueuse ; on parle alors de **cancer invasif**.

Le cancer peut s'étendre au-delà de l'utérus et envahir les organes voisins situés dans le pelvis : le vagin, les paramètres (tissus qui soutiennent l'utérus), la vessie, le rectum. Des cellules cancéreuses peuvent également se détacher de la tumeur et emprunter les vaisseaux lymphatiques ou sanguins pour aller envahir d'autres parties du corps comme les **ganglions lymphatiques*** proches, les poumons ou, plus rarement, le foie ou le péritoine, où elles forment des **métastases**. On parle alors de cancer métastatique.



Un cancer du col de l'utérus se développe en moyenne 10 à 20 ans après une infection persistante par le papillomavirus.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À L'ÉQUIPE MÉDICALE

- ❑ Où le cancer est-il situé exactement ?
- ❑ Quelles sont ses caractéristiques ?
- ❑ Quelle est son étendue ?
- ❑ Quelle est sa gravité ?
- ❑ Quel est l'impact possible sur ma vie quotidienne ?

LE DÉVELOPPEMENT DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS



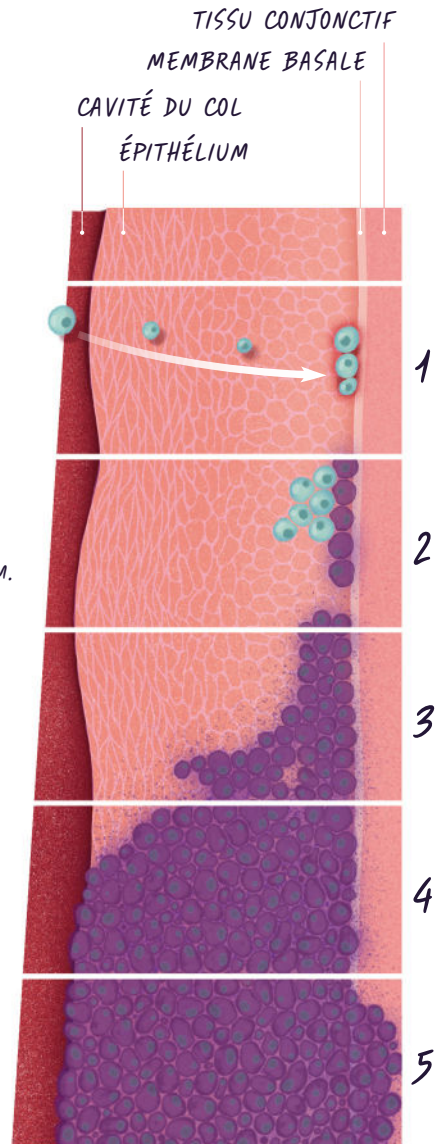
LE PAPILLOMAVIRUS PÉNÈTRE L'ÉPITHÉLIUM ET INFECTE DES CELLULES DE SA BASE.

DANS DE RARES CAS, SI L'INFECTION PERSISTE, DES **CELLULES ANORMALES** APPARAÎSSENT À LA BASE DE L'ÉPITHÉLIUM.

SI LES CELLULES ANORMALES PROLIFÈRENT, ON PARLE DE **LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES**.

SI LES CELLULES ANORMALES ONT TOTALEMENT ENVAHI L'ÉPAISSEUR DE L'ÉPITHÉLIUM, ON PARLE DE **CANCER IN SITU**.

SI LES CELLULES ANORMALES ONT FRANCHI LA MEMBRANE BASALE, ON PARLE DE **CANCER INVASIF**.



LE DIAGNOSTIC

Un cancer du col de l'utérus peut être suspecté lorsqu'une anomalie est décelée, notamment lors d'un examen de dépistage réalisé par un prélèvement cervico-utérin pour une analyse de l'aspect des cellules ou une recherche du virus HPV. Il peut également être suspecté devant plusieurs signes apparaissant lorsque le cancer est à un stade plus avancé, tels que :

- des saignements après les rapports sexuels;
- des saignements en dehors des périodes de règles;
- des douleurs pendant les rapports sexuels;
- des pertes nouvelles, abondantes, blanches ou plus colorées, parfois malodorantes;
- des douleurs dans la zone pelvienne, une gêne pour uriner, une tension douloureuse avec une envie pressante et continue d'aller à la selle (ténésme);
- des douleurs lombaires.

Ces symptômes ne sont pas spécifiques d'un cancer du col de l'utérus et peuvent avoir d'autres causes. Il est important de les signaler à votre médecin afin qu'il en détermine l'origine.

Quel que soit le contexte de découverte, un certain nombre d'examen doivent être réalisés pour confirmer le diagnostic de cancer et en évaluer le stade, c'est-à-dire son degré d'extension. L'ensemble de ces examens constitue le **bilan diagnostique** (voir Annexe 1, page 147).



QU'EST-CE QUE LA CONISATION ?

La conisation est une opération chirurgicale simple, effectuée sous anesthésie locale ou générale, qui

consiste à découper en forme de cône la partie du col atteinte et à la retirer.

Lors de ce bilan diagnostique, c'est l'examen anatomopathologique* des tissus prélevés lors d'une biopsie* ou retirés lors d'une conisation* (voir encadré ci-après), qui permet d'apporter la preuve du cancer. Des examens d'imagerie et des examens sanguins sont ensuite réalisés pour permettre aux médecins de définir si le stade de la tumeur est « précoce » ou « avancé ».



LES POINTS À RETENIR

1. La grande majorité des cancers invasifs du col de l'utérus sont liés à une infection au papillomavirus humain (HPV) et se développent au niveau de l'exocol, la partie basse du col de l'utérus.
2. Pour confirmer le diagnostic du cancer du col de l'utérus et évaluer son degré d'extension, une série d'examens doivent être pratiqués. C'est ce qu'on appelle le bilan diagnostique.
3. Seul un examen anatomopathologique de tissus prélevés lors d'une biopsie ou retirés par conisation permet de confirmer le diagnostic de cancer.

2

LES TRAITEMENTS DES CANCERS INVASIFS DU COL DE L'UTÉRUS

RCP

PPS

SOINS DE SUPPORT

STADES

21. LE CHOIX DE VOS TRAITEMENTS

24. LES TRAITEMENTS POSSIBLES EN FONCTION DU STADE DU CANCER

29. PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE

30. LES SOINS DE SUPPORT

Plusieurs types de traitements sont utilisés pour traiter les cancers invasifs du col de l'utérus. Le choix de ceux qui vous sont proposés est effectué par plusieurs médecins de spécialités différentes lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (ou RCP).

La chirurgie, la radiothérapie externe*, la radiochimiothérapie concomitante*, ces deux dernières pouvant être suivies ou non d'une curiethérapie* et les traitements médicamenteux (chimiothérapie conventionnelle et/ou thérapies ciblées) sont les principaux traitements des cancers invasifs du col de l'utérus. Selon les cas, ils ont pour objectif de :

- supprimer la tumeur ou les métastases ou en réduire la taille;
- ralentir le développement de la tumeur ou des métastases;
- réduire le risque de récidive*;
- prévenir et traiter les symptômes et les complications engendrés par la maladie et les traitements pour assurer la meilleure qualité de vie possible.

La chirurgie, la radiothérapie et les traitements médicamenteux sont réalisés 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 autorisés par région est disponible sur e-cancer.fr

Dans ce guide sont indiqués uniquement les traitements administrés en première intention, c'est-à-dire après le diagnostic.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À L'ÉQUIPE MÉDICALE

- ☐ Quels sont les traitements préconisés dans ma situation ? Pourquoi ?
- ☐ Quels sont les objectifs de chacun de ces traitements ?
- ☐ Quels en sont les effets indésirables ? 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 ? Quel est l'impact possible sur ma vie quotidienne ?
- ☐ Quel est l'impact sur ma vie sexuelle ?
- ☐ Quel est l'impact sur ma fertilité ?

LE CHOIX DE VOS TRAITEMENTS

Votre traitement est adapté à **votre cas personnel** (votre âge, vos antécédents médicaux et chirurgicaux, votre état général et les contre-indications éventuelles à certains traitements) et dépend des caractéristiques du cancer dont vous êtes atteinte :

- son type histologique, c'est-à-dire le type de cellules impliquées;
- son stade, qui correspond à son degré d'extension (profondeur dans la muqueuse du col, présence ou non d'amas de cellules cancéreuses dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques, extension éventuelle aux structures ou aux ganglions et organes voisins, présence ou non de métastases).

Ces caractéristiques sont déterminées grâce au bilan diagnostique qui comprend notamment des examens d'imagerie et l'analyse des prélèvements effectués lors d'une biopsie ou d'une conisation.

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

Votre situation est discutée au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) qui rassemble au moins trois médecins de spécialités différentes : chirurgien gynécologue, oncologue radiothérapeute, oncologue médical, pathologiste, radiologue... (voir chapitre 9, « Les professionnels et leur rôle », page 99).

En tenant compte des spécificités de votre situation et en s'appuyant sur des outils d'aide à la décision appelés recommandations de bonnes pratiques, les médecins établissent une proposition de traitements. Ils peuvent aussi vous proposer de participer à un essai clinique (voir page 29).

La proposition de traitements est discutée avec vous

Lors d'une consultation spécifique, la consultation d'annonce, le médecin vous explique les caractéristiques de votre maladie. Il vous présente la proposition de traitements retenue, les bénéfices attendus et les effets indésirables possibles. C'est l'occasion pour vous d'en discuter avec lui et de donner votre avis sur la proposition qui vous est faite.

Cette consultation est importante. Il est utile d'être accompagnée par l'un de vos proches ou votre personne de confiance si vous en avez choisi une (voir encadré page 24). Avant la consultation, notez toutes les questions qui vous viennent en tête et prenez le temps de les poser à votre médecin. Cet échange vous permettra de mieux comprendre et d'intégrer

les informations données par le médecin, en particulier celles sur le traitement envisagé avec ses conséquences sur l'organisation de votre vie quotidienne et de prendre avec lui les décisions adaptées à votre situation.

Les modalités de la proposition de traitement sont décrites dans un document appelé **programme personnalisé de soins (PPS)**. Il comporte notamment les dates de vos différents traitements, leur durée, ainsi que les coordonnées des membres de l'équipe soignante. Quand vous avez donné votre accord sur la proposition de traitement, le document vous est remis et un exemplaire est transmis à votre médecin traitant, qui est un de vos interlocuteurs privilégiés. N'hésitez pas à le présenter aux infirmiers libéraux et au pharmacien qui vont vous suivre dans votre parcours de soins.

Si votre PPS ne vous a pas été délivré, demandez-le à votre équipe soignante. Le programme personnalisé de soins peut évoluer en fonction de votre état de santé et de vos réactions aux traitements.

Le PPS contient également un volet social pour repérer précocement d'éventuelles difficultés et mettre en œuvre un accompagnement adéquat.

Après cette consultation avec le médecin, une consultation avec un autre membre de l'équipe soignante, le plus souvent un infirmier ou un manipulateur en électroradiologie médicale, vous est proposée ainsi qu'à vos proches. C'est un temps d'accompagnement et d'écoute. Vous pouvez revenir sur les informations qui vous ont été données par le médecin, vous les faire expliquer à nouveau ou poser d'autres questions. L'infirmier ou le manipulateur évalue avec vous vos besoins en soins et soutiens complémentaires (sur le plan social, psychologique ou nutritionnel, par exemple) et vous oriente si nécessaire vers les professionnels adaptés.

Les médecins, les pharmaciens et les membres de l'équipe soignante sont là pour vous accompagner. Ce sont vos inter-



PARLEZ DE VOTRE DÉSIR D'ENFANT À VOTRE ÉQUIPE MÉDICALE

Il est très important de parler de la fertilité avec votre équipe médicale avant de commencer un traitement si vous envisagez d'avoir des enfants. Elle pourra vous orienter

vers un centre d'assistance médicale à la procréation (AMP) spécialisée en oncofertilité pour étudier les possibilités éventuelles dans votre situation.



LA PERSONNE DE CONFIANCE ET LES DIRECTIVES ANTICIPÉES : FAIRE CONNAÎTRE VOS CHOIX

La **personne de confiance** est une personne que vous désignez par écrit, avec son accord.

Elle peut vous accompagner lors des entretiens médicaux, vous aider dans vos décisions et sera la première personne consultée par l'équipe soignante 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 vous est possible de rédiger des **directives anticipées** seule, ou avec l'aide d'un professionnel de santé ou de toute autre personne. Les directives anticipées permettent d'exprimer vos volontés et vos

souhaits en matière de traitement, notamment en fin de vie dans la situation où vous ne seriez plus en capacité de vous exprimer. Depuis la loi du 2 février 2016 (qui peut être consultée sur le site legifrance.gouv.fr), elles sont opposables aux médecins. Les directives anticipées ont une durée de validité illimitée et sont révocables à tout moment : vous pouvez en modifier le contenu totalement ou partiellement. Vous pouvez également annuler vos directives sans aucune formalité particulière. En leur absence, c'est l'avis de la personne de confiance, puis de la famille et des proches, qui est pris en compte.

Le site de la Haute Autorité de santé (HAS) donne des informations et des conseils pour les rédiger : has-sante.fr

locuteurs privilégiés ; n'hésitez pas à leur poser toutes vos questions. Ces échanges contribuent à renforcer le dialogue et la relation de confiance avec l'ensemble de ces professionnels tout au long de votre parcours de soins.

LES TRAITEMENTS POSSIBLES EN FONCTION DU STADE DU CANCER

Le choix et l'ordre des traitements des cancers invasifs du col de l'utérus sont définis en fonction des caractéristiques du cancer dont vous êtes atteinte et en particulier de son stade, c'est-à-dire son étendue au moment du diagnostic.

L'atteinte ou non des ganglions lymphatiques par des cellules cancéreuses est également un facteur important dans le choix des traitements. Les ganglions susceptibles d'être touchés sont ceux qui sont situés dans le pelvis (ganglions

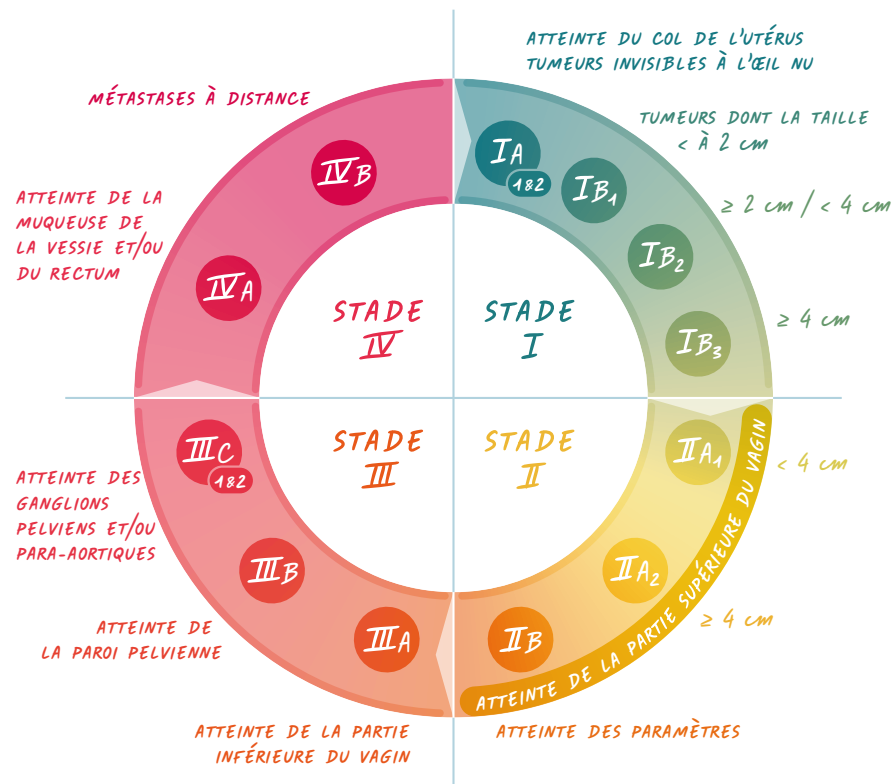
pelviens) et dans la partie supérieure de l'abdomen appelée région lombo-aortique (ganglions lombo-aortiques).

Pour déterminer le stade du cancer, les médecins s'appuient sur le système de classification défini par la Fédération internationale de gynécologie obstétrique (FIGO).

Dans cette classification, ici simplifiée, il existe quatre stades différents, numérotés de I à IV, qui se décomposent eux-mêmes en sous-groupes qualifiés par une lettre et un chiffre donnant des précisions supplémentaires sur l'étendue du cancer :

- le stade I correspond aux cancers strictement limités au col de l'utérus :
 - > stade IA : la tumeur est invisible à l'œil nu. Elle est identifiée uniquement au microscope et sa taille est inférieure à 5 millimètres d'épaisseur. Il est divisé en stades IA1 (épaisseur inférieure à 3 millimètres) et IA2 (épaisseur comprise entre 3 et 5 millimètres) ;
 - > stade IB : la tumeur peut être visible à l'œil nu ou identifiée uniquement au microscope :
 - stade IB1 : la taille de la tumeur est comprise entre 5 millimètres et 2 centimètres ;
 - stade IB2 : la taille de la tumeur est comprise entre 2 centimètres et 4 centimètres ;
 - stade IB3 : la taille de la tumeur est supérieure ou égale à 4 centimètres ;
- le stade II correspond aux cancers qui se sont étendus au-delà de l'utérus :
 - > à la partie supérieure du vagin pour les stades IIA :
 - stade IIA1 : la taille de la tumeur est inférieure à 4 centimètres ;
 - stade IIA2 : la taille de la tumeur est supérieure ou égale à 4 centimètres ;
 - > aux paramètres pour les stades IIB ;
- le stade III se rapporte aux cancers qui se sont étendus :
 - > à la partie inférieure du vagin sans atteindre la paroi pelvienne pour les stades IIIB ;
 - > à la paroi pelvienne pour les stades IIIB ;
 - > aux ganglions pelviens (IIIC1) ou para-aortiques (IIIC2) pour les stades IIIC ;

LES DIFFÉRENTS STADES DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS



- le stade IV concerne les cancers qui se sont étendus jusqu'à la muqueuse de la vessie ou du rectum (stade IVA) ou qui se sont propagés au-delà de la cavité du pelvis et qui ont formé des métastases à distance (stade IVB).

Les stades IA1, IA2, IB1, IB2 et IIA1 sont qualifiés de précoces. Les stades IB3 à IVA (sauf IIA1) correspondent à des cancers de stades localement avancés. Enfin, le stade IVB est dit métastatique.

Les différents traitements présentés dans le tableau ci-après sont décrits et détaillés dans les chapitres suivants.

PRINCIPALES POSSIBILITÉS DE TRAITEMENTS EN FONCTION DU STADE DU CANCER AU MOMENT DU DIAGNOSTIC INITIAL	
✓ STADES DE LA MALADIE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC	✓ POSSIBILITÉS DE TRAITEMENT
Stade IA1	Le diagnostic a été posé à partir du fragment du col retiré par conisation. Deux options sont possibles : - si les marges du fragment retiré sont saines, c'est-à-dire que la tumeur a été totalement enlevée, alors la conisation seule suffit ; - dans le cas contraire, une seconde conisation est proposée. Dans certains cas, les ganglions pelviens sont également prélevés pour vérifier s'ils sont atteints ou non par des cellules cancéreuses. Chez les femmes qui envisagent une grossesse ultérieure, un traitement conservateur de l'utérus peut être discuté dans certains cas (conisation seule, trachélectomie* simple ou élargie, voir page 41).
Stade IA2	Le diagnostic de cancer est confirmé après conisation du col de l'utérus. Le traitement de référence est la conisation seule ou l'hystérectomie* simple. Dans certains cas, les ganglions pelviens sont prélevés pour vérifier s'ils sont atteints ou non par des cellules cancéreuses. Chez les femmes qui envisagent une grossesse ultérieure, un traitement conservateur de l'utérus peut être discuté dans certains cas (conisation seule, trachélectomie simple ou élargie).

PRINCIPALES POSSIBILITÉS DE TRAITEMENTS EN FONCTION DU STADE DU CANCER AU MOMENT DU DIAGNOSTIC INITIAL

✓ STADES DE LA MALADIE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC	✓ POSSIBILITÉS DE TRAITEMENT
Stades IB1, IB2 et IIA1	Les traitements possibles sont : • une intervention chirurgicale pour retirer l'utérus, la partie supérieure du vagin et les paramètres (appelée colpo-hystérectomie* élargie) ainsi que les ganglions lymphatiques pelviens, OU • une radiothérapie externe associée à une curiethérapie. Chez les femmes qui envisagent une grossesse ultérieure, un traitement conservateur de l'utérus peut être discuté dans certains cas (trachélectomie élargie). Dans certains cas, d'autres traitements peuvent être prescrits en complément : une radiothérapie pelvienne ou une radiochimiothérapie concomitante réalisée après la chirurgie. Ils sont qualifiés d'adjuvants.
Stades IB3 à IVA - sauf IIA1	Le traitement de référence est la radiochimiothérapie concomitante suivie par une curiethérapie réalisée au niveau de l'utérus et du vagin. La radiochimiothérapie concomitante associe une chimiothérapie à une radiothérapie externe. Avant ce traitement, les ganglions peuvent être prélevés pour déterminer s'ils sont envahis ou non par des cellules cancéreuses et ainsi préciser le champ de la radiothérapie.
Stade IVB	Le traitement de référence est une polychimiothérapie (chimiothérapie comprenant plusieurs molécules) qui peut être associée à une thérapie ciblée. Une radiothérapie pelvienne peut également être proposée notamment pour réduire les douleurs ou les saignements.

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 la participation des personnes malades. Cela ne peut être fait qu'après votre information et votre accord écrit.

Le cancer invasif du col de l'utérus fait l'objet de nombreuses études qui visent notamment à :

- identifier des **altérations moléculaires*** au niveau des gènes des cellules cancéreuses et proposer aux patientes les thérapies ciblées les plus adaptées ;
- évaluer de nouvelles stratégies de traitements, différentes façons d'utiliser les traitements existants ;
- tester de nouveaux traitements anticancéreux ;
- comparer l'efficacité des médicaments utilisés pour soulager les symptômes (médicaments contre la douleur par exemple).

Chaque essai clinique a un objectif précis. Pour y participer, les patients doivent satisfaire un certain nombre de critères, appelés critères d'inclusion, spécifiques à chaque essai et fixés dans le protocole de l'essai. C'est le médecin qui vérifie la possibilité que vous puissiez participer ou non.

