

Cancer du col de l'utérus

Qu'est-ce que
le cancer du
col de l'utérus ?

Laissez-nous
vous expliquer.

www.fondsanticancer.org | www.esmo.org

LE CANCER DU COL UTÉRIN : UN GUIDE POUR LES PATIENTES

INFORMATION BASÉE SUR LES RECOMMANDATIONS DE L'ESMO

Ce guide pour les patientes a été préparé par Le Fonds Anticancer comme un service aux patientes, afin de les aider ainsi que leurs proches à mieux comprendre le cancer du col utérin et à déterminer les meilleures options de traitement disponibles en fonction du sous-type de cancer. Nous recommandons aux patientes de demander à leur médecin quels tests et quels traitements sont indiqués pour le type et le stade de leur maladie. Les informations médicales décrites dans ce document sont basées sur les recommandations de pratique clinique de l'European Society for Medical Oncology (ESMO) pour la prise en charge du cancer du col utérin. Ce guide pour les patientes a été réalisé en collaboration avec l'ESMO et est diffusé avec son autorisation. Il a été écrit par un médecin et relu par deux oncologues de l'ESMO, dont l'un est le cancérologue responsable des recommandations de pratique clinique pour les professionnels. Il a également été relu par des représentants de patients appartenant au groupe de travail de patients de l'ESMO (ESMO Cancer Patient Working Group).

Pour plus d'information sur Le Fonds Anticancer : www.fondsanticancer.org

Pour plus d'information sur la Société européenne d'oncologie médicale : www.esmo.org

Une définition des termes marqués d'un astérisque est fournie à la fin du document.

Table des matières

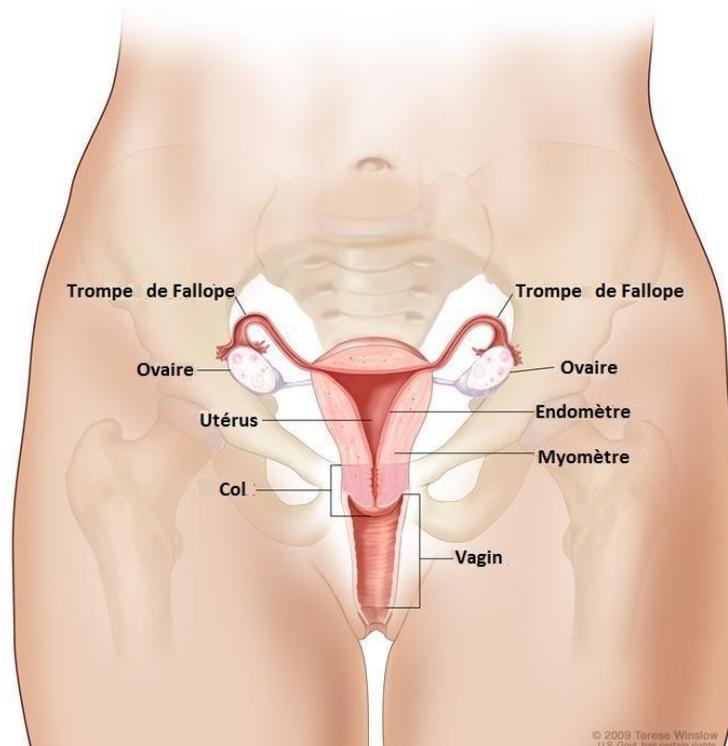
Définition du cancer du col utérin.....	3
Le cancer du col utérin est-il fréquent ?.....	4
Quelles sont les causes du cancer du col utérin ?.....	5
Comment le cancer du col utérin est-il diagnostiqué ?.....	6
Que faut-il impérativement savoir pour déterminer le traitement optimal ?.....	9
Quelles sont les options de traitement ?	12
Quels sont les effets secondaires éventuels des traitements ?	21
Que se passe-t-il après le traitement ?	24
Définitions des termes difficiles	26

Ce document a été rédigé par le professeur Jan Bernheim (Fonds Anticancer) et révisé par les docteurs Gauthier Bouche (Fonds Anticancer), Svetlana Jezdic (ESMO), Christine Haie-Meder (ESMO), le professeur Cristiana Sessa (ESMO) et le Dr Magdalena Grce (European Cervical Cancer Association).

Le texte a été traduit de l'anglais par un professionnel en traduction scientifique et médicale puis a été relu par le Dr. Gauthier Bouche.

DÉFINITION DU CANCER DU COL UTÉRIN

Il s'agit d'un cancer qui se forme dans les tissus du col utérin. Le col utérin est l'organe qui relie l'utérus et le vagin. Il s'agit généralement d'un cancer à croissance lente qui peut ne pas donner de symptôme, mais peut être détecté lors d'un frottis de dépistage*. Au cours d'un frottis, on prélève des cellules du col utérin, que l'on observe ensuite au microscope. Le cancer du col utérin est presque toujours causé par une infection* par le virus du papillome humain (HPV).



Anatomie du système reproducteur féminin. Les organes du système reproducteur féminin comprennent l'utérus (corps et col), les ovaires, les trompes de Fallope et le vagin. L'utérus présente une couche musculaire externe appelée le myomètre et une paroi interne appelée endomètre.

Note importante concernant d'autres types de cancer utérin

D'autres types de cancer sont susceptibles de se développer dans le corps de l'utérus. La plupart de ces cancers sont des cancers de l'endomètre. Le diagnostic et le traitement de ces types de cancer sont différents de ceux du cancer du col utérin. Vous trouverez plus d'information sur le cancer de l'endomètre [ici](#).

Ce guide traite uniquement du cancer du col utérin.

LE CANCER DU COL UTÉRIN EST-IL FRÉQUENT ?

Le cancer du col utérin est le troisième cancer le plus fréquent chez les femmes. En Europe, un cancer du col utérin a été diagnostiqué chez 10,6 femmes sur 100 000 en 2008. Le cancer du col utérin représente environ 4 % de tous les cancers diagnostiqués chez les femmes. En Europe, près de 1 % des femmes développeront un cancer du col utérin au cours de leur vie. Étant donné qu'un vaccin protégeant contre les types les plus fréquents du virus du papillome humain (HPV)* impliqués dans le cancer du col utérin est maintenant disponible, ce type de cancer sera vraisemblablement moins fréquent à l'avenir.

Le risque de cancer du col utérin est plus élevé en Europe de l'Est (surtout en Serbie, en Roumanie, en Bulgarie et en Lituanie), en raison de l'absence de programme organisé de dépistage systématique parmi la population. Malheureusement, la situation est beaucoup plus critique dans les pays émergents où surviennent 85 % des nouveaux cas. En raison du problème d'accès au dépistage et au traitement, le taux de mortalité est 10 fois plus élevé dans ces pays que dans les pays développés. De plus, le coût de la vaccination est si élevé aujourd'hui qu'il est vraisemblable que les vaccins restent inaccessibles pour la plupart des femmes dans de nombreuses régions du monde.

QUELLES SONT LES CAUSES DU CANCER DU COL UTÉRIN ?

Il est prouvé aujourd'hui que pratiquement tous les cancers du col utérin sont causés par certains types du virus du papillome humain (HPV)*, un groupe de virus apparentés au virus responsable des verrues génitales ou de la peau. L'infection par HPV est causée par un contact direct, et dans le cas du col utérin, elle se fait généralement par contact sexuel, ou même par contact peau-à-peau. Le HPV est très fréquent dans la population générale. Presque toutes les femmes adultes ont contracté un HPV à un moment donné, mais dans l'immense majorité des cas, l'infection par HPV disparaît dans un délai de six mois à deux ans sans causer aucun signe de maladie. Cependant, dans les rares cas où l'infection par HPV ne guérit pas, si l'infection est persistante, le risque de développer des lésions cervicales précancéreuses – qui précèdent le développement d'un cancer du col utérin – est plus élevé. Une infection persistante causée par les types de HPV à haut risque (HPV carcinogènes, qui provoquent le cancer), notamment les HPV de type 16 et 18 qui sont les types les plus courants détectés dans les cas de cancer du col utérin dans le monde entier, est une étape indispensable du développement du cancer. Cependant, cette infection n'est pas un facteur suffisant puisque le développement des lésions précancéreuses et du cancer du col utérin nécessite plusieurs années (décennies). Autrement dit, d'autres facteurs sont nécessaires à l'apparition du cancer du col utérin. Ces facteurs sont liés au risque d'être infecté par le HPV ou à un risque de développer un cancer du col utérin une fois que l'infection par HPV est établie :

- **Les facteurs de risque d'une infection par HPV***
 - Les rapports sexuels non protégés avec des partenaires multiples ou des rapports sexuels avec un homme qui a plusieurs partenaires sexuels.
 - Le début de la vie sexuelle à un âge précoce.
 - L'utilisation à long terme de contraceptifs hormonaux.
 - Les grossesses multiples.
 - Une mauvaise hygiène.
 - D'autres infections sexuellement transmissibles par exemple, par *Chlamydia trachomatis* ou par herpes simplex virus-2.
- **Les facteurs de risques de développement du cancer du col utérin une fois que l'infection par HPV* est présente**

Une diminution des défenses immunitaires par une immunodéficience* causée par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH*), par une infection ou un traitement médicamenteux qui affectent le système immunitaire* – car ce système combat normalement les infections par HPV* –, réduisant le risque de développement du cancer.
- **Autres facteurs qui affaiblissent le système immunitaire et l'état de santé général**, comme le tabagisme, une mauvaise alimentation (par exemple, une faible consommation de fruits et de légumes), des habitudes de sommeil irrégulières et un manque d'exercice physique.

Notez qu'il existe des facteurs de risque qui ne favorisent pas le risque en eux-mêmes, mais qui sont associés avec des facteurs de risque réel. Par exemple, la contraception hormonale est plus fréquente chez les femmes ayant eu une vie sexuelle précoce, alors que la pauvreté et le fait de vivre dans un pays émergent constituent des facteurs de risque spécifique, en ce qu'ils empêchent un suivi gynécologique et des dépistages fréquents, en raison d'un accès plus difficile aux services de santé.

La détection précoce du cancer du col utérin peut s'effectuer facilement grâce à un examen des frottis pratiqués à la surface du col utérin lors d'un examen gynécologique*. Si le cancer du col utérin est détecté de manière précoce, son traitement est simple et efficace. Par conséquent, le principal facteur de risque d'un cancer mortel du col utérin est le manque d'examens gynécologiques* et de frottis* fréquents.

COMMENT LE CANCER DU COL UTÉRIN EST-IL DIAGNOSTIQUÉ ?

Un cancer du col utérin doit être suspecté dans les cas suivants :

- Des anomalies détectées lors d'un examen gynécologique*
- Des anomalies graves détectées lors de frottis cervico-vaginaux
- Des saignements en dehors des périodes des règles
- Des saignements après les rapports sexuels

Le diagnostic du cancer du col utérin est basé sur les examens suivants :

1. Un examen clinique

L'examen clinique pratiqué par le médecin inclut un examen gynécologique* avec examen recto-vaginal bimanuel* pour vérifier l'emplacement et le volume de la tumeur, et si elle s'est étendue à d'autres organes du bassin. Le médecin examine directement le col utérin après avoir inséré un spéculum* dans le vagin. Chez les femmes en bonne santé sans maladie apparente, le médecin pratique un frottis de la surface du col utérin pour un examen microscopique (examen cytologique*). Si l'examen paraît difficile ou si il y a un doute concernant l'étendue de la tumeur, cet examen peut être effectué sous anesthésie.