Les essais cliniques sont indispensables pour faire progresser la recherche et à terme, la manière dont les patients sont soignés. C'est grâce à ces études que des avancées sont réalisées en matière de traitements contre les cancers. Dans certains cas, un essai clinique peut également vous permettre d'accéder à un nouveau traitement en le testant.

Si le traitement administré dans le cadre de l'essai clinique ne vous convient pas (du fait des effets indésirables par exemple), le médecin peut décider d'y mettre fin et vous proposer un autre traitement. À tout moment, vous pouvez également décider de quitter un essai clinique sans que cela ne modifie ni la qualité de vos soins ni votre rapport avec votre médecin.



Pour connaître les essais cliniques en cours sur les cancers invasifs du col de l'utérus, consultez le Registre des essais cliniques sur **e-cancer.fr**





TABAC ET ALCOOL

L'arrêt du tabac et de l'alcool est primordial surtout pour limiter le risque de complications pendant et après les traitements. Poursuivre la consommation de ces substances a également un impact sur le risque de

second cancer et la survie. Il existe de nombreux recours pour vous aider, parlez-en avec l'équipe qui vous suit et/ou votre médecin traitant (voir chapitre 11.2 «Bénéficier d'une aide pour l'arrêt d'une addiction», page 117).

LES SOINS DE SUPPORT

Vos soins ne se limitent pas aux traitements spécifiques du cancer. Dans une approche globale, des soins et soutiens complémentaires peuvent être nécessaires pour gérer les conséquences de la maladie et de ses traitements : douleurs, fatigue, troubles hormonaux, impacts sur la sexualité, troubles nutritionnels (notamment perte d'appétit, nausées, vomissements) ou dénutrition, symptômes digestifs, troubles du transit, lymphoedème d'une ou des deux jambes, difficultés psychologiques ou sociales...

Ces soins, appelés soins de support, peuvent être proposés tout au long de votre parcours de soins et visent à maintenir votre qualité de vie. Ils comprennent notamment :

- l'évaluation et la gestion des effets indésirables des différents traitements ;
- l'évaluation et le traitement de la douleur, qu'elle soit due au cancer ou aux traitements du cancer ;
- le traitement de symptômes liés à la maladie et à son évolution éventuelle ;
- l'accès à une consultation diététique en prévention ou en cas de troubles de l'alimentation ou de dénutrition ;
- la possibilité pour vous et vos proches de consulter un psychologue ;
- l'aide à l'arrêt du tabac ;
- l'aide au maintien ou à la reprise d'une activité physique adaptée, pendant et/ou après la maladie ;
- la possibilité de rencontrer un assistant de service social pour vous aider dans vos démarches administratives.

Ces soins doivent être anticipés et discutés dès la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et listés dans votre programme personnalisé de soins (PPS). Vous pouvez également les demander à tout moment. N'hésitez donc pas à demander la liste des soins de support proposés dans l'établissement de santé dans lequel vous êtes soignée ainsi que les modalités pour y accéder. Ils sont assurés par l'ensemble de l'équipe soignante, votre médecin généraliste ou par des professionnels spécialisés : spécialiste de la douleur, assistant de service social, diététicien, kinésithérapeute, gynécologue médicale, psychologue, psychiatre, sexologue, équipe spécialisée dans la préservation de la fertilité, socio-esthétique... Ils peuvent se dérouler en établissement de santé (hôpital, clinique) ou en ville.

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

Parmi les soins de support, **l'aide à la reprise ou au maintien d'une activité physique adaptée (APA)** permet de lutter contre la sédentarité et la fatigue pendant vos traitements. Lorsque les recommandations décrites dans l'illustration 6 «Quelle activité physique pratiquer?» (page 33) ne sont pas réalisables, il peut être préférable d'être accompagnée. Dans ce cas, un professionnel formé et expérimenté aux spécificités des cancers établit avec vous un programme personnalisé. Votre médecin traitant peut vous prescrire une activité physique adaptée dès lors que vous êtes atteinte d'une **affection longue durée*** (ALD) (voir chapitre 10.2 «L'ALD et la prise en charge de vos soins», page 111). Cette prescription n'ouvre toutefois pas le droit à un remboursement de votre activité par l'Assurance maladie. Certaines mutuelles santé peuvent financer tout ou partie du programme d'activité physique prescrit

dans le cadre d'une affection de longue durée. Les montants remboursés sont variables selon les mutuelles. Certaines associations proposent une APA gratuite pour les patients atteints d'un cancer ; retrouvez leurs adresses sur le site e-cancer.fr.

Si vous avez des questions par rapport à votre activité physique habituelle, ou si vous souhaitez débiter une activité physique, parlez-en à votre médecin traitant ou à l'équipe médicale qui vous suit pour être conseillée.



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, alternatives ou non conventionnelles. Elles peuvent leur apporter un soutien supplémentaire pour mieux supporter la maladie, les traitements et leurs effets indésirables tels que la fatigue, l'anxiété ou la douleur. Ces médecines complémentaires peuvent avoir des effets indésirables ou interagir avec les traitements prescrits par le médecin qui vous suit pour votre cancer. Ces interactions peuvent notamment diminuer l'efficacité du traitement anticancéreux prescrit par votre médecin. Il est donc très important d'en parler avec lui sans crainte d'être jugée.

Par ailleurs, si les médecines complémentaires peuvent soulager, elles ne remplacent en aucun cas les traitements habituels du cancer. Soyez vigilante 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 et/ou de leur famille en leur proposant des méthodes qui peuvent s'avérer dangereuses, coûteuses et inefficaces. En cas de doute sur des propositions qui vous sont faites, n'hésitez pas à interroger l'équipe médicale spécialisée qui vous suit, votre médecin traitant ou encore votre pharmacien.

Pour plus de précisions, vous pouvez consulter les informations sur la thématique des traitements miracles sur e-cancer.fr/Patients-et-proches

QUELLE ACTIVITÉ PHYSIQUE PRATIQUER ?



ACTIVITÉ CARDIORESPIRATOIRE (MARCHÉ, NATATION OU VÉLO)

- 30 MINUTES PAR JOUR
- 5 JOURS PAR SEMAINE



RENFORCEMENT MUSCULAIRE MODÉRÉ (MONTER DES ESCALIERS)

- 2 FOIS PAR SEMAINE



ASSOULISSEMENTS

- 2 À 3 FOIS PAR SEMAINE



EXERCICES D'ÉQUILIBRE (POUR LES PLUS DE 65 ANS)

- 2 FOIS PAR SEMAINE

Pratiquer une activité physique permet notamment une meilleure tolérance aux traitements et une réduction de la fatigue.



LES POINTS À RETENIR

1. Votre traitement est adapté à votre cas personnel et aux caractéristiques de votre cancer.
2. Votre traitement est discuté et choisi par des médecins de différentes spécialités lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).
3. Les soins de support font partie intégrante de votre traitement, il ne faut pas les négliger.
4. Les dates de vos différents traitements, leur durée et les coordonnées des membres de l'équipe soignante sont indiquées dans votre programme personnalisé de soins (PPS).

3

LA CHIRURGIE

ANESTHÉSIE

RÉSECTION COMPLÈTE

STATUT GANGLIONNAIRE

STADIFICATION CHIRURGICALE

36. COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?

39. COMMENT ACCÉDER À LA TUMEUR ?

40. COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

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

44. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ET COMPLICATIONS POSSIBLES ?

La chirurgie a pour objectif d'évaluer le stade d'évolution du cancer pour choisir le traitement le plus approprié, de supprimer la totalité de la tumeur et de limiter le risque de récurrence.

Elle est principalement utilisée pour traiter les tumeurs de stades précoces (IA1, IA2, IB1, IB2 et IIA1).

Plusieurs types d'interventions existent. Le choix dépend de l'étendue précise du cancer. Votre âge et votre désir éventuel d'enfant peuvent aussi influencer la décision.

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. Un bilan préopératoire doit également être réalisé ; il repose sur les examens du bilan préthérapeutique (voir annexe 2 page 147).

La consultation avec le chirurgien

Le chirurgien vous explique les objectifs de l'opération, la technique qu'il va utiliser, les suites opératoires 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 vous informe qu'un échantillon de la tumeur peut également faire l'objet d'une analyse dans le cadre de la recherche et être conservé après l'opération dans une tumorotheque, une bibliothèque de tumeurs, en vue de recherches ultérieures. Vous avez le droit de vous y opposer.



EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À L'ÉQUIPE MÉDICALE

- ☐ Comment l'opération se déroule-t-elle ?
- ☐ Quels en sont les risques ?
- ☐ Comment puis-je me préparer au mieux ?
- ☐ Que va-t-il se passer après l'intervention ?
- ☐ Quelle est la durée d'hospitalisation ?
- ☐ Quelles vont être les conséquences de l'opération sur ma vie de tous les jours et sur ma fertilité ?

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, eczéma, allergie au latex, à certains médicaments...), les problèmes respiratoires (asthme, bronchite chronique), les problèmes cardiaques (hypertension artérielle par exemple), la prise de médicaments, 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'anesthésiste aborde avec vous la question de la gestion de la douleur après l'opération.

Cette consultation est l'occasion de poser toutes les questions que vous avez au sujet de l'anesthésie.

Un **ANTICOAGULANT** est un médicament qui diminue la coagulation (transformation d'une substance liquide en une masse solide) du sang, évitant ainsi la formation de caillots dans les vaisseaux sanguins.



BÉNÉFICIEZ D'UNE AIDE POUR ARRÊTER DE FUMER

L'arrêt du tabac quelques semaines avant une intervention est important pour réduire les risques de complications pendant et après l'opération (risques de complications pulmonaires, d'infection de la zone opérée et de problèmes de

cicatrisation). Des moyens existent pour accompagner l'arrêt du tabac et soulager les symptômes de sevrage. Parlez-en avec l'équipe qui vous suit (voir chapitre 11.2 « Bénéficier d'une aide pour l'arrêt d'une addiction », page 117).

L'évaluation de votre état nutritionnel

Votre état nutritionnel, c'est-à-dire le bon équilibre entre ce que vous mangez et ce que vous dépensez, est souvent altéré par la maladie et aggravé par la chirurgie. Cela risque d'entraîner une dénutrition qui se manifeste par une perte de poids (voir encadré ci-dessous). Si l'équipe médicale constate une dénutrition avant ou après l'intervention, vous pourrez bénéficier d'un support nutritionnel complémentaire de votre alimentation visant à rétablir votre état nutritionnel. Il peut s'agir notamment de la prescription d'une alimentation enrichie en calories ou protéines, de compléments nutritionnels oraux (CNO) ou d'une nutrition entérale (via une sonde gastrique).



QUAND PARLE-T-ON DE DÉNUTRITION ?

La dénutrition est un état de déficit en énergie (calories) et protéines consécutif à un déséquilibre entre apports nutritionnels et énergie dépensée par le corps. Une personne est généralement considérée comme dénutrie en cas de perte de plus de 5 % de son poids habituel en 1 mois ou de plus de 10 % en 6 mois (si une personne de 60 kilos perd 3 kilos en un mois ou 6 kilos en 6 mois, par exemple).

Au cours du cancer, l'alerte doit être donnée dès que la perte de poids atteint au moins 5 % du poids habituel, quelle que soit sa vitesse d'apparition. Si vous êtes en surpoids, vous êtes aussi à risque de dénutrition, donc vous devez aussi surveiller votre poids. En cas de dénutrition, des solutions peuvent vous être proposées (voir encadré « Conseils pratiques pour prévenir la dénutrition », page 75).

LES CONSÉQUENCES DE LA DÉNUTRITION



Un bon état nutritionnel est indispensable pour le bon déroulement des traitements.

COMMENT ACCÉDER À LA TUMEUR ?

Une voie d'abord désigne le chemin utilisé par le chirurgien pour accéder à l'organe ou à la zone à opérer. Trois voies d'abord sont utilisées pour opérer un cancer du col de l'utérus : la coelioscopie, la laparotomie et la voie vaginale. Le choix de l'une ou l'autre dépend du stade du cancer et de ses caractéristiques (taille et localisation de la tumeur), de votre état de santé, d'éventuelles interventions chirurgicales antérieures, du type d'intervention ainsi que des habitudes et de l'expérience de l'équipe chirurgicale. Plusieurs voies d'abord peuvent être utilisées au cours d'une même intervention.

La laparotomie consiste à effectuer une ouverture au niveau du ventre pour accéder aux organes (opération à ventre ouvert). Le chirurgien effectue soit une incision verticale (souvent du dessous du nombril au pubis), soit une incision horizontale au-dessus du pubis dont la cicatrice peut être cachée par les poils pubiens.

La cœlioscopie (ou laparoscopie simple ou robot-assistée) est une technique qui permet de ne pas ouvrir l'abdomen (opération à ventre fermé). Le chirurgien effectue plusieurs petites incisions qui lui permettent de passer 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 et le chirurgien opère en regardant l'écran.

La voie vaginale ou voie basse consiste à accéder à la tumeur en passant directement par le vagin. La principale limite de cette voie est l'impossibilité d'enlever les ganglions lymphatiques.

COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

Le type d'intervention réalisée dépend du stade du cancer, c'est-à-dire de son étendue au moment du diagnostic.

Colpo-hystérectomie élargie

L'intervention la plus fréquemment réalisée est la **colpo-hystérectomie élargie***. Lors de cette intervention, le chirurgien retire l'utérus, la partie supérieure du vagin et les paramètres.

Il est souvent nécessaire de retirer les ganglions lymphatiques du pelvis. Cette intervention appelée **curage ganglionnaire***, ou lymphadénectomie pelvienne, est plus souvent réalisée en même temps que la colpo-hystérectomie élargie. Cependant, elle peut être réalisée avant la chirurgie de l'utérus.

Le retrait des ganglions est précédé, dans certains cas, de la technique du ganglion sentinelle. Cette technique permet



LA TECHNIQUE DU GANGLION SENTINELLE

Cette technique consiste à retirer le ou les ganglions lymphatiques les plus proches de la tumeur afin de déterminer s'ils sont envahis ou non par des cellules cancéreuses. Elle permet d'éviter de retirer la totalité

des ganglions lymphatiques pelviens s'ils ne sont pas atteints.

Elle peut être réalisée pour les stades précoces et permet d'éviter dans certains cas des curages plus extensifs. Son indication est discutée en RCP.

de retirer uniquement le ou les premiers ganglions lymphatiques atteints et d'éviter ainsi, si cela est possible, de retirer la totalité des ganglions lymphatiques du pelvis.

Hystérectomie

Il s'agit de retirer uniquement l'utérus (hystérectomie simple) et, dans certains cas, les paramètres (hystérectomie élargie).

La chirurgie conservatrice

Lorsque le cancer est détecté à un stade très précoce ou chez une femme désirant avoir un enfant, il est parfois possible d'envisager une chirurgie conservatrice. Le chirurgien effectue alors une **trachélectomie simple** consistant à retirer uniquement le col de l'utérus. Dans certains cas, le chirurgien retire également la partie supérieure du vagin, les paramètres et les ganglions lymphatiques. On parle alors de **trachélectomie élargie**.

Lorsque le col est retiré, le chirurgien réalise des points de suture particuliers (on parle de cerclage) pour fermer partiellement l'utérus à l'endroit où se trouvait le col. Le nouvel orifice formé permet l'évacuation du sang, de l'utérus vers le vagin, lors des règles. Cette chirurgie permet de préserver la fertilité et d'envisager une grossesse ultérieure sous surveillance médicale.

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

BON À SAVOIR

À tout moment, votre famille peut contacter le service pour prendre de vos nouvelles.

La **LYMPHE** est un liquide légèrement coloré produit par le corps, qui transporte les **globules blancs*** et évacue les déchets des cellules. La lymphe circule dans des vaisseaux dits lymphatiques.

Une **PHLÉBITE** est une inflammation d'une veine pouvant provoquer son obturation par la formation d'un caillot de sang.

À votre réveil

Une fois l'intervention terminée, vous êtes amenée en salle de réveil où l'équipe médicale et paramédicale continue d'assurer votre surveillance. Si l'intervention a été lourde, vous pouvez être gardée dans un service de soins intensifs ou de réanimation quelques jours.

À votre réveil, vous pouvez ressentir des nausées ou encore une somnolence, provoquées par l'anesthésie.

Un ou plusieurs drains peuvent être mis en place dans la zone opérée pendant l'intervention. Ces tuyaux très fins permettent d'évacuer les liquides (sang, lymphe) qui peuvent s'accumuler au cours de la cicatrisation. Ces drains ne sont pas douloureux et sont retirés sur décision du chirurgien, dans les jours suivant l'opération. Leur retrait peut être douloureux.

Une sonde urinaire a pu être mise en place. Elle sert à recueillir les urines et à mesurer leur volume pour mieux contrôler le fonctionnement des reins. Elle est retirée quelques heures ou jours après l'intervention.

Pour éviter une phlébite pouvant être provoquée par un alitement prolongé après une opération chirurgicale ou par la chirurgie elle-même, les médecins vous prescrivent un médicament anticoagulant et vous demandent de vous lever dès que possible après l'intervention. De plus, le port de bas anti-thrombose (appelés bas de contention ou encore bas à varices) pendant la journée est préconisé après l'opération et pendant toute la durée prescrite par votre médecin.

La gestion de votre douleur

Comme après toute intervention chirurgicale, les douleurs sont systématiquement traitées, généralement par de la morphine ou l'un de ses dérivés. Il est important que vous

décriviez ce que vous ressentez afin que votre équipe soignante puisse vous proposer le traitement le plus adapté. Si vous n'êtes pas suffisamment soulagée, signalez-le sans tarder à l'équipe soignante afin que le traitement puisse être adapté.

La durée d'hospitalisation

Certaines interventions peuvent être réalisées en ambulatoire, telles qu'une conisation ou une hystérectomie simple. D'autres, telles qu'une hystérectomie élargie ou une trachélectomie élargie, nécessitent une hospitalisation traditionnelle dont la durée est de quelques jours. Elle peut être plus courte ou plus longue selon l'intervention pratiquée, votre état de santé général et la façon dont vous avez supporté la chirurgie.

Si besoin, un séjour en service de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou une hospitalisation à domicile (HAD) peuvent vous aider à récupérer.

Les analyses de la tumeur

Les tissus retirés lors de l'intervention chirurgicale sont transmis au service d'anatomopathologie pour être analysés. Cet examen est réalisé par un médecin spécialiste appelé anatomopathologiste (voir chapitre 9 « Les professionnels et leur rôle », page 99).

L'examen consiste à observer, à l'œil nu puis au microscope, les tissus et les ganglions, lorsqu'ils ont été prélevés, afin de déterminer jusqu'où les cellules cancéreuses se sont propagées. Il permet aussi de vérifier si les bords du tissu qui entoure la tumeur (marges de sécurité) sont sains, ce qui prouve que la tumeur a bien été entièrement enlevée. Grâce à cet examen, le type de cellules concerné et le stade du cancer, c'est-à-dire son degré d'extension, sont confirmés. Avec cette information, les médecins peuvent décider, lorsqu'il est nécessaire, quel traitement complémentaire réaliser après la chirurgie.

POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez le guide *Douleur et cancer*



QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ET COMPLICATIONS POSSIBLES ?

Une **OVARIECTOMIE** est une intervention chirurgicale consistant à retirer les deux ovaires et pouvant être pratiquée en même temps que l'hystérectomie.

Un **HÉMATOME** est une accumulation de sang localisée sous la peau, dans une cavité, un organe ou un tissu à la suite d'une rupture de vaisseaux sanguins.

Juste après l'intervention, vous pouvez ressentir de la **fatigue**, due notamment à l'anesthésie ou à l'anxiété générée par l'opération ainsi qu'à la survenue de la ménopause si une ovariectomie a été réalisée. La fatigue dépend de la façon dont vous avez supporté l'intervention et des autres effets indésirables. 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 service de soins de suite et de réadaptation pour un temps de convalescence peut vous être prescrit par votre médecin. C'est l'établissement de soins qui en fait la demande.

La survenue éventuelle d'effets indésirables est surveillée pendant votre hospitalisation et lors des consultations qui suivent. N'hésitez pas à décrire aux professionnels tous les signes et symptôme que vous ressentez.

Des **douleurs localisées** peuvent persister pendant quelques semaines après l'opération. Vous aurez un traitement antidouleur (antalgique) à prendre jusqu'à ce qu'elles aient totalement disparu.

Des **problèmes de cicatrisation** peuvent survenir. Il arrive qu'un hématome ou une infection apparaissent au niveau de la cicatrice. Ces effets indésirables guérissent souvent à l'aide de soins locaux réalisés par des infirmiers. Toutefois, s'ils ne disparaissent pas, une nouvelle opération est parfois nécessaire pour les traiter.

Une **rétention urinaire** peut survenir si les paramètres ont été retirés lors de l'intervention. Cette difficulté à uriner est due à l'ablation des nerfs qui contrôlent la vessie et qui sont localisés dans les paramètres. Ce trouble peut nécessiter la réalisation d'autosondages lors de votre retour à domicile. Cette technique permet l'évacuation des urines par une sonde que vous posez vous-même. Vous serez formée à

l'autosondage par un professionnel de santé. Ce trouble disparaît en général en quelques jours ou quelques mois.

Il peut également arriver qu'une **fistule**, c'est-à-dire une ouverture anormale, se crée entre le vagin et la vessie ou entre le vagin et les uretères. C'est une complication rare dont le traitement dépend de l'étendue. Elle nécessite généralement une intervention chirurgicale.

Lorsque des ganglions lymphatiques ont été retirés, la lymphe peut s'accumuler au niveau de la zone où ils étaient situés, ainsi qu'au niveau du pubis. Cette complication, appelée **lymphocèle**, peut nécessiter un drainage sous contrôle radiologique voire une nouvelle intervention chirurgicale dans certains cas.

Le retrait des ganglions lymphatiques proches de l'utérus peut également entraîner une accumulation de lymphe dans les membres inférieurs appelé **lymphœdème**. Cela se manifeste par un gonflement dans une ou les deux jambes. Un kinésithérapeute formé aux techniques du lymphœdème réalisera des bandages et des drainages lymphatiques manuels pour réduire le volume du lymphœdème. Des soins de peau (hydratation) ainsi que la pratique d'exercices physiques sous bandages vous seront également conseillés.

Le retrait de l'utérus rend impossible toute grossesse future et provoque un **arrêt définitif des règles**. Si une chirurgie conservatrice de l'utérus a pu être réalisée (trachélectomie), une grossesse est possible, mais elle présente des risques (fausses couches, accouchement prématuré). Par ailleurs, en raison de la suture réalisée pour refermer l'utérus, le recours à une césarienne est impératif.