2. Le frottis de dépistage*¹

Des lésions cervicales précancéreuses peuvent être présentes durant plusieurs années sans causer de symptômes. Cette croissance lente permet une détection précoce et un traitement facile. Le col utérin est palpable et visible lors des examens gynécologiques de sorte que le médecin peut effectuer facilement un frottis de sa surface pour un examen cytologique* des cellules prélevées : c'est ce qu'on appelle un frottis cervico-utérin* ou encore frottis cervico-vaginal ou test de Pap.



Les cellules prélevées lors du frottis sont examinées en laboratoire, ce qui permet un diagnostic précoce des lésions précancéreuses. Par exemple, il existe une anomalie des cellules de la surface du col utérin que l'on appelle dysplasie* et qui peut se transformer à terme en cancer. Ainsi, un cancer apparaissant dans cette région se détecte facilement par un frottis de dépistage avant qu'ils deviennent dangereux (malin*).

Lors de l'examen en laboratoire, les cellules prélevées lors du frottis peuvent :

- être normales.
- révéler une dysplasie légère*, qui est généralement causée par une infection par HPV*. Les autres termes décrivant la dysplasie légère* sont la lésion malpighienne intraépithéliale de bas grade (LSIL) et la néoplasie cervicale intra-épithéliale de grade

¹ Dans certains pays émergents où les frottis de dépistage* ne sont pas disponibles, un contrôle visuel direct à l'aide d'acide acétique peut offrir une alternative raisonnable en matière d'approche de dépistage.

1 (CIN 1). Habituellement, une dysplasie légère* régresse* spontanément, mais peut aussi évoluer vers un stade plus grave de dysplasie*.

- Révéler une dysplasie modérée ou grave*. Les autres termes décrivant la dysplasie modérée ou grave* sont la lésion malpighienne intraépithéliale de haut grade (HSIL) et la néoplasie cervicale intra-épithéliale de grade 2 ou 3 (CIN 2/3). Ces lésions peuvent évoluer vers un cancer du col utérin si elles ne sont pas traitées.
- Révéler un cancer du col utérin.

La présence d'une infection vaginale peut empêcher l'analyse correcte des cellules provenant d'un frottis. Dans ce cas, on effectue un nouveau frottis après que l'infection a été guérie par un traitement approprié.

En plus de l'examen cytologique, notamment en cas de diagnostic cytologique* indéterminé, la présence et le type de HPV* peuvent être vérifiés en laboratoire, ce qui informera sur le risque de présenter des anomalies liées à l'infection par HPV. Cependant, les résultats du test de HPV n'ont aucune conséquence sur la planification du traitement.

Les frottis cervico-vaginaux doivent être effectués tous les trois à cinq ans chez les femmes de 25 à 65 ans, ce qui laisse peu de temps à un cancer potentiel d'atteindre une taille dangereuse. Les programmes de dépistage assurent le rappel des femmes chez qui des anomalies ont été détectées, afin qu'elles subissent un frottis de contrôle et éventuellement, d'autres examens complémentaires.

Un frottis suspect oblige à effectuer une biopsie*, c'est-à-dire, la résection d'un échantillon de tissu contenant toutes les couches du col utérin et permettant de visualiser non seulement les cellules, comme lors d'un frottis, mais aussi la structure du tissu.

3. La colposcopie*

En cas d'anomalie grave ou de doute sur les résultats du frottis de dépistage*, une colposcopie* doit être effectuée lors de l'examen clinique. Il s'agit d'une procédure au cours de laquelle la patiente est allongée sur la table d'examen, comme pour l'examen gynécologique*. Le médecin insère un spéculum* dans le vagin pour visualiser le col utérin. Il utilise ensuite un colposcope pour examiner le col utérin. Il s'agit d'un instrument doté de verres grossissants similaires à ceux des jumelles. Le colposcope permet au médecin d'observer le col utérin d'une manière rapprochée et claire. Le médecin applique ensuite une solution fortement diluée d'acide acétique (similaire au vinaigre) sur le col utérin pour faire apparaître les zones anormales. S'il observe une zone anormale sur le col utérin, il effectue une biopsie*.

4. Un examen anatomopathologique*

Cet examen est généralement effectué après un frottis de dépistage* suspect et durant une colposcopie*, afin de confirmer les résultats du frottis. Il s'agit d'un examen en laboratoire mené sur les tissus tumoraux provenant d'un échantillon de la tumeur (prélevé lors de la biopsie*). Cet examen est réalisé par un anatomopathologiste* qui confirmera le diagnostic de cancer du col utérin et donnera plus



d'informations sur les caractéristiques des lésions précancéreuses (CIN 1 à 3) ou du cancer. La biopsie* est effectuée manuellement par le médecin au moyen d'un instrument spécial introduit dans le vagin durant la coloscopie*.

5. Des analyses de sang et des urines

Des échantillons de sang et d'urines sont prélevés pour des analyses en laboratoire afin de vérifier l'état de santé général et diagnostiquer des problèmes possibles tels qu'une anémie*, un dysfonctionnement hépatique ou rénal, des infections urinaires, etc.

6. Des examens d'imagerie médicale

Les examens d'imagerie médicale permettent de vérifier l'extension de la tumeur et d'exclure ou de détecter d'éventuelles métastases*. Le scanner* et l'imagerie par résonance magnétique (IRM*) permettent d'observer toute extension de la tumeur dans le bassin et dans les ganglions lymphatiques* (situés le long des principaux vaisseaux du bassin et le long de l'aorte) qui drainent la tumeur et peuvent être le siège de métastases*. Il a été montré que l'IRM était plus efficace que le scanner* pour remplir cette tâche. D'autres examens complémentaires de base peuvent inclure une radiographie du thorax. Pour examiner le système urinaire (y compris les uretères situés entre les reins et la vessie, qui peuvent être comprimés par un cancer du col utérin en expansion ou par des ganglions lymphatiques*), on pratique une urographie intraveineuse* : un examen radiographique du système urinaire après l'injection d'un liquide contraste* par voie intraveineuse*. L'urographie intraveineuse peut être effectuée uniquement après avoir vérifié le bon fonctionnement des reins par un examen sanguin. En cas de dysfonctionnement des reins, certaines précautions (procédure et produit utilisé) doivent être prises lors de l'injection* du liquide de contraste afin d'éviter des lésions aux reins.



QU'EST-CE-QUI EST IMPORTANT À CONNAÎTRE POUR UN TRAITEMENT OPTIMAL ?

Les médecins doivent prendre en compte de nombreux aspects de la patiente et du cancer afin de décider du meilleur traitement.

Les informations importantes à propos de la patiente

- L'âge et la possibilité et le désir d'avoir des enfants. Dans la plupart des cas de cancer du col utérin au stade précoce, il est possible de conserver l'utérus, même si cela demande parfois d'accepter un risque minime, tout en permettant une grossesse. Si la patiente ne souhaite pas avoir d'enfants, la conservation de la fertilité n'est pas prise en considération dans le choix du traitement et c'est alors le traitement le plus simple et le plus efficace qui est choisi.
- L'état de santé général et à l'estimation du risque d'une intervention chirurgicale : l'âge, les antécédents d'autres maladies éventuelles comme le diabète*, les maladies cardiaques ou les problèmes respiratoires doivent être pris en compte dans le choix du traitement.



Les informations pertinentes sur le cancer

- **La détermination du stade**

Le stade est le degré de propagation de la maladie dans le corps. Les médecins utilisent le stade pour déterminer l'étendue du cancer et le pronostic* de la patiente. Moins le stade est avancé, meilleur est le pronostic : le traitement approprié sera alors moins agressif. La détermination du stade est généralement effectuée à deux reprises : tout d'abord avant de commencer le traitement à l'aide de l'examen clinique et d'examens d'imagerie médicale, puis, si la patiente est opérée, en se basant sur l'analyse des tissus réséqués. L'examen anatomopathologique* en laboratoire des tissus réséqués permettra de vérifier le premier stade (préchirurgical) et parfois, de l'affiner. En effet, les résultats postopératoires peuvent révéler des éléments qui feront apparaître la nécessité d'un traitement supplémentaire.

Le tableau ci-dessous présente les différents stades du cancer du col utérin et se base sur le consensus dégagé par la Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique (FIGO). **Certaines définitions sont parfois techniques. Il est donc recommandé de consulter un médecin pour obtenir des explications supplémentaires.** La détermination du stade est complète et concluante uniquement après avoir obtenu les résultats de tous les examens cliniques et d'imagerie médicale permettant d'effectuer une évaluation globale.

Ce tableau résume les caractéristiques du stade précancéreux (stade 0), des principaux stades du cancer (I à IV), ainsi que des subdivisions de ces stades.

Stade	Définition
Stade 0	Il s'agit du stade de la <u>maladie précancéreuse</u> , c'est-à-dire, de petites lésions limitées à la couche superficielle (épithélium) du col utérin (qui ressemble à la peau). Ces lésions sont aussi appelées carcinomes in situ* ou néoplasies cervicales intra-épithéliales (CIN)*. Les <u>CIN de grades 1 à 3</u> sont caractérisés selon que la lésion est limitée à la couche basale de l'épithélium de surface du col utérin (CIN1), atteint la couche médiane (CIN2) ou s'étend à la couche supérieure (CIN3).
Stade I	C'est le premier stade du <u>cancer invasif</u> . Même s'il n'est parfois pas visible macroscopiquement (à l'œil nu), on observe durant l'examen au microscope des échantillons prélevés lors de biopsies* qu'il s'est étendu dans le stroma, c'est-à-dire, le tissu situé sous la couche supérieure du col utérin. En largeur, la lésion ne s'étend pas au-delà du col proprement dit. En d'autres termes, elle ne s'est pas propagée dans le vagin ou les paramètres*. Selon les dimensions de la lésion et sa visibilité macroscopique, on distingue plusieurs sous-stades.
Stade IA	<u>Cancer micro-invasif</u> non visible macroscopiquement, qui a envahi moins de 5 mm du stroma et s'est étendu sur moins de 7 mm de largeur.
Stade IA1	Invasion du stroma* inférieure à 3 mm en profondeur et inférieure à 7 mm latéralement.
Stade IA2	Invasion du stroma* entre 3 et 5 mm en profondeur et inférieure à 7 mm latéralement.
Stade IB	Cancer <u>macroscopiquement visible</u> (à l'œil nu) ou cancer micro-invasif plus important que le stade IA2
Stade IB1	Lésion de moins de 4 cm dans son plus grand diamètre.
Stade IB2	Lésion de plus de 4 cm dans son plus grand diamètre.
Stade II	Cancer envahissant les tissus au-delà du col, mais n'atteignant pas les os du bassin ni le tiers inférieur du vagin.
Stade IIA	Cancer <u>macroscopiquement visible (à l'œil nu)</u> s'étendant au-delà du col, sans envahissement des paramètres*.
Stade IIA1	La lésion visible macroscopiquement est inférieure à 4 cm dans son plus grand diamètre.
Stade IIA2	La lésion visible macroscopiquement est supérieure à 4 cm dans son plus grand diamètre.
Stade IIB	Cancer <u>macroscopiquement visible</u> avec envahissement des paramètres*.
Stade III	Cancer s'étendant à la paroi pelvienne, aux os du bassin et/ou au tiers inférieur du vagin et/ou compressant un ou deux uretères*.
Stade IIIA	Aucune propagation dans la paroi pelvienne, mais propagation au tiers inférieur du vagin.
Stade IIIB	Cancer touchant la paroi pelvienne et/ou compressant un ou deux uretères.
Stade IV	Cancer avancé et métastatique*.
Stade IVA	Extension aux organes adjacents du bassin (vessie, rectum) et/ou s'étendant au-delà du bassin, c'est-à-dire dans l'abdomen ou l'aîne.
Stade IVB	Cancer avec métastases* distantes, par exemple, dans les poumons ou le foie.