La chirurgie du col de l'utérus peut avoir des conséquences sur la **vie sexuelle**. Elles dépendent du type de chirurgie pratiquée et des traitements associés. L'activité sexuelle peut reprendre lorsque le vagin est cicatrisé, soit 6 à 8 semaines après l'opération. Il est indispensable qu'un examen gynécologique soit

effectué avant la reprise des rapports pour confirmer la cicatrisation du fond du vagin.

L'opération peut générer des conséquences à plus long terme sur votre qualité de vie : **fatigue, anxiété voire difficultés psychologiques...** Parlez-en à votre équipe médicale. Elle vous renseignera sur des professionnels de la santé et des groupes de paroles en mesure de répondre à votre problématique.



LES POINTS À RETENIR

1. La chirurgie est principalement utilisée pour traiter les cancers de stades précoces.
2. La nature de la chirurgie pratiquée dépend du stade de votre cancer.
3. Douleurs, fatigue, troubles lymphatiques (lymphœdèmes) ou encore problèmes de cicatrisation peuvent faire suite à l'intervention chirurgicale ; parlez-en à l'équipe médicale pour les prévenir.
4. L'arrêt du tabac et de l'alcool permet de réduire les risques de complications pendant et après l'opération.
5. Dans certains cas de cancer invasif du col de l'utérus traité à un stade précoce, une chirurgie conservatrice de l'utérus est parfois possible pour permettre une grossesse ultérieure.

4

LA RADIOTHÉRAPIE

RAYONS

SÉANCES

REPÉRAGE

DOSIMÉTRIE

48. DANS QUELS CAS UNE RADIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDICQUÉE ?
 50. QU'EST-CE QUE LA RADIOTHÉRAPIE EXTERNE ?
 51. COMMENT SE DÉROULE LA RADIOTHÉRAPIE EN PRATIQUE ?
 54. QU'EST-CE QUE LA CURIETHÉRAPIE ?
 54. COMMENT SE DÉROULE LA CURIETHÉRAPIE EN PRATIQUE ?
 57. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES ?

La radiothérapie est un traitement localisé des cancers invasifs du col de l'utérus qui repose sur deux techniques : la radiothérapie externe et la curiethérapie. Elles sont le plus souvent réalisées l'une après l'autre, car leurs actions sont complémentaires. Elles peuvent être utilisées seules dans des cas très particuliers.

La radiothérapie a pour but de détruire les cellules cancéreuses en les empêchant de se multiplier, tout en préservant le mieux possible les tissus sains et les organes avoisinants. Elle utilise pour cela des rayonnements ionisants (appelés aussi rayons ou radiations) qui sont produits par un accélérateur de particules (radiothérapie externe) ou par des matériaux **radioactifs***, appelés sources (curiethérapie).

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

Pour plus de précisions, vous pouvez consulter les informations utiles sur e-cancer.fr

DANS QUELS CAS UNE RADIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

La radiothérapie répond à de nombreuses indications dans les traitements des cancers invasifs du col de l'utérus.

L'association d'une radiothérapie sensibilisée et d'une curiethérapie est le traitement de référence des tumeurs de stades localement avancés (IB3, IIA2, III et IVA). Ce traitement est aussi



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. Cette modification de la matière s'appelle l'ionisation, d'où le qualificatif de rayonnements ionisants.

Dans le domaine médical, les rayonnements ionisants font l'objet de nombreuses applications, notamment pour le diagnostic, comme les radiographies, les scanners ou les examens de

médecine nucléaire. Ils sont également à la base des techniques de radiothérapie. Ils sont alors produits par un accélérateur, un appareil qui accélère les particules (des électrons dans la grande majorité des cas) à une très grande vitesse, ce qui leur confère une forte énergie. C'est le principe de la radiothérapie externe. On peut aussi utiliser une source radioactive dont la propriété est d'émettre spontanément et en continu des rayonnements ionisants ; c'est le cas de la curiethérapie (radiothérapie interne).

appelé radiochimiothérapie concomitante et associe une radiothérapie externe et une chimiothérapie, systématiquement suivie d'une curiethérapie (voir chapitre 6 « Comment se déroule la radiochimiothérapie concomitante, associée à la curiethérapie ? », page 87).

En amont de ces traitements, les ganglions lombo-aortiques peuvent être prélevés par chirurgie pour déterminer s'ils sont envahis par des cellules cancéreuses et ainsi adapter le champ de la radiothérapie.

La radiochimiothérapie concomitante peut également être indiquée après une chirurgie chez certaines patientes.

La radiothérapie pelvienne, associée à une curiethérapie réalisée au niveau de l'utérus et du vagin, peut également être proposée aux patientes atteintes d'un cancer de stade précoce dans certains cas particuliers.

Enfin, la radiothérapie peut être administrée en complément des traitements des cancers présentant des métastases à distance (au-delà de la cavité du pelvis). Dans ce cas,

la radiothérapie permet principalement de soulager les symptômes, comme la douleur, causés par la tumeur ou les métastases. Elle peut également être réalisée au niveau de l'utérus lorsque la maladie a nettement diminué après chimiothérapie, pour éviter les récives locales.

QU'EST-CE QUE LA RADIOTHÉRAPIE EXTERNE ?

Il existe différentes techniques de radiothérapie externe. Pour les cancers invasifs du col de l'utérus, la radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité (RCMI, IMRT en anglais) est habituellement utilisée. Cette technique consiste à faire correspondre le plus précisément possible, c'est-à-dire à conformer, le volume de la zone à traiter et le volume sur lequel vont être dirigés les rayons. Elle utilise des images en 3D de la zone à traiter et des organes avoisinants, obtenues par scanner*, parfois associées à d'autres examens d'imagerie médicale (IRM*, TEP*). Des logiciels simulent virtuellement, toujours en 3D, la forme des faisceaux d'irradiation et la distribution des doses à utiliser pour s'adapter au mieux au volume de la zone à traiter. Cette technique permet de délivrer des doses efficaces de rayons en limitant l'exposition des tissus sains.



EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À L'ÉQUIPE MÉDICALE

- ❑ Quels sont les objectifs de la radiothérapie ?
- ❑ Comment se déroule le traitement ?
- ❑ Combien de temps dure-t-il ?
- ❑ Quels sont les effets indésirables possibles ?
- ❑ Quels conseils dois-je suivre pour les limiter ?
- ❑ Comment et par qui est effectué le suivi ?

Le plus souvent, le traitement par radiothérapie externe est réalisé « en ambulatoire », c'est-à-dire que vous vous rendez dans votre centre de soins pour la séance de radiothérapie, puis vous rentrez chez vous sans être hospitalisée.

Néanmoins, une hospitalisation complète est possible si votre état général vous empêche de vous déplacer tous les jours (ce cas de figure est toutefois rare).

COMMENT SE DÉROULE LA RADIOTHÉRAPIE EXTERNE EN PRATIQUE ?

Le déroulement d'une radiothérapie repose sur un travail d'équipe entre des manipulateurs d'électroradiologie médicale, un physicien médical, un dosimétriste, coordonnés par l'oncologue radiothérapeute (voir chapitre 9 « Les professionnels et leur rôle », page 99).

Avant le traitement proprement dit sont réalisées une étape de repérage de la zone à traiter, puis une étape de calcul de la distribution de la dose (dosimétrie) générant quelques jours de délai entre la consultation avec l'oncologue radiothérapeute et le début effectif du traitement.

Le repérage (ou simulation)

L'oncologue radiothérapeute repère la cible sur laquelle les rayons vont être dirigés et les organes à risque à protéger (intestin grêle, rectum, sigmoïde*, vessie, vagin, périnée...). Pour cela, un scanner est réalisé afin d'obtenir une simulation en 3D de la zone à traiter et des organes voisins. C'est ce qu'on appelle le scanner de repérage, de dosimétrie, de simulation, ou encore le scanner de centrage.

Pendant ce repérage, la position que vous reprendrez à chaque séance est soigneusement définie. Un marquage punctiforme sur la peau (sous forme de points de tatouage temporaire pouvant toutefois persister chez certaines patientes) et différents accessoires spécialement adaptés pour assurer votre immobilité sont réalisés (filets, repose-jambes).

BON À SAVOIR

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

La dosimétrie

Après le repérage, intervient l'étape de dosimétrie. L'oncologue radiothérapeute définit le volume à traiter (utérus et différentes **aires ganglionnaires***) et la dose à réaliser. Il délimate également les organes à risque à épargner, en les dessinant sur le scanner de centrage et les doses à ne pas dépasser sur ces organes. Avec l'oncologue radiothérapeute, le physicien médical et le dosimétriste optimisent la répartition de la dose d'irradiation afin de respecter au mieux la prescription médicale. Cette étape ne nécessite pas votre présence.

Le plan de traitement définitif validé par votre médecin oncologue radiothérapeute établit la dose totale et ses modalités de délivrance, ainsi que le nombre de séances et leur calendrier. Il vous est communiqué avant le début des séances.

Le plus souvent, 25 séances sont réalisées, à raison d'une séance par jour, 5 jours par semaine.

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 d'électroradiologie médicale sur la table de traitement, dans la position qui a été déterminée lors du scanner de la phase de repérage avec les accessoires associés. Le plus souvent, vous êtes allongée sur le dos, les bras sur la poitrine ou au-dessus de la tête posés sur un support. Les rayons sont dirigés de façon précise vers la région à traiter et vous devez rester immobile durant la séance.

Avant la séance, des images sont réalisées systématiquement à la demande du médecin pour vérifier votre positionnement. La mesure de la dose délivrée lors de la première séance peut nécessiter la mise en place sur la peau de petits capteurs (c'est ce qu'on appelle la dosimétrie *in vivo*), mais cela est rare. Pendant la séance, vous êtes seule dans la salle qui reste éclairée et vous restez en lien continu avec les

manipulateurs par le biais d'un interphone et d'une caméra vidéo. En cas de besoin de votre part, le traitement peut être immédiatement interrompu et les manipulateurs d'électroradiologie médicale peuvent vous rejoindre.

Le temps de présence dans la salle de traitement est généralement de l'ordre de 15 minutes. 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 pendant la séance. Vous pourrez, si vous le souhaitez, écouter de la musique pour vous détendre et vous permettre de vivre ces séances de la façon la plus agréable possible.

Le suivi

Durant toute la durée du traitement, des consultations avec l'oncologue radiothérapeute sont programmées régulièrement, en général une fois par semaine. L'objectif est de s'assurer que le traitement se déroule dans les meilleures conditions, de constater l'apparition des effets secondaires, de vous conseiller ou de prescrire un traitement adapté à ces effets. Si vous constatez un effet secondaire (diarrhée, douleur...), vous pouvez demander à voir un médecin en consultation avant ou après votre séance.

Des visites de surveillance sont également planifiées à l'issue de la radiothérapie.

BON À SAVOIR

Les séances de radiothérapie externe ne rendent pas radioactif. Il n'y a donc pas de précaution à prendre vis-à-vis de votre entourage (même les enfants et les femmes enceintes) une fois la séance terminée.

**ARRÊTER DE FUMER FAIT PARTIE DU TRAITEMENT DE VOTRE CANCER**

Il est fortement recommandé d'arrêter de fumer afin de réduire le risque de complications pendant et après les traitements anticancéreux et d'améliorer la qualité de

vos soins. Les études montrent l'importance de l'arrêt du tabac en termes de pronostic, de récurrence, de second cancer et de qualité de vie pour les patients.

QU'EST-CE QUE LA CURIETHÉRAPIE ?

La curiethérapie est une technique de radiothérapie « interne » qui consiste à placer de façon temporaire un élément radioactif, généralement de l'iridium 192, directement au contact de la tumeur.

Dans le cas des traitements des cancers invasifs du col de l'utérus, la curiethérapie est pratiquée après une radiothérapie ou une radiochimiothérapie, à la suite de la réalisation d'une IRM de réévaluation.

L'élément radioactif, qu'on appelle aussi source radioactive, est diffusé par le biais d'un applicateur en plastique, positionné dans l'utérus et placé contre la tumeur. On parle de curiethérapie endocavitaire ou endoluminale.

La source radioactive peut aussi être envoyée dans de fins cathéters implantés de façon très précise dans la tumeur ou les tissus qui l'entourent. On parle alors de curiethérapie interstitielle.

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 ciblée sur le col de l'utérus une dose élevée, complémentaire à celle de la radiothérapie externe. Son objectif est d'optimiser la destruction des cellules cancéreuses en préservant les organes voisins.

COMMENT SE DÉROULE LA CURIETHÉRAPIE EN PRATIQUE ?

On distingue deux types de curiethérapie : la **curiethérapie à débit pulsé** et la **curiethérapie à haut débit de dose**. La distinction se situe au niveau du débit d'activité de la source radioactive utilisée. La dose totale délivrée à la tumeur et au col utérin est la même, quel que soit le type de curiethérapie utilisé. Leur efficacité est identique. Le recours à l'une ou

l'autre technique varie selon l'établissement dans lequel vous serez traitée. Quelle que soit la curiethérapie, une hospitalisation de quelques jours est nécessaire.

Dans un premier temps, il est nécessaire de mettre en place à l'intérieur de l'utérus, sous anesthésie générale ou locorégionale, l'applicateur qui recevra la source radioactive. Il s'agit le plus souvent d'un applicateur standard, en plastique, et plus rarement d'un moule vaginal fabriqué sur mesure avant l'hospitalisation. Il est composé d'une sonde intra-utérine et d'un applicateur constitué de deux barillets placés de part et d'autre du col de l'utérus. La position de ce matériel, par rapport à la tumeur et aux organes voisins, est contrôlée par la réalisation d'une imagerie en 3 dimensions (IRM ou scanner). Ces images permettent ensuite de calculer, par une étude informatisée, la quantité et la répartition des rayons qui seront libérés par la source, ainsi que la durée du traitement (dosimétrie). Une sonde urinaire est placée également pendant l'anesthésie.

Après la mise en place du matériel et le calcul de la dosimétrie, le traitement peut démarrer. Celui-ci est effectué au bloc ou dans votre chambre, selon le type de curiethérapie. Le manipulateur relie le matériel à l'aide de câbles à un conteneur qui renferme la source radioactive, qui avance à l'intérieur des câbles.

Il ne vous sera pas possible de vous lever ou de vous déplacer pendant ce temps d'hospitalisation, afin que le matériel reste bien en place. On peut néanmoins vous proposer de faire de petits exercices physiques afin d'activer la circulation sanguine de vos jambes. Pour des raisons de radioprotection, les visites de vos proches ne sont pas possibles pendant l'hospitalisation.

À l'issue du traitement, l'applicateur est retiré. Son retrait est rapide et n'est généralement pas effectué sous anesthésie générale. Une prémédication est réalisée, pour que ce geste soit le moins inconfortable possible. La sonde urinaire est également retirée. Vous pourrez ensuite vous lever. La curiethéra-

pie n'est pas une chirurgie : dès que l'applicateur est retiré, vous pourrez vous doucher, par exemple. Il n'y a aucune recommandation concernant d'éventuels mouvements à éviter.

À votre sortie, vous ne présentez aucun risque de radioactivité pour votre entourage, car les sources radioactives ont été retirées en même temps que l'applicateur. Une ordonnance vous est remise afin de vous prescrire des soins locaux éventuels (lavages vaginaux) et une hydratation locale. Un rendez-vous de contrôle est pris avec le médecin qui vous suit.

La curiethérapie à débit pulsé

Pour une curiethérapie à débit pulsé, la source radioactive utilisée est l'iridium 192. Elle est projetée dans le matériel intra-utérin pendant 15 à 30 minutes, toutes les heures pendant 50 heures. Le traitement complet dure environ 3 jours. La source avance à l'intérieur des câbles, non pas en continu, mais par pas successifs de 2,5 à 5 millimètres. La durée de l'arrêt entre chaque pas définit une quantité donnée de rayonnements, ce qui permet ainsi d'adapter au mieux l'irradiation à la forme de la tumeur. Les séances se déroulent directement dans votre chambre. Le traitement peut être administré en continu, jour et nuit, ou être interrompu la nuit.

La curiethérapie à haut débit de dose

Bien que cette curiethérapie utilise également une source radioactive d'iridium, elle possède une activité radioactive différente de celle utilisée pour la curiethérapie à débit pulsé. Le mode d'implantation du matériel, sous anesthésie, est le même qu'en débit pulsé et le traitement nécessite également une hospitalisation de quelques jours.

Lors de chaque séance, vous êtes emmenée au bloc pour brancher le matériel intra-utérin au projecteur de source de haut débit. La séance dure quelques minutes et est indolore. Vous êtes ensuite accompagnée dans votre chambre. Deux schémas de traitement sont possibles :

- 4 séances réparties sur 2 semaines nécessitant 2 hospitalisations à une semaine d'intervalle : à chaque hospitalisa-

tion, le dispositif est implanté selon le mode opératoire décrit précédemment, une sonde urinaire est également posée. Une séance par jour est réalisée. Vous êtes hospitalisée 2 jours et 1 nuit. Après le retrait du matériel, vous pouvez sortir. Cette hospitalisation est répétée la semaine suivante selon les mêmes modalités ;

- 4 séances réparties sur 3 jours d'hospitalisation consécutifs, à raison de 2 séances par jour. Le matériel est implanté selon le mode opératoire décrit précédemment.

QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES ?

En irradiant une tumeur ou la zone où elle était située (le lit tumoral), on ne peut pas éviter totalement d'irradier et donc d'altérer des cellules saines des tissus situés à proximité. C'est ce qui explique l'apparition des effets indésirables.

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

On distingue :

- les effets indésirables immédiats, aigus ou précoces qui se produisent pendant le traitement et les quelques semaines qui suivent. Ils sont souvent temporaires ;
- les effets indésirables tardifs, appelés aussi complications, qui peuvent apparaître plusieurs mois après la fin du traitement, voire plus tard. Ils peuvent être durables (on parle alors de séquelles).

L'action de la radiothérapie externe, même si elle reste ciblée, touche une région étendue. Dans le cas du cancer du col de l'utérus, c'est le pelvis et parfois la partie supérieure de l'ab-

domen (région lombo-aortique) qui sont irradiés. Les effets indésirables peuvent alors concerner l'ensemble des organes de cette région et leurs fonctions.

Les effets indésirables immédiats de la radiothérapie externe

Les **troubles digestifs** sont les plus fréquents, notamment des diarrhées (définies par l'émission d'au moins trois selles liquides par jour). Les diarrhées apparaissent généralement après les deux premières semaines de traitement. Si une diarrhée survient et persiste plus d'une journée ou si elle est accompagnée de fièvre ou de vomissements, contactez rapidement votre médecin.

D'autres troubles digestifs comme des douleurs abdominales ou des crises hémorroïdaires peuvent survenir. Des nausées et des vomissements peuvent apparaître si l'irradiation a été étendue à la partie supérieure de l'abdomen. Un médicament antinausée vous sera prescrit dans ce cas précis, à prendre avant chaque séance de radiothérapie.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LA DIARRHÉE

✓ À FAIRE	✗ À ÉVITER
• Buvez beaucoup pour éviter le risque de déshydratation, surtout si la diarrhée est importante, au moins 2 litres de liquide (eau, thé, tisane, eau de riz, bouillon de légumes, jus de carottes ou boissons gazeuses à température ambiante). • Privilégiez une alimentation pauvre en fibres, notamment riz, pâtes, pommes vapeur, bananes bien mûres, gelée de coings, biscottes et carottes.	• Évitez l'alcool, le café, les fruits crus sauf les bananes, la salade, les crudités, les céréales, le pain complet et le lait.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES ROUGEURS DE LA PEAU

✓ À FAIRE	✗ À ÉVITER
• Utilisez un savon surgras. • Séchez-vous la peau sans frotter (pli interfessier). • Portez des sous-vêtements larges en coton et évitez le frottement au niveau de la zone irradiée. • Appliquez une crème hydratante entre les séances (mais jamais juste avant la séance de radiothérapie), en concertation avec l'équipe médicale.	• Ne prenez pas de douches et de bains trop chauds. • Ne savonnez pas directement la zone irradiée. • Ne frictionnez pas la zone irradiée avec de l'eau de toilette, de l'alcool, du déodorant, du talc, de la crème. • Évitez de raser ou d'épiler la zone. • Évitez d'exposer la zone irradiée au soleil, surtout la première année qui suit la fin du traitement.

Des médicaments peuvent être prescrits pour améliorer ces différents troubles intestinaux. Cependant, une alimentation adaptée est également indispensable. N'hésitez pas à en discuter avec votre radiothérapeute. De manière générale, il est recommandé de ne pas prendre de médicaments sans avis médical.

Les rapports sexuels ne sont pas contre-indiqués, vous êtes libre de choisir d'en avoir ou pas. Ils peuvent être source de douleurs ou de saignements. Si c'est le cas, n'hésitez pas à en parler à votre équipe soignante. Il n'y a pas de risques particuliers pour votre partenaire.

Parfois, **une irritation de la vessie (cystite)** survient, entraînant une douleur, une sensation de brûlure et une envie fréquente d'uriner. Il est recommandé de boire suffisamment et de ne pas prendre de médicament contre ces troubles sans avis médical.

Des **troubles cutanés** sont possibles, bien que rares, et se manifestent par la perte transitoire des poils pubiens ou par une rougeur de la peau (érythème).

Une **inflammation de la muqueuse du vagin** se produit systématiquement le plus souvent sans provoquer de symptôme. La vulve et la peau ne sont pas traitées pour la plupart des tumeurs du col utérin, vous n'aurez donc pas de symptôme à ce niveau-là. En revanche, lorsque le vagin a été irradié en totalité du fait de l'extension de la tumeur à ce niveau, des réactions cutanées au niveau de la vulve peuvent se produire en fin de traitement. Elles sont traitées par des soins locaux qui vous seront conseillés par votre oncologue radiothérapeute. Parlez-en dès l'apparition des symptômes.

La découverte du cancer, 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 indésirables. Elle ne doit pas être banalisée. Signalez-la à l'équipe soignante afin qu'elle soit contrôlée le mieux possible. Des conseils adaptés à votre situation personnelle vous seront donnés. Il est prouvé qu'une activité physique adaptée, régulière et modérée permet de lutter contre la fatigue après les traitements.

Les effets indésirables tardifs

Les progrès des techniques de radiothérapie ont rendu rares les effets indésirables tardifs. Cependant, certains symptômes peuvent apparaître plusieurs mois ou plusieurs années après la fin du traitement. Il est important de les signaler à votre médecin afin que des soins adaptés puissent vous être proposés.

Le **trouble digestif** le plus fréquent est la persistance de diarrhées. Les diarrhées se manifestent à la suite de l'ingestion d'aliments qui contiennent des fibres ou qui ont des vertus laxatives. Elles peuvent parfois intervenir après des périodes de constipation et sont souvent accompagnées de ballonnements importants. Pour faire face à ce trouble, le régime alimentaire doit être adapté. Ce trouble digestif s'améliore souvent avec le temps.