- **L'examen en laboratoire des tissus prélevés lors de la biopsie* et, si une intervention chirurgicale a été effectuée, des tissus réséqués**

Les échantillons de tissus obtenus lors de la biopsie* initiale de diagnostic sont examinés dans le laboratoire d'anatomopathologie*. Si le traitement comprend une intervention chirurgicale (par exemple, au stade précoce de la maladie, et indépendamment du tissu prélevé : cône cervical*, utérus ou ganglions lymphatiques* réséqués ou biopsiés), un second examen anatomopathologique*

postopératoire aura lieu pour étudier les tissus prélevés. Cette procédure permet de vérifier le type de cancer, de confirmer ou d'affiner la première détermination du stade de la maladie et de connaître son degré d'évolution. Ces informations supplémentaires sont utiles pour décider si un traitement supplémentaire est nécessaire. Les résultats de l'examen de la biopsie* doivent inclure :

- Le **type histologique*** du cancer du col utérin :
 - Le cancer à cellules squameuses (appelées également cellules épidermoïdes, malpighiennes, fusiformes) est le plus fréquent (80-90 % des cas de cancer du col utérin) et apparaît sur la partie externe du col utérin ;
 - L'adénocarcinome (10-15 % des cas de cancer du col utérin) apparaît dans le tissu glandulaire* du canal cervical (endocol). Son pronostic* est moins bon que pour le type précédent.
 - Il existe d'autres types histologiques* rares (par exemple, carcinome neuro-endocrinien et carcinome à cellules claires).

- Le **grade** du cancer mesure le degré d'anomalie des cellules tumorales et des tissus à l'examen microscopique. Il reflète sa vitesse de croissance et son agressivité. Les cancers peuvent varier entre des stades bien différenciés, où ils ressemblent beaucoup au tissu d'origine et des stades indifférenciés, où ils ont perdu toute ressemblance avec le tissu d'où ils proviennent. Généralement, les tumeurs bien différenciées présentent un meilleur pronostic* que les tumeurs indifférenciées.

- **Si la tumeur a été réséquée, les examens suivants doivent être effectués :**
 - **L'étude des marges :** les marges externes de l'échantillon de tumeurs réséquées chirurgicalement sont examinées pour rechercher la présence de cellules tumorales. Si l'on trouve des cellules tumorales, un traitement supplémentaire s'avère nécessaire, car on suppose que la tumeur n'a pas été complètement réséquée.
 - **L'étude de l'envahissement lymphovasculaire :** on examine les vaisseaux lymphatiques et sanguins pour y rechercher la présence de cellules tumorales. En effet, le premier mode de dissémination du cancer du col utérin utilise les vaisseaux lymphatiques* qui drainent le col utérin et conduisent aux ganglions lymphatiques*. La détection microscopique de cellules tumorales dans les vaisseaux lymphatiques dénote un risque de propagation au-delà du tissu réséqué chirurgicalement et indique la nécessité d'un traitement supplémentaire par chimiothérapie* et radiothérapie*.
 - **La présence de cellules tumorales dans les ganglions lymphatiques* :** dans ce cas, la résection complète de tous les ganglions lymphatiques se trouvant dans le bassin peut être recommandée (lymphadénectomie pelvienne*), en plus de l'intervention chirurgicale menée sur le col utérin (ou sur l'ensemble de l'utérus). Cela est particulièrement indiqué en présence d'un envahissement lymphovasculaire* qui suggère que les cellules cancéreuses se sont peut-être propagées aux ganglions lymphatiques. On retirera chirurgicalement des ganglions lymphatiques du bassin pour vérifier cette hypothèse.
 - **La propagation aux paramètres* :** si les paramètres* de part et d'autre de l'utérus montrent la présence de la tumeur, le cancer passe au stade IIB et nécessite un traitement par chimiothérapie* et radiothérapie*, car il existe un risque plus élevé que certaines cellules cancéreuses se soient disséminées dans les vaisseaux* et les ganglions lymphatiques*.

QUELLES SONT LES OPTIONS DE TRAITEMENT ?

La planification du traitement implique qu'une équipe de professionnels de santé de plusieurs disciplines médicales différentes se réunissent. Cette réunion entre différents spécialistes est appelée réunion de concertation pluridisciplinaire* ou consultation oncologique multidisciplinaire. Cette réunion permet de discuter du plan de traitement sur la base des informations issues des examens cliniques, d'imagerie médicale et de laboratoires, tout en se basant sur les recommandations internationales et les principes de la médecine fondée sur les preuves.



La nature et l'étendue du traitement dépendront du stade du cancer du col utérin, des caractéristiques de la tumeur et des risques encourus par la patiente.

Aux premiers stades du cancer, une intervention chirurgicale locale sera suffisante pour guérir la maladie. À des stades plus avancés, le traitement associera généralement de la chimiothérapie* et de la radiothérapie*.

Les traitements décrits ci-dessous possèdent leurs avantages, leurs risques et leurs contre-indications*. Il est recommandé de consulter votre oncologue* pour connaître les avantages et les risques de chaque traitement afin d'être informée de ses conséquences. Chez certaines patientes, il existe plusieurs options de traitement dont le choix doit être discuté en fonction du rapport entre les bénéfices attendus et les risques, rapport qui est différent pour chacune d'entre elles.

Stades 0 et IA1

Le stade 0 indique une lésion précancéreuse, c'est-à-dire, de petites lésions limitées à la couche superficielle (épithélium) du col utérin. Ces lésions comprennent le carcinome in situ et les néoplasies cervicales intra-épithéliales* (CIN1, CIN2 et CIN3).*

Le stade IA1 désigne un cancer invasif pouvant être observé uniquement au microscope, mais pas à l'œil nu. Il ne doit pas mesurer plus de 3 mm de profondeur et plus de 7 mm de largeur.

La conisation*

Le traitement standard est chirurgical et est appelé conisation*. Cependant, une lésion précancéreuse CIN* de grade 1 (ou lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade – LSIL) présente une probabilité élevée de régression* sans traitement. Pour ce type de lésion, un suivi étroit pendant un an peut suffire. Ainsi, seules les CIN de grade 2 et 3 (ou lésions malpighiennes intra-épithéliales de haut grade – HSIL) sont traitées par conisation*.

Cette opération consiste à retirer un cône de tissu du col utérin, à proximité de l'orifice utérin qui relie l'utérus au vagin et en profondeur, notamment dans le canal cervical. Cette intervention est effectuée au moyen d'un bistouri, d'un laser ou d'une anse électrique*. Si l'examen anatomopathologique* du cône retiré ne révèle pas d'invasion et si les marges à la périphérie de l'échantillon sont exemptes de cellules tumorales au microscope, la patiente est considérée comme guérie et aucun autre traitement n'est nécessaire.



Une alternative à la conisation* est l'ablation de l'utérus, appelée hystérectomie* simple. Cette opération peut être proposée aux femmes qui ne souhaitent plus être enceintes. Cela écarte définitivement tout risque de souffrir ultérieurement d'un cancer de l'utérus.

Dans un certain nombre de cas, l'ablation des ganglions lymphatiques* situés à l'intérieur du bassin peut être recommandée, en plus de l'intervention chirurgicale menée sur le col utérin (ou sur l'ensemble de l'utérus). C'est notamment le cas lorsque l'examen anatomopathologique* qui suit la biopsie* initiale révèle la présence de cellules cancéreuses dans les ganglions lymphatiques* et dans les vaisseaux sanguins à proximité de la tumeur. On parle alors d'un envahissement lymphovasculaire* qui suggère que les cellules cancéreuses se sont peut-être propagées aux ganglions lymphatiques. On peut alors craindre que la tumeur ait atteint un stade plus élevé que le stade IA1. Dans ce cas, on retirera chirurgicalement des ganglions lymphatiques du bassin pour vérifier cette hypothèse.

Des complications immédiates telles que des saignements abondants sont rares et sans gravité. Cependant, si l'opération se fait au cours d'une grossesse, les saignements sont plus fréquents et le risque de complications (comme un accouchement prématuré) est doublé. Généralement, le traitement du stade 0 est reporté après l'accouchement.

Les complications à long terme de la conisation* sont très rares. Elles incluent notamment une béance du col utérin qui augmente le risque d'accouchement prématuré.

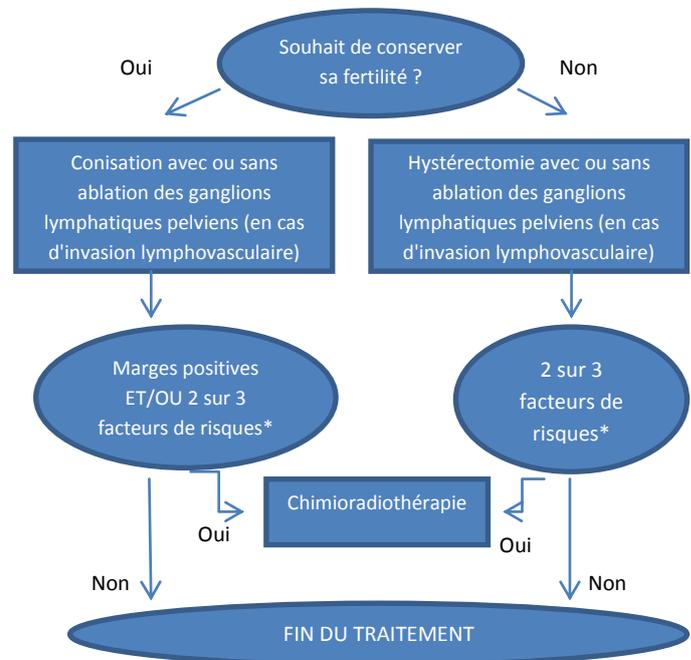
Il convient de noter que la conisation* sert également de « biopsie-exérèse* », une procédure de diagnostic où l'on ne se contente pas de prélever un fragment de la lésion suspecte, mais où la lésion est suffisamment petite et accessible pour être réséquée entièrement. Selon le stade déterminé lors de l'examen anatomopathologique* du cône retiré, la conisation diagnostique peut-être curative, sans besoin d'autre traitement.

Traitement adjuvant s'il existe un risque de récurrence*

Un traitement adjuvant est administré en plus du traitement initial lorsqu'on pense que ce dernier n'est peut-être pas curatif. Son but est de soigner le cancer en réduisant le risque de récurrence.

Dans le cas d'un cancer du col utérin au stade préopératoire IA1, si l'examen anatomopathologique* du tissu réséqué confirme le stade IA1, on considère que la patiente est guérie et aucun traitement

Traitement des patientes au stade IA1 du cancer du col utérin



- *Facteurs de risque :
- Tumeur plus grande que prévue
 - Invasion stromale profonde
 - Invasion lymphovasculaire

adjuvant n'est nécessaire. Mais dans certains cas, l'examen anatomopathologique* du tissu réséqué montre que la tumeur s'est propagée au-delà de la zone prévue, autrement dit, qu'il s'agit d'un stade dépassant le stade IA1. Cela sera certainement le cas si le tissu réséqué montre une invasion supérieure à 3 mm et si les marges de résection du fragment prélevé lors de la conisation* montrent la présence de tissu tumoral. Il faut aussi suspecter un stade plus élevé si la tumeur est détectée dans les espaces lymphovasculaires. Un traitement adjuvant sera alors indiqué.

Pour résumer, le traitement adjuvant est recommandé si deux des trois facteurs de risque suivants sont présents : une tumeur primitive plus étendue que prévu, une invasion stromale* profonde et une invasion lymphovasculaire*. Un traitement adjuvant sera également indiqué si l'invasion lymphovasculaire observée après la biopsie* initiale a conduit à une hystérectomie* avec ablation des ganglions lymphatiques* pelviens et si l'on découvre après l'opération qu'ils contenaient des cellules tumorales, et/ou si la tumeur s'est étendue aux paramètres*.

Le traitement adjuvant consiste en une chimioradiothérapie, c'est-à-dire, à une radiothérapie* externe et une chimiothérapie* administrées au cours de la même période de temps. La radiothérapie externe consiste à produire des rayonnements à partir d'une source externe et à les diriger vers la région pelvienne où se trouve la tumeur, ainsi que vers les vaisseaux* et les ganglions lymphatiques* proches. La chimiothérapie* consiste à administrer des médicaments capables de tuer les cellules cancéreuses dans l'ensemble du corps, mais avec l'objectif, dans ce cas, de tuer les cellules cancéreuses potentiellement présentes dans les vaisseaux et les ganglions lymphatiques du bassin afin de renforcer l'action des rayonnements. La chimioradiothérapie du cancer du col utérin utilise le plus couramment un schéma thérapeutique à base de cisplatine*, avec une posologie de 40 mg/m² de surface corporelle, administré une fois par semaine pendant la radiothérapie. Ce traitement est associé à une administration abondante de liquide par voie intraveineuse* pour prévenir les lésions aux reins.



Stade IA2

Le stade IA2 indique un cancer invasif qui ne peut être vu qu'au microscope, mais pas à l'œil nu, et qui mesure entre 3 et 5 mm en profondeur, et moins de 7 mm en largeur.

La chirurgie

Le traitement standard est chirurgical. Il comprend une opération chirurgicale sur l'utérus et le retrait des ganglions lymphatiques* du bassin.

- Les jeunes patientes souhaitant avoir la possibilité d'être enceinte peuvent avoir une chirurgie conservant l'utérus. Un large fragment en forme de cône* peut être retiré du col utérin par conisation*, ou l'ensemble du col utérin peut être retiré (une opération appelée trachélectomie).
- D'autres patientes peuvent subir une ablation simple de l'utérus (hystérectomie simple*) ou une ablation des paramètres*, des ovaires et de la partie supérieure du vagin, en plus de l'utérus (hystérectomie radicale*).

Le traitement adjuvant

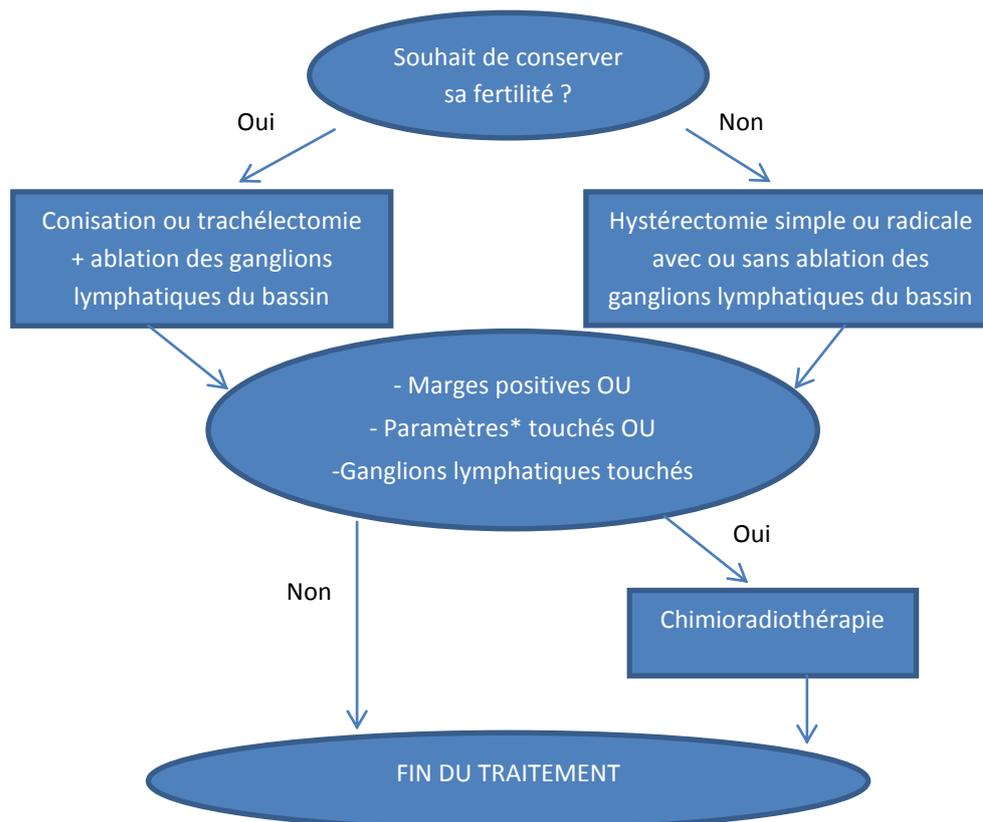
Les résultats de l'examen anatomopathologique* des tissus réséqués par chirurgie (tumeur, utérus et ganglions lymphatiques*) fourniront les informations nécessaires pour décider de la nécessité d'un traitement adjuvant. Comme cela a été détaillé dans la section consacrée au stade IA1, un traitement adjuvant est un traitement administré en plus de l'intervention chirurgicale lorsque l'on pense que

tous les tissus cancéreux n'ont pas été retirés ou si le cancer s'est étendu aux tissus voisins, tels que les paramètres* ou les ganglions lymphatiques, et ce, dans l'intention de guérir le cancer.

Comme pour le stade IA1, si l'on trouve des cellules cancéreuses dans les ganglions lymphatiques pelviens retirés lors de l'intervention chirurgicale ou si les marges du tissu du col utérin qui a été réséqué ne sont pas exemptes de cellules tumorales au microscope (marges positives), un traitement adjuvant est recommandé.

Dans ces situations, une chimioradiothérapie sera administrée, c'est-à-dire une radiothérapie* externe et une chimiothérapie* au cours de la même période de temps. La radiothérapie externe consiste à produire des rayonnements à partir d'une source externe et à les diriger vers la région pelvienne où se trouve la tumeur, ainsi que vers les vaisseaux* et les ganglions lymphatiques* proches. La chimiothérapie* consiste à administrer des médicaments capables de tuer les cellules cancéreuses dans l'ensemble du corps, mais avec l'objectif, dans ce cas, de tuer les cellules cancéreuses potentiellement présentes dans les vaisseaux et les ganglions lymphatiques du bassin. Pour le cancer du col utérin, le médicament le plus utilisé pour les chimioradiothérapies concomitantes est le cisplatine*, avec une posologie de 40 mg/m² de surface corporelle, administré une fois par semaine pendant la radiothérapie.

Traitement des patientes au stade IA2 du cancer du col utérin



Stade IB1

Le stade IB1 indique un cancer invasif plus important que le stade IA2 mais mesurant moins de 4 cm dans son plus grand diamètre.

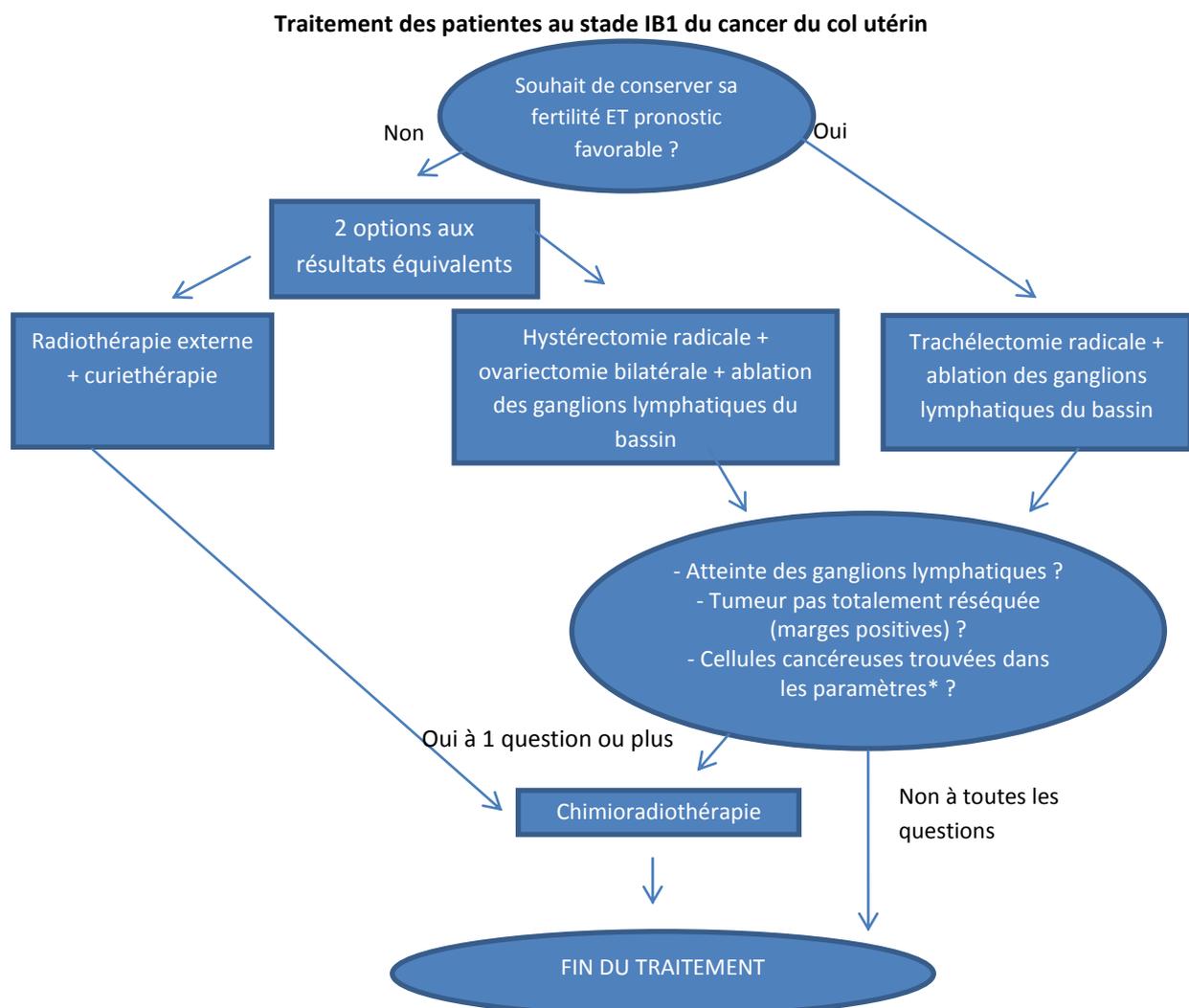
À ce stade du cancer du col utérin, plusieurs options de traitement sont possibles :

- La chirurgie seule
- La radiothérapie* associant des rayonnements externes et une curiethérapie*, qui est une irradiation locale à partir d'une source radioactive* de courte portée placée au contact de la tumeur
- Ou une association de radiothérapie et de chirurgie

De manière générale, aucune de ces méthodes de traitement ne s'est avérée supérieure aux autres.