Une **inflammation du rectum**, aussi appelée rectite, peut se produire et entraîner des saignements lors de l'évacuation des selles. Si les saignements sont importants au point de modifier le taux des globules et des **plaquettes***, les vaisseaux sanguins impliqués peuvent être traités par laser (cautérisation).

Plus rarement, une inflammation de l'intestin grêle peut engendrer une occlusion intestinale : les selles et les gaz sont bloqués. Cette complication extrêmement rare, nécessite le plus souvent une hospitalisation.

La radiothérapie peut fragiliser les muqueuses de la zone pelvienne et entraîner une **sécheresse vaginale** et des **douleurs** lors des rapports sexuels. Des hydratants vaginaux, voire un traitement hormonal local à base d'œstrogènes, sont proposés pour prévenir ces troubles. L'activité sexuelle, si elle a été interrompue pendant la durée de la radiothérapie, peut reprendre après la fin du traitement quand vous le souhaitez. Des lubrifiants, à utiliser de façon systématique, sont recommandés. N'hésitez pas à poser des questions à votre médecin.

La curiethérapie a pour principal effet d'augmenter les risques de sécheresse et de cicatrisation du vagin, pouvant entraîner un rétrécissement du vagin, appelé sténose vaginale, qui s'installe en plusieurs mois. Pour éviter cet effet secondaire, vous pouvez reprendre les rapports sexuels ou réaliser une rééducation vaginale à l'aide de dilateurs vaginaux. Parlez-en à votre curiethérapeute ou oncologue radiothérapeute, afin qu'il vous oriente sur le type de dispositif à utiliser.

L'irradiation de l'utérus ou des ovaires rend **impossible toute grossesse** ultérieure et est responsable d'une **ménopause** post-thérapeutique **précoce**. Elle se manifeste par l'arrêt définitif des règles et par des symptômes tels que des bouffées de chaleur, une prise de poids ou des troubles du sommeil. En l'absence de contre-indications, un traitement hormonal de substitution est proposé, en fonction de votre âge, afin de soulager ces symptômes et retarder les effets à plus long terme de la ménopause précoce.

Il est donc très important de parler de ce sujet avec votre équipe soignante avant de commencer un traitement si vous envisagez d'avoir des enfants.

La radiothérapie peut provoquer **une irritation de la vessie** (cystite) qui se traduit par une douleur et/ou une envie fréquente d'uriner, parfois associée à la présence de sang dans les urines. Si les saignements sont importants au point de modifier le taux des globules et des plaquettes, les vaisseaux sanguins impliqués peuvent être traités par laser (cautérisation).

La radiothérapie peut entraîner ou aggraver une perte de contrôle des muscles qui retiennent les urines dans la vessie. Cette **incontinence urinaire** est traitée par des séances de kinésithérapie et par des médicaments antispasmodiques urinaires qui permettent de contrôler la contraction des muscles de la vessie.

Il arrive qu'une **fistule**, c'est-à-dire une ouverture anormale, se crée entre le rectum et le vagin ou entre la vessie et le vagin. C'est une complication rare, mais grave. Le traitement des fistules dépend de leur étendue. Elles nécessitent généralement une intervention chirurgicale.



LES POINTS À RETENIR

1. La radiothérapie est un traitement localisé qui a pour objectif de détruire les cellules cancéreuses par des rayonnements ionisants.
2. La radiochimiothérapie concomitante associée à une curiethérapie utéro-vaginale est le traitement de référence des tumeurs de stades localement avancés (IB3, IIA2, III, IVA).

5

LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

CHIMIOTHÉRAPIE

THÉRAPIES CIBLÉES

EFFETS INDÉSIRABLES

65. DANS QUELS CAS UN TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX EST-IL INDIQUÉ ?
66. QUELS SONT LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX UTILISÉS ?
67. COMMENT SE DÉROULE LE TRAITEMENT EN PRATIQUE ?
71. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES ?

Plusieurs types de traitements médicamenteux sont utilisés pour traiter les cancers invasifs du col de l'utérus : des molécules de chimiothérapie conventionnelle et de thérapies ciblées. Il s'agit de traitements généraux, dits aussi traitements systémiques, qui agissent dans l'ensemble du corps.

La chimiothérapie conventionnelle et les thérapies ciblées permettent d'atteindre les cellules cancéreuses, quelle que soit leur localisation, même si elles sont isolées et n'ont pas été détectées lors du diagnostic. Ces traitements n'ont cependant pas le même mode d'action :

- les médicaments de chimiothérapie conventionnelle agissent sur les mécanismes de la division cellulaire ;
- les thérapies ciblées bloquent la croissance ou la propagation des cellules cancéreuses, en interférant avec des mécanismes qui sont à l'origine de leur développement et de leur dissémination.

Dans les pages qui suivent, le terme « traitement médicamenteux » est employé pour désigner ces différents médicaments qu'ils soient associés entre eux ou non.

Avant de démarrer le protocole de traitement, votre médecin vous explique le principe, les objectifs ainsi que les effets



ARRÊTER DE FUMER FAIT PARTIE DU TRAITEMENT DE VOTRE CANCER

Il est fortement recommandé d'arrêter de fumer afin de réduire le risque de complications pendant et après les traitements anticancéreux et d'améliorer la qualité de

vos soins. Les études montrent l'importance de l'arrêt du tabac en termes de pronostic, de récurrence, de second cancer et de qualité de vie pour les patients.



EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À L'ÉQUIPE MÉDICALE

- ☐ Quel type de traitement médicamenteux me sera administré ? De quelle façon ? À quel rythme ? Par quelle voie ?
- ☐ Quels sont les objectifs du traitement ?
- ☐ Quels sont les effets indésirables ? Que puis-je faire pour les limiter ? Comment sont-ils traités ?
- ☐ Combien de temps dure le traitement ?
- ☐ Comment et par qui est effectué le suivi pendant les traitements ?
- ☐ Y a-t-il des conseils alimentaires particuliers à respecter ?

indésirables possibles dans votre situation. Il vous indique aussi les solutions qui permettent de les anticiper ou de les limiter. Il effectue également un bilan préthérapeutique. N'hésitez pas à noter et à lui soumettre toutes les questions que vous vous posez au sujet de ce traitement.

Informez les professionnels de santé qui vous suivent du traitement que vous recevez pour le cancer du col de l'utérus afin qu'ils évaluent le risque d'interaction avec d'autres traitements que vous pourriez prendre pour une autre maladie.

DANS QUELS CAS UN TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX EST-IL INDIQUÉ ?

Une chimiothérapie associée à une radiothérapie (radiochimiothérapie concomitante) est le traitement de référence des tumeurs de stades localement avancés (IB3, IIA2, III, IVA) (voir liste explicative des stades, page 24).

Dans certains cas, pour les cancers de stades IB1, IB2 et IIA1, une radiochimiothérapie concomitante peut compléter la chirurgie.

Une chimiothérapie associant plusieurs médicaments est le traitement de référence des cancers qui ont formé des

métastases à distance (stade IV). Dans certains cas, une thérapie ciblée est également proposée.

QUELS SONT LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX UTILISÉS ?

Les médicaments de chimiothérapie conventionnelle

Plusieurs médicaments sont les plus fréquemment utilisés :

- le cisplatine qui fait partie des sels de platine ;
- le carboplatine qui fait également partie des sels de platine ;
- le paclitaxel qui fait partie de la famille des taxanes.

Un médicament peut être employé seul ou associé à d'autres médicaments. Une association de plusieurs médicaments de chimiothérapie correspond à ce que l'on appelle une polychimiothérapie.

Dans le cas des cancers invasifs du col de l'utérus non métastatiques, le traitement par radiochimiothérapie concomitante utilise un sel de platine : cisplatine ou carboplatine.

Pour les cancers métastatiques, la première polychimiothérapie utilisée associe le plus souvent un sel de platine au paclitaxel.

Les médicaments de thérapie ciblée

Dans les cas de cancer invasif du col de l'utérus traité à un stade métastatique, le traitement par polychimiothérapie est parfois associé à une thérapie ciblée. Le médicament de thérapie ciblée alors utilisé est le bevacizumab. Il fait partie de la famille des anticorps monoclonaux qui agissent contre l'angiogenèse, c'est-à-dire contre la formation de nouveaux vaisseaux sanguins par la tumeur (voir encadré ci-contre). On dit que c'est un médicament antiangiogénique.

Les médicaments employés, les doses administrées ainsi que le rythme des cycles (ou la durée du traitement pour une thérapie ciblée) varient d'une personne à l'autre, en fonction des



QU'EST-CE QU'UN ANTICORPS MONOCLONAL ?

Les anticorps monoclonaux sont des protéines fabriquées par les lymphocytes B. Leur rôle est de repérer et de neutraliser certaines substances étrangères comme les virus, les bactéries ainsi que les cellules anormales ou cancéreuses. Pour les neutraliser, l'anticorps se fixe sur une cible très précise, l'**antigène***, présent sur la surface de la substance étrangère ou de la cellule anormale ou cancéreuse, et permet son élimination par le système immunitaire. Les anticorps monoclonaux sont des anticorps produits en laboratoire, à partir

d'un clone de cellules (plusieurs cellules identiques, d'où le terme monoclonal).

Grâce à la recherche médicale, des anticorps monoclonaux « anticancer » sont aujourd'hui produits industriellement. Ces anticorps ont la capacité de repérer et de bloquer certains mécanismes spécifiques des cellules cancéreuses ou de leur environnement et de détecter la cellule cancéreuse elle-même pour qu'elle soit détruite. Les noms de ces médicaments se terminent en -mab.

caractéristiques du cancer et de la tolérance au traitement, sur la base de doses et de rythmes prédéfinis. C'est pourquoi le plan de traitement est déterminé au cas par cas.

COMMENT SE DÉROULE LE TRAITEMENT EN PRATIQUE ?

Le déroulement du traitement est planifié par l'équipe médicale en fonction de votre situation et résumé dans votre programme personnalisé de soins (PPS). Le médecin qui vous suit 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 est variable et se déroule par **cures*** intermittentes séparées par des périodes de repos.

Dans le cas d'un traitement standard d'un cancer localement avancé, une chimiothérapie hebdomadaire est administrée pendant la radiothérapie (5 injections au total le plus souvent).



Consultez la base de données publique des médicaments du ministère des Solidarités et de la Santé : **base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr**

POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez le guide Comprendre la chimiothérapie.



Dans le cas d'un traitement d'un cancer métastatique, les séances de chimiothérapie ont lieu tous les 21 jours. Les patientes reçoivent, selon leurs cas, 4 à 6 séances.

Avant chaque cure, un examen clinique (voir annexe 1 page 147) 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 la plupart du temps injectés dans une veine par perfusion ou dans une chambre implantable. Le traitement se déroule généralement à l'hôpital en ambulatoire (on parle aussi d'hospitalisation de jour), vous ne restez que le temps de la perfusion et rentrez chez vous le jour même.

La pose d'une chambre implantable

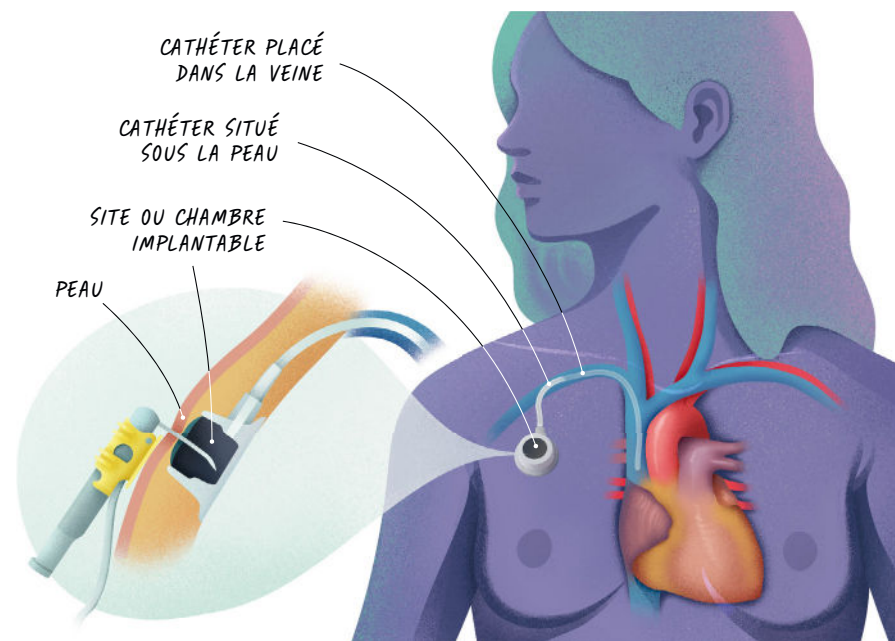
Administer les traitements médicamenteux dans des petites veines comme celles du bras peut être difficile. Elles sont fragiles et les injections répétées peuvent devenir douloureuses et endommager vos veines.

Avant de commencer le traitement intraveineux, la pose d'une chambre implantable percutanée (CIP) appelée aussi chambre implantable, port-à-cath® ou PAC, est recommandée en cas de chimiothérapie.

Ce dispositif est composé d'un petit boîtier, la chambre implantable, et d'un tuyau souple et fin, le cathéter. Il est entièrement placé sous la peau, au cours d'une courte intervention chirurgicale sous anesthésie locale. 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. Un anesthésique local (en crème ou patch) peut être appliqué au

LA CHAMBRE IMPLANTABLE



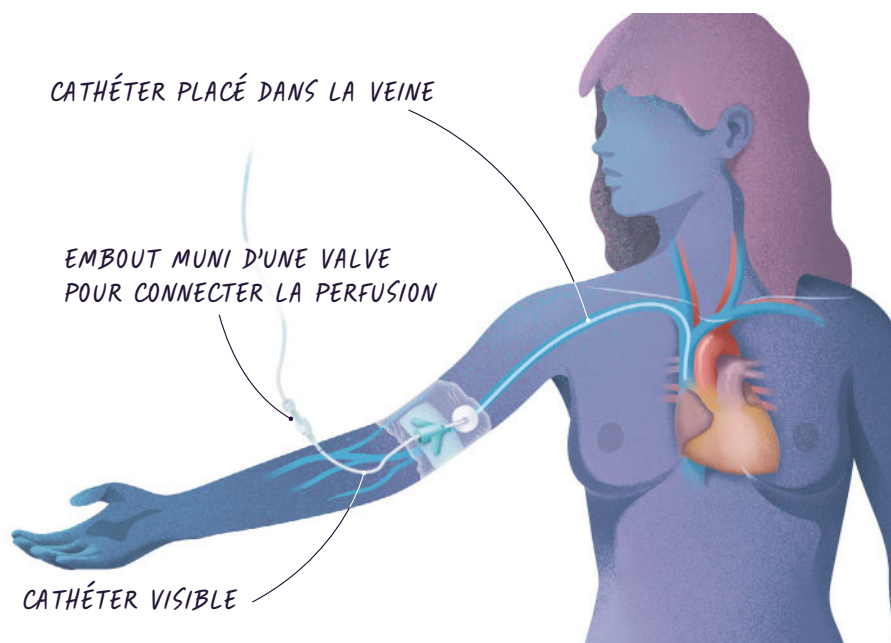
moins 60 minutes avant la perfusion. Ce système limite les douleurs liées aux piqûres répétées, car celles-ci sont beaucoup moins profondes.

La chambre implantable reste en place pendant toute la durée du traitement et permet d'avoir une activité physique normale, de se baigner, de voyager...

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

Lorsque le dispositif n'est plus utile, il est enlevé lors d'une courte intervention chirurgicale sous anesthésie locale, en ambulatoire.

CATHÉTER CENTRAL INSÉRÉ DANS LE BRAS



La pose d'un cathéter central inséré dans une veine du bras

Plus rarement, un autre dispositif appelé cathéter central à insertion périphérique, aussi dit PICC, pour *peripherally inserted central catheter* en anglais, peut être utilisé. Il s'agit d'un cathéter qui est inséré dans une veine de votre bras et qui est poussé vers une grosse veine située près du cœur.

La pose de ce cathéter se fait sous anesthésie locale, généralement par un radiologue. La veine de votre bras est repérée sous échographie*. Une radiographie permet de contrôler le bon positionnement du cathéter après sa pose. Le cathéter est visible au niveau du bras. C'est à cet endroit qu'il sort du corps. Il est fixé par quelques points de suture puis protégé par un pansement. Il est important de garder le pansement au sec quand vous vous lavez et de ne pas faire de mouvements brus-



LES POINTS À RETENIR

1. Le protocole de traitements médicamenteux diffère selon le stade du cancer.
2. Pour administrer le traitement par voie intraveineuse, une chambre implantable peut être installée lors d'une petite intervention chirurgicale.
3. Lors d'un traitement médicamenteux, il est important de surveiller votre poids et votre température.

ques ou répétés. Par l'embout du cathéter, il est possible non seulement d'injecter le traitement médicamenteux anticancéreux, mais aussi d'autres types de traitement, et d'effectuer des prélèvements de sang.

QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES ?

Les effets indésirables des traitements médicamenteux varient selon les médicaments utilisés, les dosages et les personnes.

Certains effets indésirables 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. Il est important de signaler tout symptôme inhabituel au cours d'un traitement afin que le médecin puisse prendre les mesures adéquates.

Une bonne hygiène bucco-dentaire est indispensable pour éviter la survenue de caries ou d'infections lors d'une chimiothérapie. Il est conseillé de réaliser un bilan dentaire et les soins nécessaires avant le début du traitement.

Les effets indésirables les plus fréquents des médicaments utilisés pour traiter les cancers invasifs du col de l'utérus sont présentés ci-après. En fonction du protocole de traitement

POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez les fiches Le cathéter central à insertion périphérique (PICC) et La chambre à cathéter implantable





IMPORTANT

L'automédication n'est pas recommandée avec les traitements médicamenteux contre le cancer, notamment en raison d'interactions médicamenteuses potentielles. Certaines molécules pouvant être obtenues avec ou sans prescription médicale, ainsi que certains compléments alimentaires et produits phytopharmaceutiques (produits à base de plantes, comme

le millepertuis), peuvent limiter l'effet de médicaments anticancéreux (comme certaines thérapies ciblées). C'est aussi le cas du pamplemousse (frais et en jus). D'autres médicaments peuvent au contraire entraîner un risque accru d'effets indésirables. L'avis d'un médecin ou d'un pharmacien est nécessaire avant tout commencement d'un nouveau traitement.

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. **Cette liste paraît impressionnante ; gardez à l'esprit que la survenue de l'ensemble de ces effets n'est pas systématique.**

Les effets indésirables les plus fréquents avec la chimiothérapie conventionnelle

Certains effets indésirables sont communs aux différents médicaments de chimiothérapie conventionnelle utilisés pour traiter le cancer invasif du col de l'utérus. Il s'agit :

- des nausées et des vomissements ;
- de la diarrhée ou de la constipation ;
- de la baisse des globules blancs, des **globules rouges*** et des plaquettes ;
- de la fatigue ;
- des réactions allergiques ;
- de la chute des cheveux ;
- de la fragilisation des ongles ;
- de la modification du goût ;
- des sensations d'engourdissement ou de fourmillement ;
- des troubles auditifs ;
- des troubles cardiovasculaires ;
- des troubles rénaux ;
- des infections ;
- des douleurs musculaires et articulaires.



EFFETS INDÉSIRABLES ET EFFICACITÉ DU TRAITEMENT

La présence ou l'absence d'effets indésirables n'est pas liée à l'efficacité de la chimiothérapie. Ne ressentir aucun effet indésirable ne signifie pas que le traitement soit inefficace et, inversement, en ressentir de nombreux ne signifie pas qu'il soit particulièrement actif. Les professionnels de santé (médecins, pharmaciens...) ont l'obligation de déclarer les effets indésirables susceptibles d'être dus à un médicament auprès d'un Centre régional de pharmacovigilance (CRPV). Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, pharmacien ou infirmier.

Il vous est également possible, en tant que patiente, de signaler ces effets

indésirables, directement via le système national de déclaration de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et du réseau des Centres régionaux de pharmacovigilance. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans la notice d'information.

Une déclaration n'a pas pour objectif une gestion individuelle de vos effets indésirables. En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament. La procédure ainsi que les formulaires de déclaration sont disponibles sur signalement-santé.gouv.fr

Nausées et vomissements

Avec les traitements actuels, les nausées sont devenues rares et d'intensité modérée dans la grande majorité des cas. Néanmoins, pour la chimiothérapie conventionnelle, les nausées (sensations d'écœurement) peuvent commencer 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 précédant la chimiothérapie (anticipatoires) peuvent survenir : elles commencent parfois dès l'entrée dans l'hôpital, avant le début de la perfusion. Ces nausées sont liées à l'anxiété provoquée par le traitement et peuvent être réduites par des médicaments ou par des techniques de relaxation.

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

Des médicaments, dits antiémétiques, sont prescrits pour réduire les risques de nausées et de vomissements, y compris anticipatoires. Si ces effets indésirables apparaissent malgré le traitement préventif, signalez-le à votre médecin, car nausées et vomissements contribuent à l'apparition d'une dénutrition (voir encadré page 75) qui pourrait justifier un traitement nutritionnel spécifique.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES NAUSÉES ET VOMISSEMENTS

✓ À FAIRE	✗ À ÉVITER
• Privilégiez les aliments froids ou tièdes qui sont moins odorants que les aliments chauds. • Fractionnez l'alimentation : mangez en petites quantités, mais souvent (4 à 6 petits repas par jour ou les 2 repas principaux de la journée coupés chacun en deux). • Buvez plutôt avant ou après les repas. Les boissons gazeuses fraîches, à base de cola notamment, aident parfois à diminuer les nausées. • Mangez lentement en mastiquant bien afin de faciliter la digestion. • Mangez légèrement avant et après le traitement.	• Ne consommez pas d'aliments qui ne vous font pas envie. • Évitez de boire de l'alcool. • Évitez de fumer.

Il arrive que pendant la chimiothérapie, des personnes ressentent un mauvais goût dans la bouche ou soient particulièrement sensibles aux odeurs. Cela entraîne parfois l'apparition de nausées. Diverses alternatives sont alors proposées :

- pratiquer des exercices de relaxation avant et pendant la perfusion de chimiothérapie. Vous pouvez solliciter des conseils à ce sujet auprès des soignants ;
- regarder la télévision, écouter la radio ou de la musique, jouer à des jeux de société, lire, discuter... pendant la per-

CONSEILS PRATIQUES POUR PRÉVENIR LA DÉNUTRITION

✓ À FAIRE

- Mangez les plats que vous aimez à l'heure que vous voulez.
- Fractionnez votre alimentation ; mangez en petites quantités, mais souvent (4 à 6 petits repas par jour ou les 2 repas principaux de la journée coupés chacun en deux).
- N'hésitez pas à consommer plusieurs fois par jour des aliments simples contenant des protéines (jambon, produits laitiers...).
- Si possible, mangez accompagnée et non seule.
- Travaillez la présentation des plats.
- Installez-vous à table, de préférence dans un cadre agréable.
- Associez ces conseils à une activité physique quotidienne, adaptée à vos capacités (par exemple la marche).

sion. Ces activités contribuent parfois à diminuer la sensation de nausées ;

- sucer des bonbons mentholés diminue le goût désagréable ;
- privilégier les aliments qui vous attirent le plus, ainsi que les modes de cuisson et les plats qui dégagent le moins d'odeurs.

Diarrhée ou constipation

Une diarrhée est possible avec les médicaments de chimiothérapie conventionnelle. Un traitement dit antidiarrhéique pourra vous être prescrit afin de la limiter.

En cas de diarrhée persistante ou associée à de la fièvre ou des vomissements, contactez rapidement votre médecin.

CONSEIL PRATIQUE POUR LIMITER LA DIARRHÉE

✓ À FAIRE

Privilégiez une alimentation pauvre en fibres (exemple : riz, pâtes, pommes de terre vapeur, carottes, bananes mûres, fruits cuits, fromage à pâte cuite, biscottes...).

Une **DIARRHÉE** se définit par l'émission d'au moins 3 selles liquides par jour.

Pensez également à bien vous hydrater en buvant entre 1,5 et 2 litres par jour.

Plus rarement, une constipation peut être provoquée par des médicaments de chimiothérapie conventionnelle. La constipation est aussi parfois induite par les médicaments antiémétiques (contre les vomissements), par certains médicaments antidouleur et le ralentissement de l'activité physique.

Baisse des globules blancs, des globules rouges et des plaquettes

Les médicaments utilisés pour traiter le cancer invasif du col de l'utérus ont souvent des effets indésirables 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. **En cas de fièvre supérieure à 38°C pendant plus de 2 heures ou supérieure à 38,5°C, ou si vous ne vous sentez pas bien (frissons, diarrhées ou vomissements importants), contactez immédiatement votre médecin;**
- une diminution du nombre de globules rouges et de la quantité d'hémoglobine qui provoque, lorsqu'elle est importante, une **anémie***. L'anémie se manifeste principalement par une pâleur, un essoufflement et une fatigue qui ne s'atténue pas avec le repos;
- une baisse du nombre de plaquettes (thrombopénie), qui participent au phénomène de coagulation du sang (c'est-à-dire à la création de caillots sanguins). Une diminution des plaquettes augmente le risque de saignements et d'ecchymoses (infiltration de sang sous la peau à la suite d'un saignement).

Avant chaque cure, 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.



SURVEILLEZ VOTRE TEMPÉRATURE

La « **neutropénie fébrile** » est une des complications susceptibles de survenir chez les patients traités par chimiothérapie et thérapie ciblée.

Les **polynucléaires neutrophiles (PNN)** sont des cellules impliquées dans les premiers temps de la réponse immunitaire. Ils interviennent dans la destruction des agents pathogènes. La diminution

de leur taux, appelée **neutropénie**, expose donc aux infections. Le caractère fébrile de la neutropénie est défini par une température supérieure ou égale à 38,5° C.

En cas de température supérieure ou égale à 38,5° C ou si vous ne vous sentez pas bien (frissons, diarrhées ou vomissements importants), contactez immédiatement votre médecin.

Il est parfois nécessaire de vous prescrire des facteurs de croissance lorsque la baisse du nombre de globules blancs ou de globules rouges est trop importante. **Un facteur de croissance** est une substance qui régule la croissance et la multiplication des cellules, comme certaines hormones. Ils agissent par l'intermédiaire de récepteurs disposés à la surface des cellules. Dans de rares cas, une transfusion de globules rouges ou de plaquettes est réalisée.

Fatigue

En dehors de la fatigue causée par la maladie elle-même, par l'appréhension des examens ou encore par les déplacements quotidiens, la fatigue est très souvent liée aux traitements médicamenteux. Elle dépend de votre tolérance au traitement, du nombre de cures et des effets indésirables. Une anémie, une perte d'appétit, des nausées et des vomissements, une fièvre ou encore des douleurs peuvent contribuer à cette fatigue. Elle ne doit pas être banalisée. Signalez-la à l'équipe soignante afin qu'elle soit traitée le mieux possible.

Il est prouvé qu'une activité physique débutée dès le début de votre prise en soin, adaptée, régulière et modérée permet de lutter contre la fatigue pendant les traitements. L'activité physique augmente la qualité et la quantité de sommeil. Parlez-en avec votre équipe soignante.

POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez le guide cancer info *Fatigue et cancer*

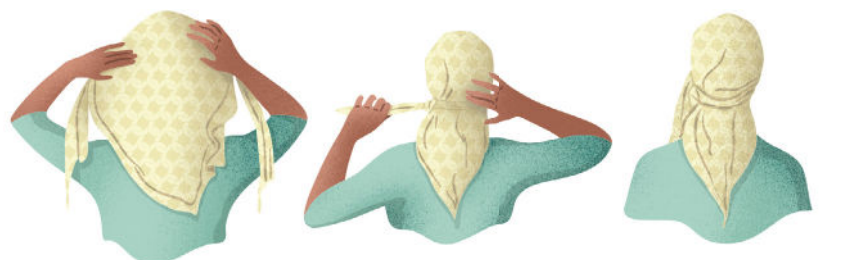


COMMENT NOUER SON FOULARD ?

• FAÇON CATOGAN



• FAÇON TURBAN



Onite du cuir chevelu. Elle commence environ 2 à 3 semaines après la première perfusion. Elle est en général temporaire.

La plupart du temps, les cheveux commencent à repousser environ 6 à 8 semaines après la fin du traitement. En attendant, une prothèse capillaire ou des accessoires capillaires peuvent vous être prescrits.

Les cils, les sourcils et les poils pubiens peuvent également tomber provisoirement. Des conseils de maquillage peuvent vous être apportés par une socio-esthéticienne.

Fragilisation des ongles

Avec le paclitaxel, les ongles peuvent devenir cassants, striés et ondulés et finir — rarement — par tomber. Il est conseillé de porter des chaussures confortables et des gants de protection pour le jardinage et les travaux ménagers, de se couper les ongles courts, afin d'éviter qu'ils se fissurent ou se soulèvent.

Certaines équipes conseillent d'utiliser un vernis au silicium pour protéger les ongles tout au long de la période des traitements. Vous pouvez solliciter votre équipe soignante à ce sujet pour en savoir plus et demander si une socio-esthéticienne est disponible dans l'établissement où vous êtes suivie.

Modification du goût

Une modification du goût peut survenir pendant la chimiothérapie. C'est un des effets indésirables des sels de platine. Elle disparaît progressivement dès la fin du traitement. Le fait de soigner la présentation de vos repas peut vous permettre en partie de pallier ce désagrément en facilitant l'ingestion de mets sans saveur.

Sensations d'engourdissement ou de fourmillement (neuropathie périphérique)

Certains médicaments de chimiothérapie conventionnelle ont un effet toxique sur les nerfs, notamment le cisplatine, le paclitaxel, et plus particulièrement lorsqu'ils sont associés au bevacizumab. 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, en



Vous trouverez des informations complémentaires sur les prothèses et les accessoires capillaires sur le site e-cancer.fr

particulier dans les pieds et dans les mains. Ils peuvent également se manifester par des troubles de la coordination ou une perte de force dans les muscles. Ces symptômes sont nommés troubles neuropathiques périphériques. Il est très important de les signaler dès leur apparition à votre médecin et même si vous les supportez bien. Ils peuvent rendre nécessaire une diminution des doses ou un arrêt du traitement.

Troubles auditifs

Des troubles auditifs de type difficultés à entendre ou bourdonnements d'oreilles peuvent apparaître, notamment en cas de traitement par cisplatine. Il est important de les signaler à l'équipe soignante. Un audiogramme, permettant de contrôler la fonction auditive, peut être effectué au besoin.

Troubles cardiovasculaires

Les médicaments de chimiothérapie conventionnelle peuvent provoquer des troubles cardiovasculaires tels qu'une baisse de la tension artérielle ou une perturbation du rythme cardiaque (notamment avec le paclitaxel). Avec le paclitaxel, la baisse de la tension artérielle peut également se produire en cas d'allergie au médicament.

Troubles rénaux

Le cisplatine peut avoir une incidence sur la fonction rénale. Une surveillance des reins est systématiquement prévue avant chaque cure de chimiothérapie afin d'évaluer leur fonctionnement. En général, cette surveillance s'effectue par une prise de sang.

Infections

Les médicaments de chimiothérapie conventionnelle peuvent générer un risque accru d'infections. En cas de fièvre ou si vous ne vous sentez pas bien (frissons, diarrhées ou vomissements importants), contactez immédiatement votre médecin.

Douleurs musculaires et articulaires

Des douleurs musculaires ou articulaires apparaissent en particulier avec le paclitaxel, habituellement 4 à 7 jours après

chaque injection. Parlez-en à l'équipe soignante qui vous proposera un traitement adapté pour les soulager.

Traitement du cancer invasif du col de l'utérus et sexualité

La libido peut être modifiée pendant le traitement et quelque temps après. Les effets indésirables des médicaments comme la fatigue physique et psychologique, la modification de l'image de soi, les nausées et les vomissements en effet diminuer temporairement le désir ou la capacité physique. De même, le stress et l'inquiétude entraînent souvent une baisse de désir. Cette diminution de la libido est normale et généralement temporaire. Les médicaments peuvent, par ailleurs, générer une sécheresse des muqueuses, dont celle du vagin pouvant rendre la pénétration sexuelle difficile et douloureuse. Il existe des gels intimes hydratants des muqueuses et des lubrifiants efficaces.

En cas de difficultés, n'hésitez pas à en parler à votre équipe médicale ou à votre médecin traitant pour être orientée vers une solution adaptée à votre situation, par exemple, un accompagnement psychologique ou une consultation en oncosexualité, associant ou non votre partenaire. Il existe également plusieurs guides sur cette thématique qui peuvent vous apporter des réponses (notamment le guide sexualité et cancer édité en 2020 par la Ligue contre le cancer).

Traitement du cancer invasif du col de l'utérus et fertilité

Il est très important de parler de la préservation de la fertilité avec votre équipe médicale avant de commencer un traitement si vous envisagez d'avoir des enfants. Elle répondra à vos questions, vous expliquera si elle est possible dans votre cas et vous orientera vers un centre d'Assistance médicale à la procréation (AMP), un centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains (CECOS) ou un centre de préservation de la fertilité, si nécessaire.

Les effets indésirables du bevacizumab

Cette molécule peut entraîner des effets indésirables :

- une hypertension artérielle ;
- des troubles rénaux ;
- une mauvaise cicatrisation ;
- une thrombose ;
- une hémorragie ;
- des douleurs abdominales aiguës ;
- de la fatigue ;
- des douleurs articulaires (arthralgies) ;
- des écoulements de nez (rhinorrhées) ;
- un changement de voix (dysphonie).

Hypertension artérielle

L'un des effets indésirables les plus fréquents du bevacizumab est l'hypertension artérielle, c'est-à-dire une tension trop élevée. Une prise de la tension artérielle est réalisée à chaque cure. Si votre tension artérielle est trop élevée au moment de cette prise, il pourra vous être demandé de la surveiller à domicile. Un traitement pourra être instauré à la découverte d'une hypertension artérielle.

Troubles rénaux

Le traitement par bevacizumab peut avoir une incidence sur la fonction rénale. Avant chaque cure, il est nécessaire de surveiller le bon fonctionnement des reins à travers des analyses de sang (taux de créatinine*) et d'urine (protéinurie*). Le traitement doit être définitivement arrêté si la présence de protéines dans les urines est associée à des œdèmes corporels, c'est-à-dire à un gonflement des tissus (causé par une accumulation anormale de liquide).

Mauvaise cicatrisation

Le bevacizumab gêne parfois la bonne cicatrisation des plaies, notamment après une intervention chirurgicale. C'est la raison pour laquelle ce traitement ne doit pas être commencé pendant au moins un mois après une intervention chirurgicale lourde ou tant que la plaie n'est pas totalement cicatrisée. En cas de complication de la cicatrisation d'une plaie pendant le traitement,

celui-ci doit être interrompu jusqu'à la cicatrisation totale. Le traitement doit être interrompu lorsqu'une intervention chirurgicale est planifiée ou lors de certains soins dentaires.

Thrombose (phlébite et embolie pulmonaire)

La formation d'un caillot sanguin dans les veines, appelée thrombose veineuse ou phlébite, peut être la conséquence d'un traitement par bevacizumab. C'est aussi un symptôme du cancer lui-même. Le caillot sanguin se situe le plus souvent au niveau d'une jambe. Dans les cas les plus graves, il se détache et circule jusqu'à un poumon. C'est ce qu'on appelle une embolie pulmonaire (abrégié en EP). Cette affection susceptible d'être grave peut se manifester par un essoufflement et parfois une douleur dans la poitrine. L'arrêt du tabac réduit le risque de formation de caillots sanguins. Le fait de changer de position fréquemment, de faire des exercices pour les jambes et les chevilles et de se déplacer réduit également ce risque.

Le médecin peut vous prescrire un traitement préventif à base de faibles doses d'anticoagulants, qui réduit la probabilité de formation de caillots sanguins chez les personnes à risque. Des bas de contention peuvent également vous être prescrits, selon les cas. Il est important de signaler en urgence à votre médecin la présence d'une rougeur, d'un gonflement, d'une douleur au niveau du mollet ou de la poitrine, ou un essoufflement anormal.

Risque d'hémorragie

Parmi les effets indésirables les plus graves du bevacizumab, figure le risque d'hémorragie (saignement important). Des saignements de nez de faible abondance ou des saignements des gencives (appelés gingivorragies) sont fréquents et banals. Des saignements de nez importants ou des hémoptysies (crachats sanguinolents provenant des poumons) sont rares avec ce médicament et il est donc important de consulter rapidement un médecin si cet effet indésirable survient.

Douleurs abdominales aiguës

Le bevacizumab est susceptible de provoquer des douleurs abdominales importantes. Elles ne doivent pas être prises à la légère. Elles sont parfois le signe d'une perforation gastro-intestinale (un trou se forme dans la paroi de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle ou du côlon) qui constitue une urgence médicale.

Fatigue

Le bevacizumab peut entraîner une fatigue. Elle dépend de votre tolérance au traitement, du nombre de cures et des autres effets indésirables. Elle ne doit pas être banalisée. Signalez-la à l'équipe soignante afin qu'elle soit traitée le mieux possible.

Douleurs articulaires

Le bevacizumab peut provoquer des douleurs articulaires (arthralgies). Ces douleurs sont rarement sévères. Parlez-en à l'équipe soignante afin qu'elles soient traitées le mieux possible.

Écoulement de nez

Le bevacizumab peut provoquer un écoulement de nez (soit en avant par les narines soit en arrière dans la gorge). N'hésitez pas à en parler à vos médecins et aux membres de votre équipe soignante.

Changement de la voix

Un changement de voix (dysphonie) peut parfois être remarqué chez certaines patientes.

Réactions allergiques

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



CONTRE-INDICATIONS

Les vaccins dits vivants, tels que ceux contre la fièvre jaune ou la rougeole par exemple, sont contre-indiqués au moins 6 mois après la fin des

traitements médicamenteux du cancer. En cas de voyage dans des pays dits « à risques », questionnez votre oncologue médical et/ou votre médecin traitant.

6

LA RADIOCHIMIO- THÉRAPIE CONCOMITANTE, ASSOCIÉE À LA CURIETHÉRAPIE ?

CHIMIOTHÉRAPIE

RADIOTHÉRAPIE EXTERNE

CURIETHÉRAPIE

La radiochimiothérapie concomitante, également appelée radiothérapie chimiosensibilisée, associe une radiothérapie externe à une chimiothérapie au cours de la même période et systématiquement suivie d'une curiethérapie.

Cette association a pour but de renforcer l'action respective de chacun des traitements :

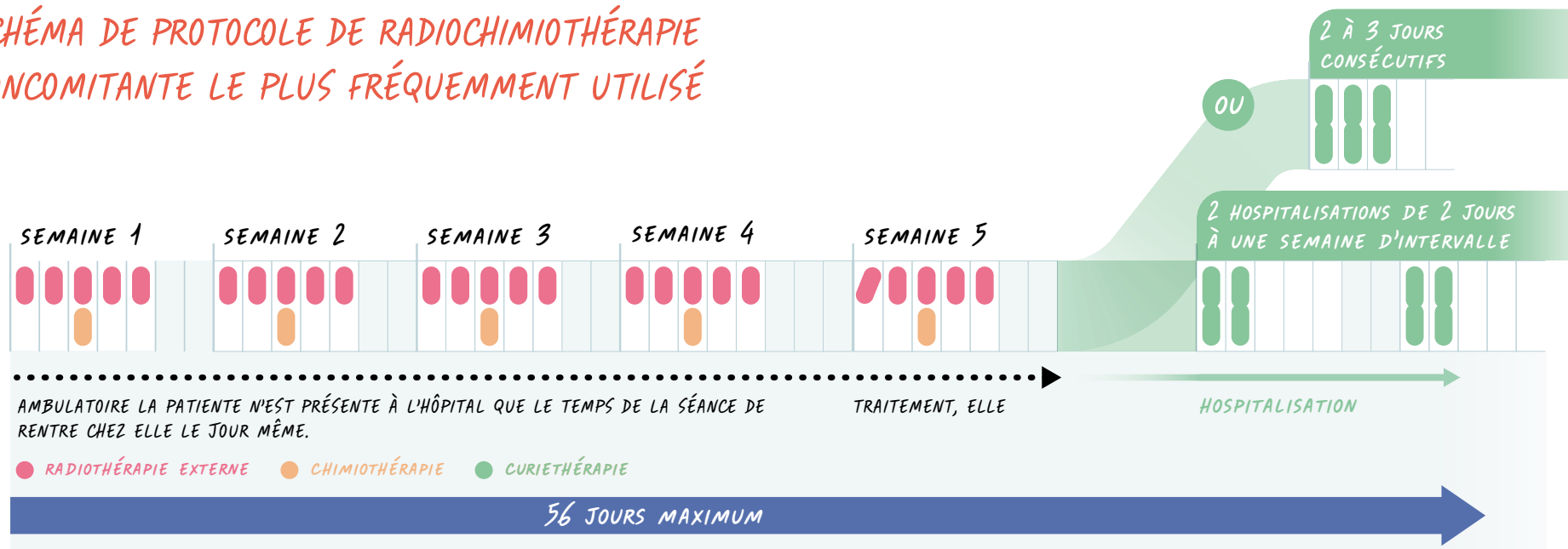
- la chimiothérapie a sa propre action de destruction des cellules cancéreuses, mais elle les rend aussi plus sensibles aux rayonnements ;
- l'action combinée de la radiothérapie externe et de la curiethérapie permet de cibler précisément la tumeur et

de délivrer la dose de rayonnements optimale pour à la fois détruire le tissu cancéreux et préserver le mieux possible les tissus et les organes sains situés à proximité.

La plupart du temps, du cisplatine est administré une fois par semaine pendant tout le temps de la radiothérapie et parfois aussi lors de la curiethérapie. L'injection de cisplatine dure habituellement de 1 à 3 heures. Afin de diminuer la toxicité de ce médicament au niveau des reins, une hyperhydratation avant et après la chimiothérapie est proposée. Elle consiste à vous perfuser une solution physiologique en quantité abondante et à vous faire boire beaucoup d'eau.

Les séances de radiothérapie externe et de chimiothérapie sont réalisées en ambulatoire, c'est-à-dire que vous ne restez à l'hôpital que le temps des séances et rentrez chez vous le jour même.

SCHÉMA DE PROTOCOLE DE RADIOCHIMIOTHÉRAPIE CONCOMITANTE LE PLUS FRÉQUEMMENT UTILISÉ



La curiethérapie est réalisée après la fin des séances de radiothérapie externe. Dans le cas d'une curiethérapie à débit pulsé, une hospitalisation de quelques jours est nécessaire. De façon idéale, la durée totale du traitement incluant la radiothérapie externe et la curiethérapie doit être inférieure à 56 jours, car tout retard peut avoir une incidence sur l'efficacité du traitement.

Avant le traitement par radiochimiothérapie concomitante, il est nécessaire de déterminer si les ganglions, en particulier ceux de la région lombo-aortique, sont envahis par des cellules cancéreuses. Cette étude des ganglions se fait à partir des examens d'imagerie et/ou à partir d'une chirurgie préalable qui consiste à retirer tous les ganglions pelviens et/ou tous les ganglions lombo-aortiques. L'objectif est de déterminer précisément la région à irradier lors de la radiothérapie externe : le pelvis seul ou le pelvis ainsi que la région lombo-aortique.

7

LE SUIVI APRÈS TRAITEMENT

SURVEILLANCE

EXAMEN

PRÉVENTION

RÉCIDIVE

QUALITÉ DE VIE

92. LES OBJECTIFS DU SUIVI APRÈS TRAITEMENT

92. LES EXAMENS

Après les traitements initiaux, un suivi régulier est mis en place. L'équipe spécialisée ayant effectué le traitement joue un rôle essentiel dans le suivi, en lien avec votre gynécologue et votre médecin traitant.

BON À SAVOIR

Votre suivi est systématiquement mis en place. Il peut être alterné entre le médecin généraliste, le gynécologue et l'équipe spécialisée ayant réalisé le traitement.

LES OBJECTIFS DU SUIVI APRÈS TRAITEMENT

Le suivi mis en place a pour objectifs de :

- détecter tout signe de réapparition éventuelle de cellules cancéreuses au même endroit ou dans une autre région du corps (récidive, aussi appelée rechute);
- identifier tout effet indésirable tardif des traitements;
- organiser les soins de support nécessaires pour rétablir et/ou préserver au mieux votre qualité de vie;
- surveiller le possible développement d'une tumeur différente de celle qui a été traitée.

LES EXAMENS

Le suivi comprend des consultations au cours desquelles votre médecin réalise un examen clinique et gynécologique et vous interroge sur d'éventuels symptômes que vous pouvez ressentir. Les deux premières années, ces rendez-vous médicaux sont fréquents à raison d'une consultation tous les 3 à 4 mois. Pendant les trois années qui suivent, ce rendez-vous peut avoir lieu une ou deux fois par an selon les cas.