Le choix de l'une de ces méthodes doit donc être fondé sur :

- 1) Les caractéristiques spécifiques de la maladie ou de la patiente
- 2) Les préférences de la patiente, le cas échéant
- 3) L'expertise et le savoir-faire du centre de traitement



Le traitement chirurgical standard comprend l'ablation de l'ensemble de l'utérus (hystérectomie*) avec ablation bilatérale (des deux côtés) des paramètres*, des ovaires et l'ablation des ganglions lymphatiques* du bassin (lymphadénectomie*) : il s'agit d'une hystérectomie radicale*.

Une chirurgie conservatrice de la fertilité plus limitée (trachélectomie radicale, c'est-à-dire, l'ablation du seul col utérin avec ou sans les paramètres*) peut être envisagée chez les jeunes patientes souhaitant mener à terme une grossesse future, si la tumeur présente d'excellentes caractéristiques de pronostic*. Afin de conserver l'utérus sans prendre de risques, il faut que le diamètre le plus large de la tumeur soit inférieur à 20 mm, l'examen microscopique du tissu biopsié ne montre aucune trace de cellules tumorales dans les vaisseaux lymphatiques* et les ganglions lymphatiques* soient cliniquement exempts de tumeur.

Comme cela a été décrit pour les tumeurs de stade IA et chez les patientes traitées dès le départ par chirurgie, si l'examen en laboratoire des tissus réséqués révèle que l'opération n'a pas retiré complètement la tumeur, un traitement complémentaire par chimioradiothérapie, une association de chimiothérapie et de radiothérapie administrées de manière concomitante, sera nécessaire. Cela sera le cas si l'on trouve des cellules tumorales dans les marges du tissu réséqué ou si la maladie est présente dans les paramètres* ou les ganglions lymphatiques*.

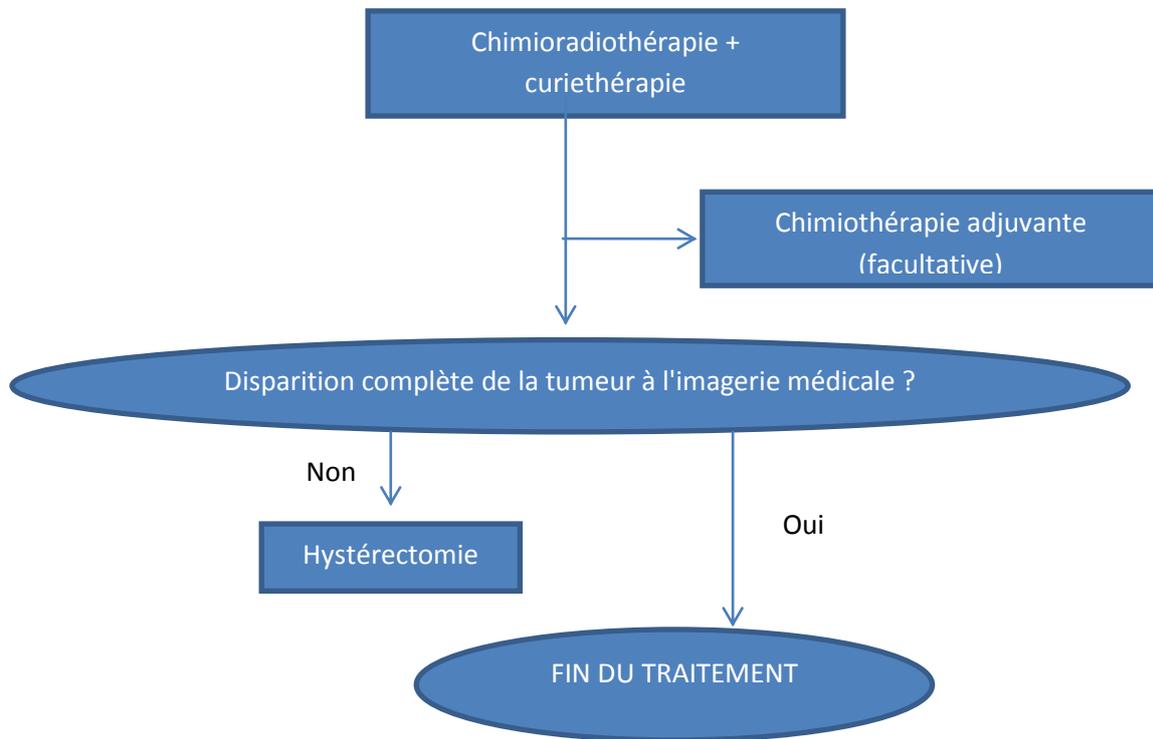
Stades IB2 à IVA

Le stade IB2 indique un cancer invasif plus important que le stade IA2 et mesurant plus de 4 cm dans son plus grand diamètre.

Le stade IVA indique un cancer avancé se propageant aux autres organes du bassin (vessie, rectum) et/ou s'étendant au-delà du bassin, c'est-à-dire dans l'abdomen ou l'aîne.

Le traitement standard est une radiothérapie* associée à une chimiothérapie*. La radiothérapie a pour but d'éliminer la tumeur primitive et les ganglions lymphatiques* potentiellement touchés, tandis que la chimiothérapie* poursuit deux objectifs : renforcer l'efficacité de la radiothérapie et éliminer les cellules tumorales se trouvant à distance des zones irradiées. Le cisplatine* utilisé seul constitue la chimiothérapie* la plus courante quand elle est associée à une radiothérapie concomitante, mais des schémas thérapeutiques* non basés sur les dérivés du platine se sont avérés aussi efficaces que les chimiothérapies* à base de platine. La radiothérapie comprend une irradiation externe (avec une chimiothérapie* concomitante) et une curiethérapie*, qui est généralement administrée après la fin de l'irradiation externe.

Traitement des patientes au stade IB2 à IVA du cancer du col utérin



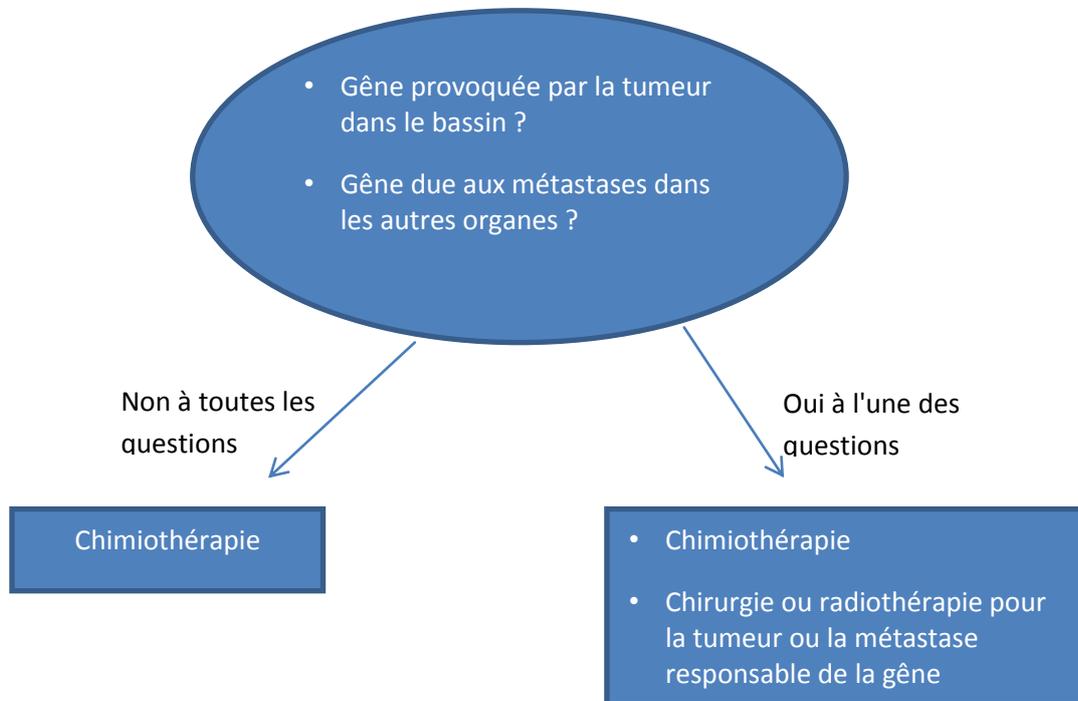
La durée totale du traitement ne doit pas dépasser 55 jours. Si les ganglions para-aortiques* sont touchés, l'irradiation externe sera étendue à la zone dite « para-aortique* ».

Si les résultats de l'imagerie médicale montrent que la maladie n'a pas complètement disparu après la fin de la radiothérapie* (y compris la curiethérapie*) associée à la chimiothérapie*, il est possible de réaliser une ablation chirurgicale complémentaire de l'ensemble de l'utérus (hystérectomie radicale). Dans des cas plus avancés, même si la maladie semble entièrement sous contrôle après la radiothérapie associée au traitement chimiothérapeutique*, il peut y avoir encore des résidus indétectables de la maladie pouvant causer une rechute. Selon certaines études, la poursuite d'une chimiothérapie* adjuvante offre alors des bénéfices supplémentaires, mais elle ne constitue pas une pratique standard. Une chimiothérapie* adjuvante peut être envisagée même si la tumeur a disparu, dans le but de minimiser les risques de métastases*. Cependant, l'efficacité d'une chimiothérapie* additionnelle n'est pas encore réellement établie et doit donc être envisagée uniquement dans le cadre d'un essai clinique*.

Stade IVB

Le stade IVB indique un cancer avancé envahissant des organes distants (métastases*), par exemple, les poumons ou le foie.