Pour les patientes qui ont été traitées par une conisation ou une trachélectomie simple ou élargie, l'examen clinique est complété par un test HPV-HR*, associé parfois à un frottis cervico-utérin* (aussi appelé communément frottis) et à une colposcopie*. Ces examens spécifiques doivent être réalisés à 6 mois puis à 12 mois et enfin à 24 mois. En cas de test HPV négatif, ces examens sont ensuite réalisés tous les 3 ans.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À L'ÉQUIPE MÉDICALE

- ☐ Comment le suivi se déroule-t-il en pratique ?
- ☐ Quels sont les professionnels chargés de mon suivi ?
- ☐ Quels seront les examens nécessaires ?
- ☐ À quel intervalle les consultations et les examens auront-ils lieu ?
- ☐ Qui contacter en cas d'apparition de symptômes entre deux consultations ?

Le médecin vous indique également les symptômes qui doivent vous conduire à consulter en dehors des rendez-vous programmés tels que : fatigue, douleurs abdominales ou pelviennes, perte de poids et/ou d'appétit inexpliquée, gonflement du ventre. Si vous ressentez des symptômes nouveaux ou inexpliqués, consultez votre médecin traitant qui évaluera la nécessité de vous orienter vers votre équipe hospitalière.

Enfin, en cas de symptômes, le médecin peut vous prescrire des examens biologiques et d'imagerie.

8

LES SOINS PALLIATIFS

ÉQUIPES MOBILES UNITÉ DE SOINS PALLIATIFS

ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE

96. LES SOINS PALLIATIFS, QU'EST-CE QUE C'EST ?

97. EN PRATIQUE, COMMENT S'ORGANISENT CES SOINS ?

97. QUI PARTICIPE AUX SOINS PALLIATIFS ?

Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou en phase terminale. Ils ont pour objectifs d'assurer à chaque personne les soins et l'attention nécessaires à son confort physique, son bien-être moral et psychologique, sa vie sociale et spirituelle

LES SOINS PALLIATIFS, QU'EST-CE QUE C'EST ?

Les soins palliatifs font partie des soins de support (voir page 21). Ils peuvent être mis en place à différentes périodes de la maladie. Une hospitalisation en unité de soins palliatifs peut ainsi permettre de soulager temporairement les patients avant un retour dans une unité de soins traditionnelle. Il s'agit des patients présentant des symptômes difficilement gérables en hospitalisation traditionnelle ou nécessitant un temps d'accompagnement important. Le personnel soignant et les bénévoles présents dans certaines structures de soins palliatifs accompagnent et soutiennent également les proches.

Au niveau physique, des soins et/ou des traitements permettent d'atténuer les douleurs et de soulager les autres symptômes liés à la maladie. Mais ils ne suppriment pas la cause de la maladie. La chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie conventionnelle, connues pour être des traitements curatifs (pour guérir), peuvent aussi être des traitements palliatifs.

Une hospitalisation en unité de soins palliatifs peut aussi permettre de soulager temporairement les patients avant un retour dans une unité de soins traditionnelle, voire un retour au domicile. Il s'agit des patients présentant des symptômes difficilement gérables en hospitalisation traditionnelle ou nécessitant un temps d'accompagnement important. Le personnel soignant et les bénévoles présents dans certaines



LES SOINS PALLIATIFS

Ils doivent être discutés dès que nécessaire, notamment en cours de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Sachez que vous avez la possibilité de choisir une personne de confiance et de rédiger des directives anticipées.

structures de soins palliatifs accompagnent et soutiennent également les proches.

EN PRATIQUE, COMMENT S'ORGANISENT CES SOINS ?

La demande de soins palliatifs peut être effectuée par l'équipe médicale. Elle est aussi parfois faite directement par le patient ou par l'un de ses proches. Dans ce cas, l'équipe de soins palliatifs n'interviendra qu'après en avoir informé l'équipe médicale qui suit le patient et qui, la plupart du temps, a donné un accord au préalable.

L'orientation vers les différents dispositifs de soins palliatifs se fait en concertation entre les professionnels de santé, le patient et ses proches. Elle dépend de leurs souhaits et des possibilités d'accueil offertes par le lieu de soins ou le domicile.

QUI PARTICIPE AUX SOINS PALLIATIFS ?

Les équipes mobiles et les unités de soins palliatifs sont composées :

- de médecins, spécialistes de la gestion de la douleur et des symptômes ;
- d'infirmiers ;
- d'aides-soignants ;
- d'auxiliaires de vie ;
- de kinésithérapeutes ;
- d'orthophonistes ;
- de psychomotriciens ;
- de psychologues, à votre écoute et disponibles pour vos proches.

POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez la fiche *Les soins palliatifs en fin de vie*



- de bénévoles formés à l'écoute et à l'accompagnement sont également présents dans certaines structures de soins palliatifs et peuvent se déplacer à domicile.

Ces différents intervenants travaillent en concertation avec un rôle d'égale importance. Ils discutent entre eux et apportent leurs compétences pour permettre un accompagnement adapté au patient et à ses besoins. Ils interviennent en lien avec le médecin traitant.

9

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. Ces professionnels de santé participent à votre parcours de soins, depuis le diagnostic de la maladie jusqu'au suivi après les traitements.

Votre accompagnement est global et s'effectue de manière coordonnée entre votre médecin traitant, les professionnels de santé de proximité et l'équipe médicale hospitalière. Voici, en quelques mots et par ordre alphabétique, en quoi consistent les activités des professionnels qui vous entourent.

- Le **L'oncologue** ou **cancérologue** est un médecin spécialiste du cancer et de ses traitements. Ce peut être un spécialiste de la chimiothérapie (oncologue médical), un spécialiste de la radiothérapie (oncologue radiothérapeute), un spécialiste d'organe (pneumologue, hépatogastroentérologue, neurologue, etc.) ou un chirurgien spécialisé en cancérologie.
- Le **radiothérapeute** ou **oncologue radiothérapeute** est un médecin oncologue spécialiste des traitements des cancers par des rayonnements ionisants (rayons) qui détruisent localement des cellules cancéreuses (radiothérapie). En collaboration avec une équipe spécialisée qui comprend notamment un physicien médical et un dosimétriste, le radiothérapeute calcule et prescrit la dose de rayons nécessaire au traitement de la tumeur (radiothérapie externe). Il identifie les zones à traiter et celles à protéger. Il planifie les séances de radiothérapie. Celles-ci sont effectuées par un manipulateur d'électroradiologie médicale. Des consultations régulières permettent au radiothérapeute de vérifier le bon déroulement du traitement et de prescrire des médicaments pour traiter d'éventuels effets indésirables. Le curiethérapeute est un radiothérapeute spécialisé en curiethérapie.
- Le **gynécologue** est un médecin spécialiste de l'appareil génital de la femme. Il assure le diagnostic et le traitement des maladies de l'utérus, du vagin, des ovaires et des seins. Le **gynécologue-obstétricien** est un chirurgien qui traite les maladies gynécologiques et mammaires, notamment les cancers, et assure 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 (prélèvement cervico-vaginal ou test HPV), le suivi de contraception ou de la grossesse ou une interruption volontaire de grossesse par des médicaments.
- Le **médecin généraliste** suit vos différents problèmes de santé dans une approche globale, médicale et médicosociale. Il coordonne les acteurs de proximité (infirmier, kinésithérapeute...). Concernant les cancers, il a un rôle très important pour la prévention, le dépistage et le diagnostic, pendant les traitements et lors de la surveillance après les traitements. Il assure donc votre suivi en lien avec l'établissement de santé par des contacts téléphoniques, des comptes rendus et des courriers médicaux. Il est en général choisi comme médecin traitant. Si besoin, il accompagne également votre entourage.
- 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.
- Le **médecin nucléaire** est un médecin spécialiste de médecine nucléaire qui utilise des éléments radioactifs pour réaliser un diagnostic ou un traitement. En cancérologie, les exa-

mens prescrits et réalisés par le médecin nucléaire sont, par exemple, une TEP ou une **scintigraphie osseuse***.

- Le **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 traite la douleur éventuelle. L'anesthésiste-réanimateur peut également effectuer la pose de la chambre implantable.
- 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, un **scanner***, une IRM ou une échographie. Grâce aux techniques d'imagerie médicale, il peut être amené à réaliser des actes médicaux peu invasifs à visée diagnostique (comme la biopsie) ou thérapeutique. On parle alors de radiologie interventionnelle. Il est assisté par un **manipulateur de radiologie**.
- 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 (RCP).
- Le **biologiste** est un médecin ou un pharmacien, responsable des examens de biologie médicale ou des analyses médicales (analyses de sang, par exemple) dans un laboratoire en ville ou à l'hôpital. Le biologiste contribue à la prévention, au diagnostic, au traitement et au suivi du patient.
- Le médecin **nutritionniste** est un spécialiste des troubles et des maladies de la nutrition. Certains sont spécialisés en nutrition clinique et pourront intervenir en cas de dénutrition. Notamment si vous n'êtes plus capable de vous ali-

menter à hauteur de vos besoins, le médecin nutritionniste pourra vous proposer un support nutritionnel appelé aussi « nutrition artificielle ».

- Le **psychiatre** est un médecin spécialiste des maladies mentales et des troubles psychologiques (dépression ou anxiété en réaction à la maladie, difficultés relationnelles ou de comportement, troubles cognitifs...). Comme tout médecin, il peut prescrire des médicaments.
- Le **médecin du travail** veille à la prévention de la santé et à la sécurité au travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène, les risques de contagion et la santé physique et mentale des travailleurs : stress, fatigue, maladie professionnelle... Il statue sur l'aptitude à reprendre le travail et peut proposer un aménagement de poste et du temps de travail. Le médecin du travail est salarié de l'entreprise ou appartient à un service interentreprises de santé au travail.
- Le **gériatre** est un médecin spécialiste des patients âgés. Les affections concernées sont aussi bien physiques, que mentales, fonctionnelles et sociales. Le gériatre propose une approche globale qui va de la prévention jusqu'à la fin de vie, en passant par les soins aigus, les soins chroniques et la réhabilitation. Il évalue la fragilité des patients, identifie les pistes d'amélioration avant traitement et corrige les polymédications (les prescriptions trop nombreuses de médicaments). Il contribue au choix des traitements et au suivi de leur tolérance. Le gériatre intervient dans les établissements hospitaliers, dans les établissements médicosociaux, dans les réseaux de santé ou dans le secteur ambulatoire.
- L'**interne** en médecine est un médecin en fin de formation de spécialité universitaire. Il examine les patients puis peut prescrire des examens et des traitements sous la supervision d'un médecin titulaire.

- Le **pharmacien** exerce en ville (**pharmacien officinal**) ou dans un établissement de santé (**pharmacien hospitalier**). Il travaille en collaboration étroite avec les autres professionnels de santé. Il est notamment chargé d'analyser la prescription des médicaments et d'autres produits de santé, de les préparer et de les délivrer. Selon les besoins du patient, le pharmacien donne toute information utile à leur bon usage et leur mode d'action, leur mode d'administration, les précautions d'emploi, les éventuels effets indésirables, les conseils hygiénodététiques associés... Le pharmacien peut également vous accompagner dans le suivi de votre traitement (pharmacie clinique), participer aux séances d'éducation thérapeutique et faciliter les liens ville hôpital en réalisant la « conciliation thérapeutique » à l'entrée et à la sortie de l'hôpital. La conciliation médicamenteuse permet, lors d'une nouvelle prescription, de prendre en compte tous les médicaments pris et à prendre par le patient.

Il est en mesure de créer, avec votre accord, votre Dossier pharmaceutique (DP), qui recense les médicaments qui vous ont été délivrés au cours des quatre derniers mois. Cela facilite l'identification d'interactions entre les médicaments et permet une meilleure continuité des traitements, notamment lors des hospitalisations.

À l'hôpital, le pharmacien est également responsable de la préparation des médicaments anticancéreux injectables qui seront administrés. Il peut aussi, lorsque vous n'êtes pas hospitalisée, vous dispenser certains médicaments dits « de rétrocession » qui ne sont pas disponibles en officine de ville.

- Le **physicien médical** ou **radiophysicien** est une personne compétente en physique médicale, spécialiste des appareils de radiothérapie, de radiologie et de médecine nucléaire (voir médecin nucléaire). Pour une radiothérapie, il choisit en concertation avec l'oncologue 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.

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

- Le **manipulateur d'électroradiologie médicale** est un technicien responsable du maniement des appareils d'imagerie (scanner, IRM...) et/ou de radiothérapie. Il est chargé de veiller au bon déroulement des examens d'imagerie et des séances de radiothérapie. Il s'occupe de vous en salle d'examen et de traitement, vous aide à vous installer, vous explique le déroulement de la séance et vérifie votre bon positionnement. Il s'assure également que vous ne présentez pas de réactions anormales.

- L'**infirmier diplômé d'État** est chargé de réaliser des soins et d'administrer les traitements prescrits par le médecin. Il assure le confort et l'hygiène de la personne soignée et a un rôle d'information, de prévention, d'éducation à la santé et de surveillance auprès des patients. Il exerce son activité au sein d'un établissement de soins ou en libéral. Dans certains centres, un infirmier coordinateur assure la coordination du parcours de soins des malades pendant la phase active du traitement.

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

- Le **cadre de santé** est un infirmier responsable de la coordination de l'équipe paramédicale (infirmiers, aides-soignants) du service d'un établissement de santé. Le cadre de santé est parfois appelé cadre infirmier ou cadre de soins.

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

- Le **spécialiste de la douleur** (ou **algologue**) est un professionnel formé spécifiquement sur les traitements de la douleur. La maladie ou ses traitements provoquent souvent des douleurs modérées ou intenses. Le spécialiste de la douleur les traite par diverses méthodes. Ces spécialistes travaillent habituellement en équipe pluridisciplinaire au sein de structures spécialisées.
- Le **kinésithérapeute** ou **masseur-kinésithérapeute** aide à rééduquer les différentes parties du corps grâce à des mouvements adaptés et à des massages. Sur prescription médicale, le masseur-kinésithérapeute 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 **diététicien** dépiste la dénutrition en partenariat avec l'équipe soignante (dont les médecins spécialisés en nutrition clinique), guide les choix alimentaires en fonction des effets indésirables liés aux traitements et, sur prescription médicale, adapte la gestion des problèmes nutritionnels provoqués par le cancer et ses traitements.
- Le **psychologue** est un professionnel spécialiste de l'écoute et formé à aider des personnes en situation de souffrance psychique. Il peut assurer un soutien et un suivi psychologique par des entretiens individuels ou en groupe.
- 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 psychiatre), un psychologue... N'hésitez pas à en parler avec votre médecin traitant qui pourra vous orienter vers un professionnel formé.
- Le **pédicure-podologue** est le spécialiste du pied : il en évalue l'état clinique, met en œuvre les traitements des affections de la peau et des ongles et y pratique des soins d'hygiène. Il peut réaliser différentes orthèses en cas de nécessité.

Avec ces soins, il peut prévenir les complications liées à certains traitements médicamenteux tels que le syndrome mains-pieds ou la fragilisation des ongles.

- La **socio-esthéticienne** apporte une aide à la qualité de vie des personnes malades par des conseils en image corporelle et des soins esthétiques : coiffure, maquillage, manucure, soins de confort...

10

DÉMARCHES SOCIALES ET ADMINISTRATIVES

ALD

REMBOURSEMENTS

TRAVAIL

- 110. LES DÉMARCHES À EFFECTUER
- 111. L'ALD ET LA PRISE EN CHARGE DE VOS SOINS
- 112. LA VIE PROFESSIONNELLE PENDANT LES TRAITEMENTS
- 113. SE FAIRE ACCOMPAGNER PAR UN ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL

Avec la maladie, des changements peuvent survenir dans votre vie personnelle, familiale et professionnelle. Vous devez effectuer différentes démarches administratives et sociales afin de concilier au mieux votre parcours de soins et votre vie quotidienne.

LES DÉMARCHES À EFFECTUER

Selon votre cas personnel, les démarches à effectuer à l'annonce du diagnostic sont :

- rencontrer votre médecin traitant afin qu'il remplisse la demande de prise en charge à 100 % dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD);
- contacter la Caisse d'allocations familiales (CAF) pour étudier vos droits à diverses aides;
- prendre rendez-vous avec votre banquier pour faire un bilan financier;
- monter un dossier «sinistre assurance emprunteur» dans le cadre d'une prise en charge de la mensualité du prêt si cette option d'assurance a été prise au moment du prêt;
- se renseigner auprès de votre mutuelle pour connaître les éventuels dispositifs d'aide de celle-ci;
- rencontrer votre employeur pour connaître les aides mises en place dans l'entreprise, y compris éventuellement au niveau du Comité social et économique, tout en préservant le secret médical;
- pour les professions non salariées, se renseigner auprès de la Sécurité sociale pour les indépendants;
- pour les étudiantes, des aménagements de cours sont possibles. Faire la demande auprès de l'établissement.

Si vous en ressentez le besoin, vous pouvez réaliser ces démarches en étant accompagnée d'un proche. Il peut aussi les faire pour vous sous procuration. Vous pouvez également avoir

recours à un assistant de service social pour vous accompagner dans vos différentes démarches.

N'oubliez pas tous les documents nécessaires à la constitution des dossiers : certificat médical, arrêt de travail, indemnités de Sécurité sociale, attestation d'ALD, carte Vitale et carte de mutuelle... Vous pouvez également en faire des photocopies.

L'ALD ET LA PRISE EN CHARGE DE VOS SOINS

Qu'est-ce que l'ALD ?

Selon la définition de l'Assurance maladie, une affection de longue durée (ALD) est une maladie qui nécessite un suivi et des soins prolongés (plus de 6 mois) 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 remboursables par l'Assurance maladie en rapport avec votre maladie et uniquement celle-ci. 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 assurance santé complémentaire si vous en avez une.

C'est votre médecin traitant qui établit le formulaire pour demander votre mise en ALD. 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 proposition de soins, sur leur durée et sur vos remboursements. Dans le cadre de soins urgents, comme le cancer, le médecin de l'équipe spécialisé peut

faire la première demande d'ALD, qui est alors valable pour 6 mois puis est renouvelée par votre médecin traitant.

Les frais de transport

Concernant les frais de transport, votre caisse d'Assurance maladie peut rembourser les transports prescrits par votre médecin, lorsqu'ils sont en rapport avec des soins ou traitements liés à votre affection de longue durée (ALD). Mais cette prise en charge à 100 % est réservée aux seuls assurés dont l'incapacité ou la déficience (définies par un référentiel de prescription) les empêchent de se déplacer par leurs propres moyens, en dehors des situations pouvant ouvrir droit à la prise en charge du transport (hospitalisation, transport en série, convocation médicale...). Dans tous les cas, une prescription médicale de transport doit être établie au préalable (sauf situation d'urgence). Pour certains transports, une demande d'entente préalable doit être adressée à la caisse d'Assurance maladie.

LA VIE PROFESSIONNELLE PENDANT LES TRAITEMENTS

Si vous êtes en activité professionnelle, votre capacité à travailler peut être perturbée par la maladie, soit parce que vous êtes trop fatiguée, soit en raison des effets indésirables causés par le cancer ou les traitements.

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

Pensez à prévenir votre ou vos employeurs dans un délai maximum de 48 heures par l'envoi de votre certificat d'arrêt de travail ou du bulletin d'hospitalisation. En raison du secret médical, vous n'avez pas à préciser les raisons de votre arrêt de travail.

En cas d'arrêt maladie de plus de 3 mois et 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 8 jours suivant votre reprise (obligatoire).

SE FAIRE ACCOMPAGNER PAR UN ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL

L'assistant de service social est là pour vous accompagner, vous et vos proches, tout au long et après la maladie, et contribuer à améliorer vos conditions de vie sur les plans social, sanitaire, familial, économique et professionnel. Il répond à vos interrogations et aux problèmes liés au cancer dans différents domaines :

- les problèmes administratifs ;
- votre situation professionnelle ;
- les aspects financiers ;
- la reconnaissance du cancer comme maladie professionnelle le cas échéant ;
- l'organisation familiale ;
- le maintien ou la préparation du retour au domicile par la recherche et la mise en place d'aides humaines ou techniques ;
- la protection des personnes (tutelle, curatelle...) ;
- l'accès aux soins ;

POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez la fiche de l'Assurance maladie en ligne ameli.fr/assures, rubrique « Soins et remboursements », puis « Combien serez-vous remboursé » et enfin « Frais de transport ».

POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez le guide *Démarches sociales et cancer*.



- l'orientation en services de soins de suite et de réadaptation après une hospitalisation.

Vous pouvez contacter un assistant de service social auprès :

- de l'établissement de santé dans lequel vous êtes soignée ;
- du régime d'Assurance maladie dont vous dépendez ;
- de votre Caisse d'allocations familiales ;
- de votre caisse de retraite ;
- de votre Centre communal d'action sociale (CCAS qui dépend de votre mairie) ;
- de votre conseil départemental ;
- de votre Centre régional des œuvres universitaires et scolaires (CROUS) si vous êtes étudiante ;
- des services sociaux d'entreprise s'ils existent ;
- du comité départemental de la Ligue contre le cancer.

11

QUESTIONS DE VIE QUOTIDIENNE

SOUTIEN

ADDICTION

SEXUALITÉ

PROCHES

116. BÉNÉFICIER D'UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

117. BÉNÉFICIER D'UNE AIDE POUR L'ARRÊT D'UNE ADDICTION

119. LES AIDES À DOMICILE

120. LA VIE INTIME ET LA SEXUALITÉ

121. LES PROCHES

La maladie et ses traitements peuvent avoir des répercussions sur votre vie personnelle, voire même nécessiter des changements dans vos habitudes quotidiennes. N'hésitez pas à vous faire accompagner.

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. Une consultation avec le psychologue de l'établissement dans lequel vous êtes suivie est également possible, y compris pour vos proches.

Consulter un professionnel

La consultation d'un psychiatre de secteur 1 est remboursée intégralement 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 peuvent être proposées par des associations de patients ou des réseaux de santé.

BON À SAVOIR

Un médecin de secteur 1 applique le tarif fixé par convention avec l'Assurance maladie. Un médecin de secteur 2 pratique des honoraires libres : vous serez remboursée sur la base du tarif fixé par convention avec l'Assurance maladie.

Participer à un groupe de parole

Des groupes de parole peuvent être organisés à l'initiative de l'établissement hospitalier ou d'associations. Animés par des professionnels, ils permettent d'échanger, de rencontrer des personnes confrontées aux mêmes problèmes ou aux mêmes inquiétudes. Ces groupes peuvent vous aider à vous exprimer, notamment sur des sujets que vous n'évoquez pas forcément avec votre entourage.

Rencontrer une association de patients

Il existe de nombreuses associations de patients ou de proches de personnes malades. Leurs modes d'intervention sont variés, mais leur rôle est important. Elles peuvent vous apporter, ainsi qu'à vos proches, des informations 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 contre le cancer vous propose un service d'écoute anonyme et confidentiel, accessible en contactant la ligne Cancer info au 0805 123 124 (service et appel gratuits) 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.

BÉNÉFICIER D'UNE AIDE POUR L'ARRÊT D'UNE ADDICTION

Arrêter la consommation d'alcool et de tabac ou de toute autre substance nocive pour la santé fait partie du traitement de votre cancer. Cela permet de réduire les risques de complications pendant et après les traitements, de diminuer le risque de développer un second cancer et d'augmenter les chances de survie. Si vous souffrez d'une dépendance à l'alcool et/ou au tabac, il est possible de vous faire aider. Plusieurs solutions existent.

Votre médecin traitant évalue votre consommation et la meilleure conduite à adopter. Il vous permet ainsi de faire un

BON À SAVOIR

Pour connaître les coordonnées des associations près de chez vous, rendez-vous sur e-cancer.fr/patients-et-proches

premier point sur la nécessité d'être accompagnée vers un sevrage. Il peut vous orienter au besoin vers une structure spécialisée si une dépendance est présente.

Les structures spécialisées en **addictologie*** regroupent des spécialistes de l'accompagnement pour l'arrêt d'une addiction (médecins, psychologues, travailleurs sociaux). Vous pouvez consulter ces professionnels dans des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou dans des consultations hospitalières d'addictologie. Selon votre état de santé, une hospitalisation dans un service spécialisé, l'unité hospitalière d'addictologie, peut être organisée.

Les groupes de parole permettent de rencontrer des personnes qui ont réussi à se libérer de leur dépendance. Ils peuvent être une aide et un soutien important tout au long de votre démarche. Vous pouvez vous renseigner auprès de votre médecin ou des associations spécialisées pour connaître les groupes près de chez vous et trouver celui qui correspond le mieux à vos besoins.

Une aide à distance est également disponible :

- **La ligne téléphonique Alcoolinfo service (N° 0980 980 930)**, prix d'un appel local, de 8 heures à 2 heures, 7 jours sur 7) vous apporte du soutien et vous oriente vers les différents groupes, associations et professionnels qui peuvent vous accompagner.
- **Le site internet Alcool info service** et sa rubrique « Comment me faire aider ? » vous oriente vers les personnes ou les structures qui peuvent vous accompagner : **alcool-info-service.fr**
- **La ligne téléphonique Tabac info service (N° 39 89)**, appel non surtaxé, du lundi au samedi, de 8 heures à 20 heures) vous permet de poser des questions à un tabacologue, de bénéficier d'un soutien personnalisé et d'être orientée vers les différents groupes, associations et professionnels qui peuvent vous accompagner.

- **Le site internet Tabac info service (tabac-info-service.fr)** met à votre disposition une aide qui vous permettra d'être accompagnée pendant votre démarche d'arrêt. Elle vise à bien vous préparer, à éviter les rechutes et à entretenir votre motivation.
- **L'application mobile Tabac Info Service** vous accompagne dans votre arrêt du tabac. Sur cette application, vous pouvez bénéficier de conseils personnalisés de tabacologues et suivre les bénéfices de votre arrêt au quotidien.

En cas de dépendance au tabac, vous pouvez également recourir à des traitements nicotiniques de substitution. Ces médicaments ont pour objectif de soulager les symptômes du sevrage à la nicotine, substance addictive contenue dans le tabac. Ils sont disponibles sous différentes formes, notamment patchs, gommes à mâcher, pastilles ou encore inhalateurs. Depuis 2018, plusieurs substituts nicotiniques sont remboursés par l'Assurance maladie, comme n'importe quel médicament, à hauteur de 65 % à condition d'être prescrits par un professionnel de santé (médecin, infirmier, masseur-kinésithérapeute, sage-femme, médecin du travail et chirurgien-dentiste). Cette prise en charge est de 100 % dans le cadre d'une ALD pour un cancer.

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 s'avère alors utile. Derrière ce terme, outre l'aide à domicile, on trouve différents professionnels tels que l'auxiliaire de vie sociale ou le technicien 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 traitements médicamenteux de sevrage tabagique sont plus efficaces quand ils sont associés à un accompagnement par un professionnel de santé.

- les démarches administratives ;
- l'organisation de la vie familiale comme aller chercher les enfants à l'école.

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

Pour en savoir plus sur vos droits, sur les aides et sur les démarches, vous pouvez notamment faire appel à l'assistant de service social de l'établissement dans lequel vous êtes suivie, au centre communal d'actions sociales de votre mairie (CCAS) ou encore prendre contact avec votre caisse d'Assurance maladie.

Certaines mutuelles proposent des solutions d'aides à domicile qui peuvent varier selon le contrat : aide au ménage, aux courses, à la préparation de repas, téléassistance... Vous pouvez vous rapprocher de votre mutuelle pour connaître les dispositifs existants et leurs modalités.

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, l'intimité, la tendresse, la parole... Avec le temps, le désir revient souvent petit à petit.

Des difficultés physiques et psychologiques peuvent apparaître à la suite des traitements du cancer du col de l'utérus. Elles sont variables d'une patiente à l'autre et dépendent des traitements reçus. Un peu de temps est 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 indésirables des traitements. Des entretiens avec un psychologue ou un psychiatre peuvent aider à vivre mieux certaines situations difficiles. Vous pouvez également consulter un sexologue.

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.

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

Des psychologues, au besoin des psychiatres, sont généralement présents dans les établissements de santé et peuvent accueillir en consultation autant les personnes malades que leurs proches. 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 contre le cancer.



Consultez le guide *Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer*.



12

RESSOURCES UTILES

124. LA PLATEFORME CANCER INFO

126. LES ASSOCIATIONS ET AUTRES RESSOURCES

127. LES LIEUX D'INFORMATION ET D'ORIENTATION

Voici une liste de contacts et de ressources qui peuvent vous être utiles tout au long de votre parcours de soins et après la maladie.

LA PLATEFORME CANCER INFO

- **Cancer info, le service téléphonique :**

0805 123 124 (service et appel gratuits)

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 (du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures).

- **Cancer info, la rubrique internet :**

e-cancer.fr/patients-et-proches

La rubrique Cancer info du site de l'Institut national du cancer donne accès aux informations présentées dans ce guide et détaillées sur les cancers invasifs du col de l'utérus, 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...

Cancer info, les guides

- **J'ai un cancer : comprendre et être aidé (2020)**

Ce guide offre aux patients des informations générales sur la maladie, le déroulement du parcours de soins, les traitements existants et la gestion de certaines conséquences de la maladie. Il délivre également des informations sur les démarches à suivre (administratives, professionnelles...) et des conseils pour mieux vivre les traitements.

- **Démarches sociales et cancer (2018)**

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.

- **Participer à un essai clinique en cancérologie (2015)**

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?...

- **Qu'est-ce qu'une thérapie ciblée ? (2015)**

Ce document de deux pages permet de comprendre ce qu'est la médecine de précision, une thérapie ciblée par rapport à la chimiothérapie classique, pourquoi et comment sont réalisées des analyses moléculaires de la tumeur.

- **Comprendre la chimiothérapie (2011)**

Ce guide a pour but d'aider les personnes traitées par chimiothérapie à mieux comprendre le principe de ce traitement, à faciliter la gestion de ses effets indésirables 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.

- **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 traitement.

- **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 traitement.



Téléchargez ou commandez gratuitement les guides sur le site **e-cancer.fr/patients-et-proches** ou renvoyez le bon de commande joint à ce guide.

- **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 son traitement.

- **Cancer info, les fiches patients**

Ces fiches proposent des informations pratiques sur les examens, les consultations, les soins spécialisés, les équipements... Vous pouvez les commander sur e-cancer.fr.

LES ASSOCIATIONS ET AUTRES RESSOURCES

- **Ligue contre le cancer**

La Ligue contre le cancer apporte aux malades et à leurs proches un soutien moral, psychologique, matériel et financier. Elle édite également des brochures d'information sur des thèmes variés, dont la sexualité et le cancer. Elle est présente partout en France à travers ses 103 comités départementaux. Pour connaître et accéder à ses services : appelez le **0800940939** (appel et service gratuits) ou connectez-vous sur ligue-cancer.net.

- **Association Imagyn**

Imagyn (Initiatives des Malades Atteintes de cancers GYNécolologiques) est une association créée en 2014 par des femmes atteintes de cancers gynécologiques, dont celui du col de l'utérus, agréée par le ministère des Solidarités et de la Santé. Les missions de l'association sont :

- informer le grand public de l'existence des cancers gynécologiques (cancers utérins, de la vulve, des ovaires, de l'endomètre);
- sensibiliser les patientes et leurs proches pour qu'elles s'adressent à des spécialistes de ces pathologies spécifiques (dans des centres de soin spécialisés);
- partager les expériences de la maladie et de ses traitements;
- soutenir les patientes et accompagner leurs proches dans leur maladie;
- participer à la recherche et suivre son évolution;
- défendre les droits des patients.

Contact : imagyn.org

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 ALLER PLUS LOIN

Pour connaître les coordonnées de ces lieux d'information, connectez-vous sur e-cancer.fr/patients-et-proches, rubrique ressources utiles, ou appelez Cancer info au **0805 123 124** (appel et service gratuits).

GLOSSAIRE

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

A

ADÉNOCARCINOME

type de cancer qui se développe à partir des cellules d'une glande (sein, thyroïde, prostate...), de son revêtement (ovaire) ou d'une muqueuse (estomac, côlon...).

ADDICTOLOGIE

spécialité qui s'intéresse à la prise en charge des addictions, c'est-à-dire des dépendances physiologiques et psychologiques à une substance, comme l'alcool, le tabac ou les stupéfiants, ou à un comportement comme le jeu ou la boulimie.

ADN

abréviation d'acide désoxyribonucléique. Longue double chaîne de molécules en spirale qui compose les chromosomes. Des segments d'ADN forment les gènes. L'ADN se trouve à l'identique dans le noyau de chaque cellule du corps.

AFFECTION DE LONGUE DURÉE (ALD)

maladie qui nécessite un traitement prolongé et coûteux, inscrite sur une liste établie par décret. Les traitements liés à une affection de longue durée sont pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie. Le cancer est considéré comme une affection de longue durée.

AIRE GANGLIONNAIRE

zone du corps où sont rassemblés des ganglions lymphatiques. Il existe plusieurs aires ganglionnaires réparties dans le corps et qui sont classées en fonction de leur localisation. Lors de l'examen clinique, le médecin les palpe afin d'évaluer l'étendue du cancer. En effet, les cellules cancéreuses peuvent envahir les ganglions les plus proches de la tumeur et en augmenter leur volume. On parle alors d'adénopathie.

ALBUMINE

protéine fabriquée par le foie, mais également apportée par certains aliments, notamment le lait et l'œuf. L'albumine est la principale protéine de transport dans le sang. Elle transporte des substances de petites tailles qui,

seules, seraient éliminées par les reins, dont des hormones (en particulier les hormones liposolubles), la bilirubine, le calcium ou encore des acides gras. Elle sert également à assurer le passage de l'eau du sang vers les cellules. Dans le sang, le taux d'albumine est abaissé en cas notamment de dénutrition, d'affection hépatique ou de syndrome néphrotique, maladie rénale qui est responsable d'une fuite des protéines dans les urines.

ALTÉRATION MOLÉCULAIRE

anomalie survenant au niveau de l'ADN constituant les gènes de la cellule. La transformation d'une cellule normale en cellule cancéreuse peut résulter de la survenue de plusieurs anomalies moléculaires dans l'ADN. Il existe différents types d'altérations moléculaires, parmi lesquelles figurent les mutations et les translocations.

ANÉMIE

diminution du nombre de globules rouges dans le sang, qui se traduit notamment par une fatigue, une pâleur et un essoufflement, surtout à l'effort.

ANTIGÈNE

protéine d'identification située à la surface des cellules. Grâce à l'antigène, le système immunitaire repère les cellules étrangères ou anormales. Il produit alors un anticorps spécifique pour les détruire. Cet anticorps se lie spécifiquement à l'antigène, à la manière d'une clé adaptée à une serrure.

B

BIOPSIE

prélèvement d'un échantillon de tissu qui semble anormal. Le déroulement de la biopsie dépend de la zone ou de l'organe dans lequel le prélèvement est fait.

C

CARCINOME

type de cancer le plus courant. Un carcinome se développe sur les tissus qui tapissent les surfaces externes (peau, muqueuse des orifices) et internes (tube digestif, glandes) de l'organisme.

**CARCINOME ÉPIDERMOÏDE
OU MALPIGHIEN**

type de cancer se développant au niveau de l'épithélium malpighien, tissu que l'on retrouve sur la cavité d'un organe.

COLPO-HYSTÉRECTOMIE ÉLARGIE

intervention chirurgicale consistant à retirer l'utérus, la partie supérieure du vagin et les paramètres.

COLPOSCOPIE

examen qui consiste à observer le vagin et le col de l'utérus à l'aide d'un spéculum et d'une loupe binoculaire et de colorants ou réactifs.

CONISATION

prélèvement chirurgical d'un fragment du col de l'utérus en forme de cône. Le fragment de tissu est ensuite examiné par un médecin anatomopathologiste afin de déterminer s'il contient des cellules cancéreuses.

CHROMOSOME

élément du noyau de la cellule composé d'ADN dont des fragments forment les gènes*. Les chromosomes renferment l'information génétique qui définit chaque individu et dont une partie est transmise à sa

descendance. Chaque cellule humaine compte 23 paires de chromosomes.

CRÉATININE

molécule produite par les muscles et éliminée par les reins. La mesure de la créatinine dans le sang est utilisée pour évaluer le fonctionnement rénal (on dit aussi la fonction rénale).

CURAGE GANGLIONNAIRE

intervention chirurgicale qui consiste à enlever une partie des ganglions afin d'examiner s'ils sont atteints par des cellules cancéreuses.

CURE

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

CURIETHÉRAPIE

traitement local du cancer qui a pour but de détruire les cellules cancéreuses au moyen de rayons produits par une substance radioactive placée à l'intérieur d'un organe ou à son contact. Cet implant, sous forme de grains ou de fils, est temporaire ou permanent. Seuls certains organes peuvent être traités par curiethérapie : utérus, prostate, sein, gorge, bouche...

**ÉCHOGRAPHIE**

examen indolore qui permet de regarder l'intérieur du corps à travers la peau, grâce à une sonde qui produit des ultrasons. L'appareil reconstruit l'image des organes, des ganglions, des vaisseaux.

ENZYME

protéine présente dans les cellules et qui a pour fonction de faciliter les réactions chimiques qui s'y produisent. Par exemple, lors de la digestion, ce sont des enzymes qui accélèrent la décomposition et la transformation des aliments.

ÉPITHÉLIUM

couche de tissu qui recouvre les surfaces externes (peau, muqueuse des orifices) et internes (tube digestif, glandes) de l'organisme. Un cancer qui se développe sur un épithélium est un carcinome.

EXAMEN**ANATOMOPATHOLOGIQUE**

examen qui consiste à étudier 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, par un médecin appelé anatomopathologiste ou pathologiste. Cet examen permet d'établir le diagnostic, de préciser le type de cancer et ainsi, d'orienter le choix des traitements.

**FROTTIS CERVICO-UTÉRIN**

Prélèvement de cellules de l'exocol et de l'endocol qui permet deux types d'analyses : une analyse morphologique des cellules au microscope, et une analyse biologique à la recherche du papillomavirus (Test HPV).

**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. Les ganglions peuvent être atteints par des cellules cancéreuses. Lorsqu'ils augmentent de volume, on parle d'adénopathie. Mais cela n'est pas systématiquement synonyme de cancer.

GÈNE

segment d'un chromosome*, constitué d'ADN. L'être humain possède environ 20000 gènes qui contiennent l'information nécessaire au fonctionnement des cellules et déterminent un certain nombre de ses caractéristiques.

GLOBULE BLANC

cellule qui combat les infections. Les globules blancs sont présents dans le sang et dans la lymphe. On parle aussi de leucocyte. Différents types de globules blancs existent.

GLOBULE ROUGE

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



HÉMOGRAMME

examen biologique réalisé sur un prélèvement sanguin et qui permet de mesurer la qualité et la quantité des différentes cellules sanguines; on parle également de numération formule sanguine (NFS).

HPV

voir définition de papillomavirus humain

HYSTÉRECTOMIE

intervention chirurgicale qui consiste à retirer l'utérus en totalité, y compris le col utérin. Lorsque les paramètres sont également ôtés, on parle d'hystérectomie élargie.



IRM

imagerie par résonance magnétique. Technique d'examen qui consiste à créer des images précises d'une partie du corps,

grâce à des ondes (comme les ondes radio) et un champ magnétique. Les images sont reconstituées par un ordinateur et interprétées par un radiologue. Cette technique est utilisée pour le diagnostic de certaines tumeurs. Pendant l'examen, l'injection d'un produit de contraste peut être nécessaire pour améliorer la qualité de l'image. Cet examen est indolore.



LYMPHATIQUE

se dit du réseau de vaisseaux et de ganglions qui transporte la lymphe, le liquide qui transporte les globules blancs et évacue les déchets des cellules, et forme le système lymphatique.

LYMPHOCYTE

type de globule blanc. Les lymphocytes sont impliqués dans les réactions de défense de l'organisme et sont chargés de lutter contre les infections.



MÉTASTASE

tumeur formée à partir de cellules cancéreuses qui se sont détachées d'une première tumeur (tumeur primitive) et qui ont migré par les vaisseaux lymphatiques ou les vaisseaux sanguins dans une autre partie du corps où elles se sont installées. Les métastases se développent le plus souvent dans les poumons ou le foie. Ce n'est pas un autre cancer, mais le cancer initial qui s'est propagé.

MOELLE OSSEUSE

substance qui se trouve à l'intérieur des os. Une partie de la moelle osseuse, dite moelle rouge ou tissu hématopoïétique, produit les différentes cellules du sang (globules rouges, globules blancs et plaquettes). La moelle osseuse rouge se trouve essentiellement à l'intérieur des os plats et courts.

MUQUEUSE

membrane qui tapisse les cavités de l'organisme, notamment le tube digestif (de la bouche au rectum), les

bronches et les organes génitaux. De nombreuses muqueuses fabriquent du mucus, ce qui leur permet de rester humides.

P

PAPILLOMAVIRUS HUMAIN (HUMAN PAPILLOMA VIRUS-HPV)

virus de petite taille pouvant développer des lésions cutanées ou muqueuses après un contact contaminant (quasiment exclusivement sexuel). Parmi les 200 sous-types d'HPV, certains infectent plus spécifiquement la peau ou les muqueuses. Parmi les HPV infectant les muqueuses, certains sont dits à haut risque (HR), car capables d'induire une transformation des cellules normales en cellules cancéreuses, contrairement à ceux dits à bas risque (BR).

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).

PLAQUETTE

composant du sang qui contribue à la coagulation du sang et à la cicatrisation.

PROTÉINURIE

correspond à la présence anormale de protéines dans les urines. La recherche et le dosage de protéines dans les urines renseigne sur le bon fonctionnement des reins.

R

RADIOACTIF

qui émet un rayonnement invisible et indolore capable de produire directement ou indirectement des ions en traversant la matière. Ce rayonnement dit ionisant détruit les cellules de l'organisme en particulier les cellules cancéreuses. Il décompose les molécules d'eau et provoque des lésions de l'ADN.

RADIOCHIMIOTHÉRAPIE CONCOMITANTE

traitement qui associe une radiothérapie externe, une chimiothérapie. Cette association

a pour but de renforcer l'action respective de chacun des traitements. Est également appelée radiothérapie chimiosensibilisée. Elle est systématiquement complétée d'une curiethérapie.

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.

RADIOTHÉRAPIE EXTERNE

traitement local du cancer dont le but est de détruire les cellules cancéreuses à travers la peau au moyen de rayons produits par un appareil de radiothérapie, un accélérateur de particules. Les rayons sont dirigés en faisceau sur la tumeur et parfois, sur certains ganglions voisins de l'organe atteint. Il existe différents types de rayons adaptés à la zone à traiter.

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.

S

SCANNER

examen qui permet d'obtenir des images du corps en coupes à l'aide de rayons X. Les images sont reconstituées par ordinateur, ce qui permet une analyse précise de différentes régions du corps. On parle aussi de tomographie par ordinateur ou TDM. Le terme scanner désigne aussi l'appareil utilisé pour réaliser cet examen.

SCINTIGRAPHIE OSSEUSE

examen d'imagerie médicale qui permet de détecter, au niveau des os, d'éventuelles métastases par l'injection d'un produit faiblement radioactif. Ce produit se fixe sur les tissus osseux.

SIGMOÏDE

dernier segment du côlon, précédant le rectum. On parle de côlon sigmoïde.

T

TEP

abréviation de tomographie par émission de positons. Examen de médecine nucléaire qui permet d'obtenir des images précises du corps en coupes fines grâce à l'injection d'un produit faiblement radioactif. Ce traceur se fixe notamment sur les cellules cancéreuses et permet ainsi de les repérer. Les images obtenues sur ordinateur sont reconstituées en trois dimensions (3D).

TEST HPV-HR

est réalisé sur un prélèvement de cellules au niveau du col de l'utérus. Le test HPV-HR détecte la présence du virus HPV dans les cellules du col de l'utérus. Il recherche les virus HPV à haut risque qui peuvent entraîner des anomalies cellulaires et des cancers du col de l'utérus.

TISSU

ensemble de cellules qui assurent une même fonction, comme le tissu musculaire ou le tissu osseux par exemple.

TISSU CONJONCTIF

tissu qui assure les fonctions de soutien, de nutrition et de protection d'un organe.

TRACHÉLECTOMIE

intervention chirurgicale consistant à retirer le col de l'utérus dans le cas d'une trachélectomie simple ainsi que la partie supérieure du vagin, les paramètres et les ganglions lymphatiques dans le cas d'une trachélectomie élargie. L'objectif d'une trachélectomie est de préserver les possibilités de grossesses chez les jeunes femmes en conservant l'utérus.

U

URETÈRE

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

V

VAISSEAU LYMPHATIQUE

canal par lequel circule la lymphe, le liquide qui transporte les globules blancs et évacue les déchets des cellules. Les vaisseaux lymphatiques relient les ganglions lymphatiques* entre eux pour former le système lymphatique, impliqué dans la défense de l'organisme.