Traitement des patientes au stade IVB du cancer du col utérin



La chimiothérapie*, bien que non curative, est capable d'induire une rémission ou de stabiliser la maladie. La base de la chimiothérapie est constituée de produits dérivés du platine, en général du cisplatine*. Une chimiothérapie associée avec, par exemple, du topotécan* ou du paclitaxel* en plus du dérivé de platine, augmente le taux de réponse et le temps sans progression de la maladie, en contrepartie d'effets secondaires plus importants. Le choix des médicaments de chimiothérapie tient compte des risques d'effets secondaires graves tels que des troubles rénaux, neurologiques* ou cardiaques. Cette chimiothérapie est généralement administrée par voie intraveineuse* dans un service d'hospitalisation de jour de chimiothérapie. Pour prévenir les effets secondaires *immédiats* tels que les troubles digestifs et les réactions allergiques, un corticostéroïde* tel que la dexaméthasone* et un médicament antivomitif sont administrés juste avant la chimiothérapie. De plus, l'administration du cisplatine* est accompagnée d'une quantité abondante de liquide par voie intraveineuse* pour empêcher toute lésion rénale. Comme pour tous les schémas thérapeutiques de chimiothérapie, on observe des effets secondaires à *moyen et long terme*. Quelques semaines après l'administration, des anomalies de production des cellules sanguines peuvent se produire. Si les analyses de sang révèlent une diminution trop importante du nombre de globules blancs ou de plaquettes*, le prochain cycle de traitement doit être retardé et sa posologie doit être adaptée. Le cisplatine* peut dans certains cas provoquer des troubles neurologiques touchant les mains et/ou les pieds (causant des sensations de fourmillement dans la peau, des engourdissements et/ou de la douleur) et une modification de l'ouïe.



Dans certains cas de maladie avancée traitée par chimiothérapie*, la tumeur primitive laissée en place peut saigner, s'infecter ou provoquer une gêne importante. Une radiothérapie palliative* ou l'ablation chirurgicale peut soulager ces troubles. Ces traitements peuvent aussi s'appliquer aux lésions métastatiques* particulièrement douloureuses comme les métastases* osseuses.

QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES ÉVENTUELS DES TRAITEMENTS ?

Les risques et effets secondaires de la chirurgie

Certains risques sont communs à toute intervention chirurgicale pratiquée sous anesthésie générale*. Ces complications sont rares et comprennent la thrombose veineuse profonde*, des troubles cardiaques ou respiratoires, des saignements, une infection ou une réaction à l'anesthésie*.

Les organes génitaux féminins sont situés dans le bassin avec la partie inférieure des voies urinaires et la partie inférieure du tube digestif. Lors de l'intervention chirurgicale, les voies urinaires et les intestins peuvent être endommagés.

Lors de l'ablation des ganglions lymphatiques* du bassin et de ceux de l'aorte, l'opération peut endommager ou bloquer le système lymphatique entraînant un lymphœdème, un trouble où le liquide lymphatique s'accumule dans les jambes et les fait gonfler. Il peut se produire juste après l'intervention, mais aussi plus tard. Il y a aussi un risque de lymphocèle, une accumulation de liquide lymphatique dans la zone de l'intervention chirurgicale. Habituellement, cette accumulation disparaît spontanément.

Si les uretères subissent une compression mettant en danger le rein, l'écoulement de l'urine peut être restauré par l'insertion d'un drain dans le bassin du rein qui permet une évacuation des urines (néphrostomie).

L'hystérectomie* augmente également le risque d'incontinence urinaire et de prolapsus vaginal plusieurs années après l'intervention chirurgicale, car elle peut endommager ou affaiblir les muscles de soutien du plancher pelvien.

Les femmes opérées avant la ménopause* chez qui l'opération inclut l'ablation des ovaires connaîtront rapidement les symptômes de la ménopause après l'opération. Des bouffées de chaleur, des modifications de l'humeur, des sueurs nocturnes, une sécheresse vaginale et des troubles de la concentration sont alors des effets secondaires fréquents.

Ces effets secondaires peuvent être soulagés grâce aux conseils des oncologues* et des gynécologues.

Les risques et effets secondaires des traitements non chirurgicaux

Les effets secondaires les plus fréquents des traitements **non chirurgicaux** (radiothérapie et chimiothérapie*) sont généralement réversibles après le traitement. Il existe aussi certaines stratégies pour prévenir ou soulager certains de ces effets secondaires. Ces stratégies doivent être discutées dès le départ avec votre médecin.

La radiothérapie pelvienne

Les effets secondaires de la radiothérapie* externe utilisée pour traiter le cancer du col utérin sont dus principalement à l'irradiation des organes proches du col utérin et de l'utérus. Les effets des radiations sur le système urinaire incluent notamment une miction douloureuse, des spasmes de la

vessie entraînant un besoin urgent d'uriner, une ulcération ou une nécrose* de la paroi interne de la vessie, la présence de sang dans les urines et l'obstruction des voies urinaires. Les effets des radiations sur la partie inférieure de l'appareil digestif incluent des sensations de gêne au niveau du rectum, des diarrhées, des écoulements de mucus* et de sang et plus rarement, une perforation des intestins. Le rétrécissement vaginal est un autre effet secondaire possible de la radiothérapie pelvienne. Le traitement de ces réactions dites « post-radiques » doit être prescrit par l'oncologue*. Des techniques modernes mises en œuvre dans la radiothérapie externe telles que la radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité * permettent d'en réduire la toxicité.

La curiethérapie

Les effets secondaires mentionnés ci-dessus pour la radiothérapie* externe peuvent également apparaître avec une curiethérapie*, mais moins souvent, puisque ce type de radiothérapie est mieux ciblé. La sécheresse vaginale est fréquente après le traitement. Un rétrécissement vaginal et une sécheresse vaginale peuvent également se produire jusqu'à provoquer des difficultés sexuelles à long terme. Chez les jeunes femmes, l'irradiation arrête la fonction ovarienne, ce qui peut entraîner une sécheresse vaginale et des difficultés sexuelles. Cela peut aussi entraîner une augmentation du risque d'ostéoporose* et/ou de fractures des os du bassin. Les patientes doivent donc être suivies par un spécialiste pour ces problèmes. Comme les cancers du col utérin ne sont pas hormonodépendants, en l'absence de contre-indications, un traitement hormonal peut être prescrit pour éviter ces effets secondaires.

La chimiothérapie

Les effets secondaires de la chimiothérapie* sont très fréquents. Ils dépendent des médicaments administrés, des doses et des personnes. Si la patiente a eu d'autres maladies dans le passé (tels que des troubles cardiaques), il convient de prendre des précautions spécifiques ou d'adapter le traitement. L'association de plusieurs médicaments produit généralement plus d'effets secondaires que l'usage d'un seul médicament.

Les effets secondaires les plus fréquents des chimiothérapies utilisées contre le cancer du col utérin incluent des lésions rénales, la perte des cheveux et une baisse du nombre de globules sanguins. Pour prévenir les lésions rénales provoquées par le cisplatine*, on recommande une administration abondante de liquide par voie intraveineuse*. Une chimiothérapie par dérivé du platine seul ne provoque pas la perte de cheveux. Une baisse du nombre de cellules sanguines (numération sanguine) peut provoquer de l'anémie*, des hémorragies et des infections. Lorsque la chimiothérapie est terminée, les cheveux repoussent et la numération sanguine revient à la normale.

Autres effets secondaires, par ordre décroissant de fréquence :

- Fatigue
- Perte d'appétit
- Nausées, vomissements et diarrhées
- Déshydratation
- Légères modifications des ongles et la peau et qui disparaissent rapidement
- Inflammation des zones telles que la muqueuse de la bouche
- Perte du goût
- Gonflement douloureux et inflammation au niveau du site d'injection
- Réactions allergiques telles que des rougeurs et des éruptions

- Troubles neurologiques touchant les mains et/ou les pieds (neuropathie périphérique), ce qui peut causer des sensations de fourmillement dans la peau, des engourdissements et/ou des douleurs
- Perte temporaire ou modification de la vue
- Acouphènes ou modification de l'ouïe
- Baisse de la tension artérielle
- Baisse du rythme cardiaque
- Douleurs musculaires ou articulaires
- Convulsions

D'autres effets secondaires rares, mais plus graves, peuvent également survenir. Ils incluent notamment des AVC, des infarctus du myocarde* et des problèmes rénaux et hépatiques. Toute apparition de l'un de ces symptômes ou de l'une de ces anomalies doit être signalée à un médecin.

QUE SE PASSE-T-IL APRÈS LE TRAITEMENT ?

Il n'est pas inhabituel d'avoir des symptômes liés au traitement une fois ce dernier terminé.

- Anxiété, troubles du sommeil ou dépression peuvent survenir au cours de la phase post-traitement ; les patientes souffrant de ces symptômes peuvent nécessiter un soutien psychologique.
- La plupart des traitements chirurgicaux du cancer du col utérin n'altèrent pas la fonction sexuelle. La radiothérapie* peut endommager les tissus de la vessie, du rectum et du vagin et causer des troubles résiduels de la fonction urinaire, de la défécation et de la fonction sexuelle, qui sont généralement réversibles.
- Les troubles de la mémoire, les difficultés de concentration et la fatigue sont des effets secondaires courants de la chimiothérapie* ; ils disparaissent généralement au bout de quelques mois.



Le suivi avec les médecins

Une fois le traitement terminé, les médecins proposent un suivi par des consultations régulières et qui remplit les objectifs suivants :

- Détecter une éventuelle récurrence* de la tumeur :
 - Chez une patiente traitée au stade 0, si trois frottis de dépistage* consécutifs effectués dans un délai de deux ans n'ont montré aucune anomalie, le risque de récurrence* n'est pas plus élevé que le risque qu'a une femme en bonne santé de développer un carcinome du col utérin. Ces anciennes patientes peuvent, au bout de deux ans, reprendre le schéma normal de dépistage pratiqué chez les femmes en bonne santé, à savoir un frottis tous les trois ans.
 - Chez les patientes dont le cancer était à un stade plus élevé, des examens cliniques et gynécologiques* incluant des frottis* sont recommandés tous les 3 mois durant les 2 premières années, puis tous les 6 mois durant les 3 années suivantes, et enfin une fois par an durant les années suivantes.
 - Chez ces patientes, le suivi doit toujours comprendre une anamnèse, une recherche de symptômes, un examen clinique et des examens complémentaires en présence d'anomalies.
- Évaluer les effets indésirables du traitement et les traiter.
- Fournir un soutien psychologique et des informations afin d'accompagner le retour à une vie normale.

Le retour à une vie normale

Il peut s'avérer difficile de vivre avec l'idée que le cancer peut resurgir. Pourtant, les récurrences sont exceptionnelles pour les cancers traités correctement à des stades précoces. Si la maladie initiale se trouvait un stade plus avancé, le risque de récurrence est plus élevé. La récurrence* peut être locale (par exemple, dans le vagin ou dans le bassin), régionale (par exemple, dans les ganglions lymphatiques* de l'aîne) ou à distance (par exemple, au niveau du foie, des os ou des poumons). D'après ce que l'on sait aujourd'hui, il n'existe aucune manière précise de diminuer le risque de réapparition du cancer

une fois le traitement terminé. Le retour à une vie normale peut ne pas être simple pour certaines personnes, en raison de la maladie en elle-même ou du traitement. Des questions relatives à l'image du corps, à la sexualité, à la fatigue, au travail, aux émotions ou au mode de vie peuvent surgir. Il peut être bénéfique d'aborder ces questions avec des proches, des amis ou des médecins. Dans de nombreux pays, les patientes peuvent profiter du soutien d'associations de patientes ou de numéros de téléphone d'information et d'assistance.

Et si le cancer réapparaît ?

Si le cancer réapparaît, on parle de récurrence*. La récurrence* peut être locale (par exemple, au niveau du col utérin, dans le vagin ou dans le bassin), régionale (par exemple, dans les ganglions lymphatiques* de l'aîne) ou à distance (par exemple, avec des métastases* hépatiques, osseuses ou pulmonaires).