ANNEXES

142. ANNEXE 1. LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE

147. ANNEXE 2. LES EXAMENS DU BILAN PRÉTHÉRAPEUTIQUE

ANNEXE 1. LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE

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

LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE	
✓ EXAMENS	✗ OBJECTIFS
EXAMEN CLINIQUE : SYSTÉMATIQUE	
• L'examen clinique est réalisé lors d'une consultation qui comprend tout d'abord un entretien avec la patiente. • Il repose ensuite notamment sur un examen gynécologique et de l'abdomen ainsi qu'une palpation des aires ganglionnaires.	• Faire un bilan de votre état général. S'informer sur vos antécédents médicaux personnels et familiaux, vos traitements en cours et sur votre suivi gynécologique. • Recenser vos facteurs de risque (dont une éventuelle infection au papillomavirus humain, le tabac, la prise de contraceptifs oraux). • Déceler des symptômes et des signes visibles et « palpables » d'un cancer du col de l'utérus et de son extension éventuelle aux organes voisins (vagin, rectum) et aux ganglions.

LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE	
✓ EXAMENS	✗ OBJECTIFS
COLPOSCOPIE : SYSTÉMATIQUE	
• Examen qui consiste à observer le vagin et le col de l'utérus à l'aide d'un colposcope (instrument muni d'une loupe binoculaire et d'une lumière).	• Pratiqué le plus souvent à la suite d'un frottis anormal, cet examen permet de déceler des lésions précancéreuses ou un cancer débutant en repérant des zones d'aspect anormal. Il est complété par une biopsie.
BIOPSIE : SYSTÉMATIQUE	
• Prélèvement d'un échantillon de tissu qui semble anormal. • La biopsie est réalisée directement si la lésion est bien visible ou à l'aide d'un colposcope notamment si la lésion est de petite taille ou le résultat du frottis anormal. • Lorsque la biopsie sous colposcopie n'a pas été contributive, l'examen doit être renouvelé sur une pièce retirée par conisation. Cette opération chirurgicale simple consiste à découper en forme de cône la partie du col atteinte et à la retirer.	• Récupérer des échantillons de tissus qui semblent anormaux pour les analyser et déterminer s'ils sont de nature cancéreuse ou non (voir examen anatomopathologique). • Ces échantillons peuvent également être conservés après l'opération dans une bibliothèque de tumeurs (tumurothèque), en vue de recherches ultérieures.

LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE

✓ EXAMENS	✗ OBJECTIFS
EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE : SYSTÉMATIQUE	
• Examen de tissus ou de cellules prélevés lors d'une biopsie ou retirés lors d'une chirurgie. Cet examen est réalisé à l'œil nu puis au microscope par un médecin spécialiste appelé anatomopathologiste ou anatomocytopathologiste ou pathologiste.	• Examen indispensable pour diagnostiquer de façon certaine un cancer. Il permet notamment d'étudier les caractéristiques des cellules de la tumeur (histologie) et de détecter la présence ou non de cellules cancéreuses dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques proches de la tumeur. • Réalisé sur la pièce opératoire, donc après la chirurgie, il permet de définir le stade du cancer.
ÉVALUATION GÉRIATRIQUE : SYSTÉMATIQUE POUR LES PERSONNES ÂGÉES DE PLUS DE 75 ANS	
• Tests G8, VES 13, FOG,... • Il s'agit de tests visant à dépister la fragilité du patient reposant sur plusieurs composantes dont : - l'autonomie motrice; - l'auto-évaluation de son état de santé; - le nombre de médicaments pris au long cours, leurs indications et les risques d'interactions; - l'évaluation nutritionnelle; - l'état des fonctions cognitives; - l'état psychologique.	• Cette évaluation en cancérologie permet d'adapter les traitements anticancéreux et de prendre en compte les spécificités des personnes âgées.

LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE

✓ EXAMENS	✗ OBJECTIFS
EXAMENS POUR ÉVALUER L'EXTENSION DE LA TUMEUR	
IRM-PELVIENNE : SYSTÉMATIQUE	
• Examen d'imagerie non irradiant qui utilise un puissant aimant permettant d'obtenir des images « en coupe » de la région pelvienne grâce aux propriétés magnétiques du corps humain.	• Cet examen permet d'évaluer la taille de la tumeur et son extension dans le pelvis et son extension ganglionnaire (extension dans l'utérus, au-delà de l'utérus, dans les ganglions et atteinte ou non des uretères).
SYSTÉMATIQUE EN CAS DE STADE LOCALEMENT AVANCÉ OU POUR LES STADES PLUS PRÉCOCES AVEC SUSPICION D'ATTEINTE GANGLIONNAIRE.	
TEP TDM au FDG	TEP TDM au FDG
• Examen indolore qui permet de réaliser des images en coupes du corps entier, après injection dans le sang d'un traceur, un produit faiblement radioactif. Ce traceur a la particularité de se fixer sur les cellules cancéreuses. La TEP fournit des images de la répartition du traceur et donc des cellules cancéreuses dans tout le corps, visualisables par ordinateur.	• Repérer les foyers de cellules cancéreuses partout dans le corps.
OU	OU
Scanner thoraco-abdomino-pelvien :	Scanner thoraco-abdomino-pelvien :
• Examen indolore qui permet, à l'aide de rayons X, de réaliser des images en trois dimensions. On parle aussi de tomodesitométrie, abrégée en TDM. Au cours de l'examen, un produit de contraste iodé est injecté pour visualiser les vaisseaux sanguins et distinguer les éventuelles anomalies dans les organes.	• Déterminer si des cellules cancéreuses ont envahi des ganglions ou si des métastases se sont développées dans les autres organes (poumons, foie...) et sur le péritoine. Si c'est le cas, déterminer leur taille et leur localisation. Cet examen détecte des anomalies même de très petite taille (inférieure ou égale à 3 millimètres). Il permet de déterminer ce que le chirurgien doit et peut retirer pendant l'intervention chirurgicale. • Le scanner ne donne pas d'indication formelle sur le type de cellules dont il s'agit.

LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE	
✓ EXAMENS	✗ OBJECTIFS
EXAMENS POUR ÉVALUER L'EXTENSION DE LA TUMEUR	
CYTOSCOPIE : NON SYSTÉMATIQUE	
Examen qui permet d'étudier l'intérieur de la vessie au moyen d'un endoscope, instrument composé d'un tube et d'une caméra.	Explorer la totalité de la vessie pour y déceler d'éventuelles anomalies et les localiser. La cytoscopie peut être réalisée en cas de suspicion, lors de l'IRM, d'une extension de la tumeur à la vessie.
RECTOSCOPIE : NON SYSTÉMATIQUE	
Examen qui permet d'étudier l'intérieur du rectum au moyen d'un endoscope.	Explorer la totalité du rectum pour y déceler d'éventuelles anomalies et les localiser. La rectoscopie peut être réalisée en cas de suspicion, lors de l'IRM, d'une extension de la tumeur au rectum.

ANNEXE 2. LES EXAMENS DU BILAN PRÉTHÉRAPEUTIQUE

LES EXAMENS DU BILAN PRÉTHÉRAPEUTIQUE	
✓ EXAMENS ET DESCRIPTIONS	✗ OBJECTIFS
ÉVALUATION CLINIQUE ET NUTRITIONNELLE INITIALE : SYSTÉMATIQUE	
- Mesure du poids et de la taille pour le calcul de l'IMC (Indice de Masse Corporelle qui se calcule en divisant le poids d'une personne par sa taille au carré [poids en kilogrammes/ taille en mètre x taille en mètre]). - Recherche d'une perte de poids par rapport au poids habituel. - Dosage dans le sang des taux d'albumine*, de préalbumine et de CRP. - Le taux de la protéine C réactive (CRP) dans le sang augmente en présence d'une inflammation.	Un bon équilibre nutritionnel est indispensable avant le début du traitement, car il conditionne le pronostic. Cette évaluation permet d'identifier un état de dénutrition (voir page 38) et d'y remédier par des mesures adaptées.
ÉVALUATION CARDIOVASCULAIRE : NON SYSTÉMATIQUE.	
Examen clinique par un cardiologue, associé ou non à une échographie cardiaque. Cette évaluation est faite chez les patientes âgées ou celles ayant des antécédents ou comorbidités cardiaques.	Déterminer les risques cardiaques d'une anesthésie et d'une intervention chirurgicale prolongée.

LES EXAMENS DU BILAN PRÉTHÉRAPEUTIQUE	
✓ EXAMENS ET DESCRIPTIONS	✗ OBJECTIFS
BILAN BIOLOGIQUE : SYSTÉMATIQUE	
• Avant de débuter les traitements, on mesure dans le sang : - la quantité et la qualité des différentes cellules sanguines (on parle de numération formule sanguine [NFS] ou encore d'hémogramme*); - le taux de créatinine* qui permet de vérifier le bon fonctionnement des reins; - la clairance de la créatinine pour apprécier la vitesse de filtration des reins; - le taux de certaines enzymes* et protéines fabriquées par le foie (transaminases, albumine,...) pour évaluer l'état de la fonction hépatique.	• Fournir des renseignements sur l'état de santé général, vérifier qu'il n'y a pas de contre-indications à certains examens ou traitements.

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 contre le cancer. Elle vise à rendre accessible une information validée pour permettre au patient d'être acteur de son parcours de soins. Les contenus de Cancer info sont élaborés à partir des recommandations destinées aux professionnels de santé et selon une méthodologie rigoureuse basée sur un groupe de travail pluridisciplinaire associant professionnels et usagers. Ils sont régulièrement mis à jour en fonction des avancées médicales et réglementaires.

Sources de référence

- « **Panorama des cancers en France - Édition 2021** », collection Les Données, INCa, février 2021
- « **Cancers invasifs du col utérin, du diagnostic au suivi** », collection Outils pour la pratique des médecins généralistes, INCa, juillet 2021.
- « **Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018** », collection Les Données, INCa, juillet 2019.
- « **Les traitements du cancer invasif du col de l'utérus** », Cancer Info Guides patients, juin 2011.
- « **Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer – Des connaissances scientifiques aux repères pratiques** », INCa, mars 2017.
- « **Arrêt du tabac dans la prise en charge du patient atteint de cancer/Systématiser son accompagnement** », INCa, mars 2016.

Ont participé au groupe de travail

- **Nicole Belhadj**, accompagnatrice en santé, Espace de Rencontre et d'Information, GHR Mulhouse et Sud Alsace, Mulhouse
- **Dr Cédric Boucherat**, pharmacien d'officine, Livry-Gargan
- **Céline Charlemagne**, membre de l'association IMAGYN, Paris
- **Dr Anne Ducassou**, oncologue radiothérapeute, Institut Claudius Régaud, IUCT-Oncopôle Toulouse
- **Dr Frédéric Guyon**, chirurgien gynécologue, Institut Bergonié, Bordeaux
- **Dr Claire Illac-Vauquelin**, gynéco-pathologiste, IUCT-Oncopole, Toulouse
- **Sylvie Lozano**, cadre de santé, secrétaire de l'AFIC, Paris
- **Dr Erik Monpetit**, oncologue radiothérapeute, Centre Saint-Yves, Vannes
- **Dr Françoise Mousteou**, gynécologue médicale, Cagnes-sur-Mer
- **Eléonore Piot de Villars**, vice-présidente de l'association de patientes IMAGYN, Paris
- **Dr Edwige Pottier**, radiologue, CHI de Créteil
- **Dr Jacques Rimailho**, chirurgien gynécologue, Hôpital Rangueil, Toulouse
- **Dr Manuel Rodrigues**, oncologue médical, Institut Curie, Paris
- **Pr Marie-Eve Rouge-Bugat**, médecin généraliste, Toulouse
- **Dr Vincent Villefranque**, gynécologue obstétricien, Eaubonne
- **Dr Myriam Wartski**, médecin nucléaire, Hôpital Cochin, Paris
- **Laïla Yassine**, infirmière, Gustave Roussy, Villejuif

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

Rédaction et coordination

- **Élodie Potier**, chargée de projets, département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du Médicament
- **Marianne Duperray**, directrice, direction des Recommandations et du Médicament

Conformité aux recommandations

- **Dr Marie de Montbel**, responsable de projets, département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du Médicament.

UNE COLLECTION À VOTRE DISPOSITION POUR VOUS INFORMER

Les guides

- J'ai un cancer, **comprendre et être aidé** (2020)
- Les traitements des cancers du **côlon** (mis à jour en 2020)
- Les traitements des cancers du **rectum** (mis à jour en 2020)
- Les traitements des cancers de l'**ovaire** (mis à jour en 2020)
- Les traitements des cancers de la **thyroïde** (mis à jour en 2020)
- Les traitements du cancer du **pancréas** (mis à jour en 2020)
- Comprendre les **lymphomes non hodgkiniens** (avec France Lymphome Espoir) (2019)
- Les traitements des cancers des **voies aérodigestives supérieures** (2018)
- **Démarches sociales** et cancer (mis à jour en 2018)
- Les traitements des cancers du **poumon** (2017)
- Les traitements du **mélanome de la peau** (2016)
- Les traitements du cancer de la **prostate** (2016)
- La participation de mon **enfant** à une **recherche clinique** sur le cancer (en partenariat avec la SFCE et l'Espace éthique - Région Île-de-France) (2016)
- Participer à un **essai clinique en cancérologie** (2015)
- Comprendre le **myélome multiple** (2015)
- La prise en charge de la **leucémie lymphoïde chronique** (2015)
- Les traitements des cancers de l'**œsophage** (2015)
- Comprendre le **lymphome hodgkinien** (en partenariat avec France Lymphome Espoir) (2015)
- Qu'est-ce qu'une **thérapie ciblée ?** (2015)
- Les traitements des cancers du **testicule** (2014)
- Les traitements des cancers de la **vessie** (2014)
- Les traitements des cancers de l'**estomac** (2014)
- **Mon enfant a un cancer** : comprendre et être aidé (en partenariat avec la Société française de lutte contre les cancers et leucémies de l'enfant et de l'adolescent (SFCE)) (2014)
- Les traitements des cancers du **sein** (2013)
- Les traitements du cancer du **rein** (2013)
- Les traitements du cancer de l'**endomètre** (2013)

- Comprendre la **chimiothérapie** (2011)
- La **polypose adénomateuse** familiale (2011)
- Les traitements du cancer invasif du **col de l'utérus** (2011)
- Les traitements du cancer du **foie** (2011)
- Les tumeurs du **cerveau** (2010)
- Traitements du cancer et **chute des cheveux** (2009)
- Comprendre la **radiothérapie** (2009)
- **Douleur** et cancer (2007)
- Comprendre la **nutrition entérale** (2007)
- La **radiothérapie** (2007)
- **Vivre pendant et après** un cancer (2007)
- **Vivre auprès d'une personne** atteinte d'un cancer (2006)
- **Fatigue** et cancer (2006)

Les fiches

- **L'IRM** (l'imagerie par résonance magnétique)
- **Le scanner**
- **La scintigraphie osseuse**
- **La TEP-TDM** (au 18F-FDG)
- **La stomie digestive**
- **Les soins palliatifs**
- **La consultation d'oncogénétique**

À TÉLÉCHARGER OU À COMMANDER GRATUITEMENT



e-cancer.fr, rubrique « Catalogue des publications ». Accédez à notre catalogue en ligne en quelques clics en scannant le QR code.



Bon de commande présent dans ce guide, à compléter et à renvoyer à l'adresse indiquée.



Nous avons besoin de certaines de vos données pour accélérer la lutte contre les cancers. Pour cela, l'Institut national du cancer développe une plateforme de données en cancérologie.

POUR QUELS BÉNÉFICES L'INSTITUT RÉUTILISE-T-IL VOS DONNÉES ?

Vos données sont réutilisées pour mener des études dans le domaine de la santé – et plus particulièrement pour faire avancer la recherche contre le cancer : améliorer le dépistage, les traitements, le parcours de soins, la qualité de vie et la survie. La plateforme répond ainsi à un motif d'intérêt public essentiel.

QUELLES SONT LES CATÉGORIES DE DONNÉES RÉUTILISÉES PAR L'INSTITUT ?

État civil (sexe, mois, année de naissance), habitudes de vie (tabac, alimentation), situation professionnelle, données de santé (type de cancer, parcours de soins, traitements, antécédents) et des données d'ordre économique et social (remboursements, indemnités).

Aucune donnée nominative telle que votre nom ou votre prénom n'est accessible aux personnes qui mènent les études sur les données de la plateforme.

QUI A ACCÈS À VOS DONNÉES SUR LA PLATEFORME DE L'INSTITUT ?

Seules les personnes habilitées par l'Institut peuvent accéder aux données vous concernant.

Ces personnes signent en plus un engagement de confidentialité et sont soumises à l'obligation de secret professionnel prévue par le Code pénal.

Chaque réutilisation de données nécessite l'accord préalable du comité scientifique et éthique de la plateforme qui est totalement indépendant, et si nécessaire celui du Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

COMMENT VOS DONNÉES SONT-ELLES COLLECTÉES ET CONSERVÉES PAR L'INSTITUT ?

Seules des données déjà collectées par les professionnels de santé et l'assurance maladie lors de votre prise en charge pourront être réutilisées. L'Institut conserve vos données chez un hébergeur de données de santé, sécurisé et certifié, pour une durée de 20 ans afin de permettre une observation sur le long terme nécessaire aux travaux de recherche en matière de prévention, rémission, récurrences, séquelles et conséquences sur la qualité de vie. La plateforme répond à toutes les exigences du Règlement général sur la protection des données (RGPD) et de la loi informatique et libertés et a été autorisée par la CNIL. Vos données ne seront jamais transférées hors de l'Union européenne et ne feront l'objet d'aucune transaction commerciale.

QUELS SONT VOS DROITS SUR VOS DONNÉES CONSERVÉES PAR L'INSTITUT ?

À tout moment, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification, d'effacement et de limitation. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL et définir des directives anticipées relatives à vos données, dans les conditions prévues par le RGPD et la loi informatique et libertés.

Le fait d'exercer vos droits n'aura aucune conséquence sur votre prise en charge et votre traitement.

Pour consulter les projets réutilisant des données, pour plus d'informations et exercer vos droits :

<https://lesdonnees.e-cancer.fr>

Délégué à la protection des données : **dpo@institutcancer.fr**

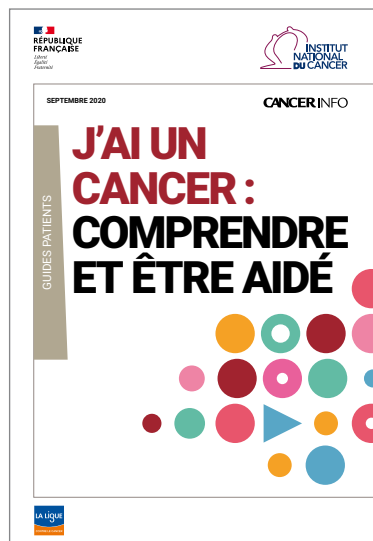


UN GUIDE COMPLET POUR VOUS ACCOMPAGNER DURANT VOTRE PARCOURS DE SOINS ET APRÈS LA MALADIE

Qu'est-ce qu'un cancer ?

Quelles sont les étapes de votre parcours de soins ?

Comment sont choisis vos traitements ?



Qui sont les professionnels qui vous accompagnent au quotidien ?

Que mettre en place pour faciliter votre vie quotidienne ?

Quel suivi après votre cancer ?

« Grâce aux explications fournies par ce guide sur mon parcours de soins, mes traitements et sur certains mots médicaux, j'ai pu communiquer plus facilement avec mon équipe soignante. »

Michel H., 71 ans.

« La lecture de ce guide, qui a été remis à ma mère lorsqu'elle a appris sa maladie, m'a permis de comprendre ce qu'elle vivait et de l'accompagner au mieux. »

Sandra M., 41 ans.

À TÉLÉCHARGER OU À COMMANDER GRATUITEMENT

@ **e-cancer.fr**, rubrique « Catalogue des publications ». Accédez à notre catalogue en ligne en quelques clics en scannant le QR code.

✍ Bon de commande présent dans ce guide, à compléter et à renvoyer à l'adresse indiquée.



UN GUIDE POUR TOUT SAVOIR DES DÉMARCHES, AIDES ET SOLUTIONS, QUELLE QUE SOIT VOTRE SITUATION

Une collection **GRATUITE** à votre disposition

Qui sont vos principaux interlocuteurs administratifs ?

Quels sont vos droits pendant l'hospitalisation ?

Quelle prise en charge financière de vos soins ?

Quels sont vos revenus pendant un arrêt de travail ?



Quels congés pour le proche qui vous accompagne ?

Comment s'organise la reprise du travail ?

Puis-je contracter un prêt bancaire après la maladie ?

Dans quels cas le cancer est-il reconnu comme maladie professionnelle ?

« Ce guide m'a permis d'y voir plus clair dans les démarches administratives. »

Fabienne K., 65 ans.

« En lisant ce guide, j'ai appris que j'avais droit à un congé pour accompagner ma femme malade. »

Laurent V., 54 ans.

À TÉLÉCHARGER OU À COMMANDER GRATUITEMENT

@ **e-cancer.fr**, rubrique « Catalogue des publications ». Accédez à notre catalogue en ligne en quelques clics en scannant le QR code.

✍ Bon de commande présent dans ce guide, à compléter et à renvoyer à l'adresse indiquée.



NOTES

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



Imprimé sur papier
100 % recyclé

Édité par l'Institut national du cancer (INCa)
Tous droits réservés - Siren 185 512 777
Conception : Ici Barbès
Réalisation : INCa
Illustrations : Pierre Bourcier
Impression : CIA GRAPHIC
ISBN : 978-2-37219-954-4
ISBN net : 978-2-37219-955-1

DEPÔT LÉGAL NOVEMBRE 2022

Les traitements des cancers invasifs du col de l'utérus

Ce guide a pour objectif de vous informer et de répondre largement aux questions que vous vous posez sur les traitements des cancers invasifs du col de l'utérus.

D'autres guides et fiches d'information existent et sont à votre disposition au sein de la collection Guides Patients. Conçus par l'Institut national du cancer et validés par des spécialistes, ces documents garantissent des informations médicales de référence.

La survenue de la maladie provoque d'importants bouleversements. Votre situation face au cancer étant unique, ces informations ne remplacent pas un avis médical. Ces guides et fiches d'information peuvent constituer des supports pour vos échanges avec vos spécialistes, mais aussi pour vous permettre d'ouvrir le dialogue avec vos proches.

Pour vous informer sur la prévention,
les dépistages et les traitements des cancers,
consultez **e-cancer.fr**