Le traitement dépendra de l'étendue de la récurrence. Il sera choisi en fonction du stade atteint par la récurrence. Dans le cas d'une récurrence locale, selon les situations, la guérison ou le contrôle de la maladie peuvent être assurés par la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie* ou l'association de plusieurs de ces traitements. Par exemple, le traitement de la récurrence d'une tumeur précédemment traitée uniquement par chirurgie impliquera généralement de la radiothérapie* et de la chimiothérapie*. Une première curiethérapie* n'exclut pas nécessairement une radiothérapie externe. Si une radiothérapie externe a été administrée précédemment, ce n'est que très exceptionnellement qu'elle peut être mise en œuvre de nouveau.

Si un contrôle local ou régional de la maladie n'est plus possible par ces moyens, un choix possible reste la chimiothérapie* palliative (qui ne vise plus à guérir, mais à contrôler provisoirement la maladie et à prolonger la survie). Dans de rares cas de récurrences locorégionales touchant des organes du bassin comme la vessie ou le rectum, on peut proposer leur ablation chirurgicale (exentération pelvienne). Dans ce cas, il sera nécessaire de permettre l'évacuation des urines et des selles en créant des stomies.

Si le cancer réapparaît sous la forme d'un cancer métastatique*, il doit être traité comme un cancer de stade IVB, c'est-à-dire par chimiothérapie*. Dans ce cas, et à chaque fois que cela est possible, une biopsie* de la lésion suspecte doit être effectuée afin qu'un examen en laboratoire vérifie qu'il s'agit d'une métastase du cancer du col utérin, et non pas d'une métastase d'un autre cancer, ou de quelque chose d'autre qu'une métastase. Comme pour un cancer initial de stade IVB, la chirurgie ou la radiothérapie d'une métastase isolée doit être envisagée pour contrôler une lésion potentiellement dangereuse ou pour améliorer la qualité de vie de la patiente.

DÉFINITIONS DES TERMES DIFFICILES

Anatomopathologiste

Un médecin spécialisé en anatomopathologie, l'étude des cellules et des tissus malades au moyen d'un microscope et d'autres outils et méthodes.

Anémie

Affection caractérisée par une réduction du nombre de globules rouges* ou de la quantité d'hémoglobine. Le fer contenu dans l'hémoglobine transporte de l'oxygène des poumons vers le reste de l'organisme, mais ce processus est réduit en cas d'anémie.

Anesthésie

Etat réversible de perte de conscience au cours duquel le patient ne ressent pas de douleur, perd ses réflexes normaux et réagit moins au stress. Cet état est induit artificiellement par l'emploi de certaines substances désignées sous le nom d'anesthésiques. L'anesthésie peut être générale ou locale et permet au patient de subir une opération chirurgicale.

Biopsie

Prélèvement de cellules ou de tissus pour examen par un anatomopathologiste. Celui-ci peut étudier le tissu au microscope ou réaliser d'autres tests sur les cellules ou tissus. Il existe de nombreux types de procédures de biopsie. Les types les plus courants sont : (1) la biopsie par incision : seul un échantillon de tissu est prélevé ; (2) la biopsie-exérèse : la totalité de la lésion ou de la zone suspecte est prélevée; et (3) la ponction-biopsie : à l'aide d'une aiguille un échantillon de tissu ou de liquide est prélevé. Lorsqu'une grosse aiguille est utilisée, on parle de biopsie au trocart. Lorsque l'aiguille utilisée est fine, la procédure est appelée ponction à l'aiguille fine ou cytoponction.

Carcinome in situ (CIS)

Forme précoce de cancer qui se développe au niveau de la peau ou dans les tissus qui tapissent ou recouvrent les organes et qui n'envahit pas les autres couches de l'organe atteint.

Chimiothérapie

Type de traitement médicamenteux contre le cancer qui tue les cellules cancéreuses et/ou limite leur croissance. Ces médicaments sont généralement administrés au patient par perfusion lente dans les veines (intraveineuse). Toutefois, ils peuvent également être administrés oralement, par perfusion directe dans le membre ou par perfusion dans le foie, selon la localisation du cancer.

Cisplatine

Médicament utilisé pour traiter de nombreux types de cancer. Le cisplatine contient du platine. Il tue les cellules cancéreuses en détériorant leur ADN et en les empêchant de se diviser. Le cisplatine est un type d'agent alkylant.

Colposcopie

Procédure au cours de laquelle le médecin utilise un colposcope (une loupe binoculaire) pour examiner le col utérin.

Conisation

Cancer du col utérin : un guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2012.1

Page 26

Ce document est fourni par Le Fonds Anticancer avec la permission de l'ESMO.

Les informations contenues dans ce document ne remplacent pas un avis médical. Il est à usage personnel et ne peut pas être modifié, reproduit ou diffusé d'aucune manière sans l'autorisation écrite de l'ESMO et du Fonds Anticancer.

Intervention chirurgicale retirant un fragment en forme de cône du tissu du col utérin et du canal cervical. La conisation peut servir à diagnostiquer ou à traiter une lésion du col utérin.

Contre-indication

Maladie ou symptôme qui empêchent l'administration d'un traitement ou d'une procédure chez un patient. Les contre-indications sont soit absolues, ce qui signifie que le traitement ne doit jamais être administré aux patients présentant cette maladie ou ce symptôme, soit relatives, ce qui signifie que le risque peut être compensé par les avantages apportés aux patients souffrants de cette maladie ou de ce symptôme.

Curiethérapie

Un type de radiothérapie au cours duquel des substances radioactives encapsulées dans des aiguilles, des grains, des fils ou des cathéters sont placées directement à l'intérieur ou à proximité d'une tumeur. Également appelée curiethérapie interstitielle, endocuriethérapie ou traitement par insertion d'un implant radioactif.

Corticostéroïde

Toute hormone stéroïdienne (qui fait partie d'un groupe de lipides (graisses) possédant une structure chimique particulière) synthétisée dans le cortex surrénal (la partie externe de la glande surrénale). Cette hormone est également synthétisée en laboratoire. Les corticostéroïdes possèdent de nombreux effets au sein de l'organisme et sont utilisés pour traiter de multiples affections. Ils peuvent être utilisés comme traitement hormonal de substitution, pour inhiber le système immunitaire et pour traiter certains effets secondaires du cancer ou de son traitement. Les corticostéroïdes sont également utilisés pour traiter certains lymphomes et leucémies lymphoïdes.

Cytologique (examen)

Ce qui est lié à la cytologie, la science qui étudie la structure et le fonctionnement des cellules.

Diabète

Se réfère généralement au diabète sucré, une maladie qui se définit comme la présence d'un taux élevé de glucose (un type de sucre) dans le sang, parce que l'organisme ne produit pas suffisamment d'insuline ou ne l'utilise pas comme il le devrait.

Dexaméthasone

Stéroïde synthétique (semblable aux hormones stéroïdes produites naturellement par les glandes surrénales). La dexaméthasone est utilisée dans le traitement des leucémies, des lymphomes et peut servir à traiter certains des troubles provoqués par d'autres cancers et leurs traitements.

Dysplasie (légère/grave)

Cellules qui semblent plus ou moins anormales au microscope, qui ne sont pas cancéreuses, mais qui peuvent être précurseuses du cancer.

Écoulement muqueux

Écoulement de mucus ou de substance similaire à du mucus à l'extérieur du corps. Le mucus est un fluide semblable à un gel, qui humidifie et protège généralement les surfaces intérieures du corps.

Envahissement lymphovasculaire

Propagation du cancer dans les vaisseaux lymphatiques ou sanguins.

Essai clinique

Un type de recherche qui teste de quelle manière de nouvelles approches médicales agissent chez les personnes. Ces études testent de nouvelles méthodes de détection, de prévention, de diagnostic ou de traitement d'une maladie. Également appelé étude clinique.

Examen anatomopathologique

Étude des cellules et des tissus malades au moyen d'un microscope, ainsi que d'autres outils et méthodes.

Examen gynécologique

Examen clinique au cours duquel le professionnel de santé examine le vagin, le col utérin, l'utérus, les trompes de Fallope, les ovaires ou le rectum. Le professionnel de santé utilisera un spéculum* pour ouvrir le vagin afin d'examiner l'utérus et prélever des échantillons pour un frottis*.

Examen recto-vaginal bimanuel

Examen gynécologique au cours duquel le médecin insère son index dans le vagin et son majeur dans le rectum. Avec l'autre main, le médecin palpe simultanément l'abdomen. Même si cet examen peut s'avérer désagréable, il fournit des renseignements importants sur d'éventuelles anomalies des organes pelviens.

Frottis de dépistage

Procédure au cours de laquelle on gratte des cellules du col utérin pour les examiner au microscope. Le frottis sert à détecter le cancer et les modifications pouvant conduire à un cancer. Un frottis de dépistage peut aussi révéler des troubles comme une infection ou une inflammation non cancéreuses. Autres noms : test de Pap, frottis cervico-utérin, FCU ou frottis cervico-vaginal.

Ganglion lymphatique

Une masse arrondie de tissu lymphatique qui est entourée d'une capsule de tissu conjonctif. Les ganglions lymphatiques filtrent la lymphe et abritent des lymphocytes. Ils sont placés le long des vaisseaux lymphatiques.

Ganglions/zone para-aortiques

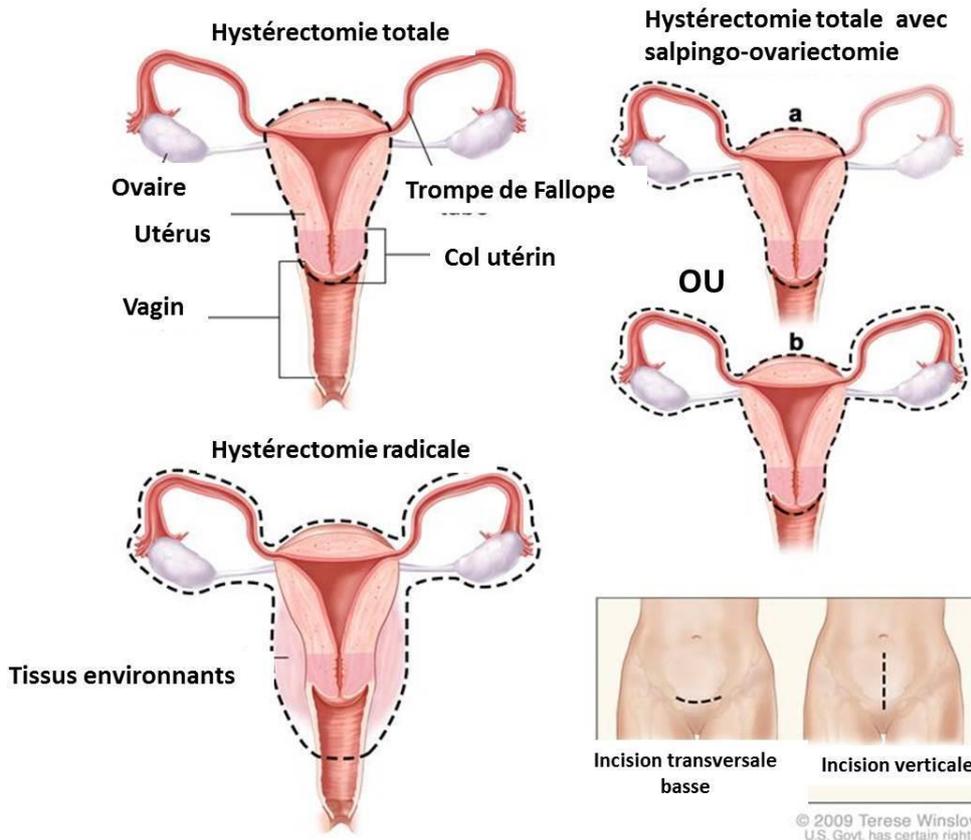
Groupe de ganglions lymphatiques* situés à l'avant des vertèbres lombaires, à proximité de l'aorte. Ces ganglions reçoivent le drainage lymphatique de la partie inférieure du tube digestif et des organes pelviens.

HPV

Voir « Virus du Papillome Humain »

Hystérectomie

Intervention chirurgicale visant à retirer l'utérus et, parfois, le col de l'utérus. Si l'utérus et le col utérin sont enlevés, il s'agit d'une hystérectomie totale ou simple. Si seul l'utérus est enlevé, il s'agit alors d'une hystérectomie partielle ou supracervicale. L'hystérectomie radicale est l'ablation de l'utérus, du col utérin et du vagin. Les ovaires, les trompes de Fallope et les ganglions lymphatiques proches peuvent également être retirés.



Hystérectomie*. L'utérus est retiré chirurgicalement, avec ou sans autres organes ou tissus. Dans une hystérectomie* totale, l'utérus et le col utérin sont enlevés. Dans une hystérectomie* totale avec salpingo-ovariectomie, (a) l'utérus plus un ovaire et la trompe de Fallope correspondante sont retirés (unilatéralement), ou (b) l'utérus ainsi que les deux ovaires et les trompes de Fallope sont retirés. Dans une hystérectomie* radicale, l'utérus, le col utérin, les deux ovaires, les deux trompes de Fallope et les tissus voisins sont enlevés. Ces interventions sont effectuées en pratiquant une incision transversale basse ou une incision verticale.

Imagerie par résonance magnétique (IRM)

Technique d'imagerie utilisée en médecine. Elle utilise la résonance magnétique. Parfois, un liquide est injecté pour accentuer le contraste entre les différents tissus, afin de mieux distinguer les différentes structures.

Immunodéficience

Diminution de la capacité du corps à combattre les infections et d'autres maladies.

Intraveineux

Dans une veine. Le terme intraveineux fait généralement référence à une manière d'administrer un médicament ou une autre substance au moyen d'une aiguille ou d'un tube inséré dans une veine. Également appelé IV.

Invasion stromale

Extension des cellules cancéreuses dans la structure du tissu conjonctif et des vaisseaux sanguins qui alimentent un organe.

Lymphadénectomie

Procédure chirurgicale au cours de laquelle on retire des ganglions lymphatiques et un fragment de tissu pour les examiner au microscope afin de rechercher des signes de cancer. Au cours d'une lymphadénectomie régionale, on retire quelques ganglions lymphatiques dans la zone de la tumeur, alors que pour une lymphadénectomie radicale, on retire la plupart ou la totalité des ganglions lymphatiques de la région de la tumeur. Autre nom : curage ganglionnaire.

Liquide/produit de contraste

Colorant ou toute autre substance qui permet de montrer des zones anormales à l'intérieur du corps. Il est administré par injection intraveineuse, par lavement ou par voie orale. Les produits de contraste peuvent être utilisés pour une radiographie*, un scanner*, une IRM* ou d'autres examens d'imagerie médicale.

Malin

Le terme malin est utilisé pour décrire une maladie grave et progressive. C'est un synonyme de virulent. Une tumeur maligne désigne un cancer.

Ménopause

Période de la vie d'une femme caractérisée par l'arrêt de la production d'hormones par les ovaires et par la disparition des règles. La ménopause naturelle survient vers l'âge de 50 ans. Une femme est dite ménopausée à partir du moment où elle n'a pas ses règles pendant 12 mois consécutifs. Les symptômes de la ménopause incluent : bouffées de chaleur, sautes d'humeur, sueurs nocturnes, sécheresse vaginale, troubles de la concentration et infertilité.

Métastase

La propagation d'un cancer d'une partie de l'organisme à une autre. Une tumeur formée par des cellules qui se sont propagées est appelée une "tumeur métastatique" ou une "métastase". La tumeur métastatique contient des cellules semblables à celles présentes dans la tumeur (primitive) d'origine.

Infarctus du myocarde

Un infarctus du myocarde ou crise cardiaque est une interruption de l'apport sanguin à une partie du cœur, entraînant la mort de cellules cardiaques. En l'absence de traitement, une crise cardiaque peut causer des dommages importants au muscle cardiaque, voire la mort.

Nécrose

Se rapporte à la mort de tissus vivants.

Néoplasie cervicale intra-épithéliale (CIN)

Croissance de cellules anormales à la surface du col utérin. La numérotation de 1 à 3 sert à indiquer le degré d'anormalité des cellules et le degré d'invasion des tissus du col utérin.

Neurologique

Qui a trait aux nerfs ou au système nerveux.

Oncologue

Médecin spécialisé dans le traitement du cancer. Certains oncologues (ou cancérologues) se spécialisent dans un type particulier de traitement. Par exemple, un oncologue radiothérapeute met en œuvre les traitements du cancer par rayonnement.

Ostéoporose

Maladie caractérisée par une diminution de la masse et de la densité osseuse, ce qui fragilise les os.

Paclitaxel

Médicament utilisé pour traiter le cancer du sein, le cancer de l'ovaire et le sarcome de Kaposi associé au sida*. Il est également utilisé dans le traitement du cancer du col utérin et du cancer du poumon à petites cellules, en association avec d'autres médicaments. Le paclitaxel est également en cours d'étude pour le traitement d'autres types de cancers. Il inhibe la croissance des cellules en bloquant leur division et il peut tuer les cellules cancéreuses.

Paramètres

Tissus situés de chaque côté de la partie inférieure de l'utérus

Plaquette sanguine

Les plaquettes sanguines sont de petits fragments cellulaires qui jouent un rôle fondamental dans la formation de caillots. Les patients qui ont un taux trop bas de plaquettes courent le risque d'avoir de sévères hémorragies. Les patients qui ont un taux trop élevé risquent de faire une thrombose, c'est-à-dire la formation de caillots de sang pouvant bloquer les vaisseaux sanguins et provoquer des accidents vasculaires cérébraux ou d'autres affections graves. Ces patients encourent aussi le risque d'avoir des hémorragies sévères dues à un dysfonctionnement des plaquettes sanguines.

Pronostic

Résultat ou évolution probable de la maladie, la probabilité de guérison ou de récurrence.

Radioactif

Qui émet des radiations.

Radiothérapie

Thérapie utilisant des rayonnements pour traiter le cancer. Ces rayonnements sont toujours orientés vers une zone spécifique du cancer.

Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité

Type de radiothérapie en 3 dimensions qui utilise les images créées par ordinateur pour afficher la taille et la forme de la tumeur. De fins faisceaux de rayonnement de différentes intensités sont dirigés vers la tumeur sous différents angles. Ce type de radiothérapie réduit les dégâts causés aux tissus sains proches de la tumeur.

Rayons-X

Rayonnement utilisé pour reproduire des images de l'intérieur des éléments. En médecine les rayons X sont utilisés pour regarder l'intérieur du corps.

Récidive

Se dit d'un cancer qui réapparaît, généralement après une période durant laquelle il ne pouvait être détecté. Le cancer peut réapparaître au même endroit que la tumeur d'origine (primitive) ou à un autre endroit du corps. On parle également de « cancer récidivant ».

Régression

Diminution de la taille d'une tumeur ou de l'étendue d'un cancer dans le corps.

Résection à l'anse diathermique

Procédure chirurgicale au cours de laquelle un fil mince est inséré au travers des tissus et fournit un courant électrique de basse tension afin de retirer des zones anormales du col utérin. Cette intervention nécessite une anesthésie locale et un produit est ensuite appliqué pour prévenir les saignements.

Réunion de concertation multidisciplinaire

Méthode de planification du traitement dans laquelle un certain nombre de spécialistes appartenant à différentes disciplines examinent et discutent ensemble de l'état et des possibilités de traitement d'un patient. Dans le cas du traitement d'un cancer, la réunion de concertation pluridisciplinaire peut réunir l'expertise d'un oncologue médical (spécialiste du traitement médicamenteux des cancers), un chirurgien oncologue (responsable du traitement chirurgical des cancers), et un radiothérapeute (responsable du traitement par radiothérapie). Ce groupe d'experts est également appelé RCP, consultation oncologique multidisciplinaire ou COM.

Scanner

Forme de radiographie dans laquelle les organes du corps sont scannés avec des rayons X et les résultats sont synthétisés par un ordinateur, en vue de générer des images de parties du corps.

Schémas thérapeutiques à base de platine

Traitements utilisant des médicaments dérivés de l'élément platine. Ils comprennent le cisplatine*, le carboplatine* et l'oxaliplatine.

Spéculum

Instrument utilisé pour élargir la cavité vaginale afin d'en faciliter l'examen.

Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)

Le sida est une maladie du système immunitaire* humain causé par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH*). Le système immunitaire des personnes atteintes du sida est très affaibli, ce qui provoque l'apparition de maladies opportunistes et de tumeurs qui affectent rarement les personnes présentant un système immunitaire sain.

Système immunitaire

Le système immunitaire est un système biologique de structures et de processus qui protège le corps contre les maladies en identifiant et en tuant les cellules tumorales et ce qui est étranger à l'organisme comme des bactéries ou des virus.

Thrombose veineuse profonde

Formation d'un caillot de sang dans une veine profonde de la jambe ou dans la partie inférieure du bassin. Les symptômes incluent notamment des douleurs, un gonflement, une chaleur et des rougeurs dans la zone touchée. Autre nom : phlébite profonde.

Topotécan

Médicament anticancéreux qui appartient à la classe des « inhibiteurs de topoisomères ». Il bloque une enzyme appelée la topoisomérase I qui est impliquée dans la division de l'ADN. Lorsque l'enzyme est bloquée, les brins d'ADN se cassent. Cela empêche la division des cellules cancéreuses qui finissent par mourir.

Type histologique

Catégorie de classification des tumeurs tenant compte des caractéristiques de leurs cellules et de leurs autres structures observées au microscope.

Vaisseau lymphatique

Tube fin qui transporte la lymphe (liquide lymphatique) et les globules blancs dans le système lymphatique.

VIH

Le VIH, abréviation de virus de l'immunodéficience humaine, est responsable du SIDA. Le VIH se transmet par contact sexuel, par le sang contaminé, lors de l'allaitement, ou de la mère à l'enfant lors de la grossesse ou de l'accouchement.

Virus du papillome humain (HPV)

Le HPV représente une famille de virus qui cause des lésions locales de la peau ou des muqueuses. Il existe deux sous-groupes de types de HPV qui infectent les organes génitaux : les virus à faible risque qui provoquent l'apparition de verrues dans la zone génitale et les virus à haut risque provoquant des cancers du col utérin, du vagin, de la vulve et de l'anus chez la femme, et des cancers du pénis et de l'anus chez l'homme.

Les Guides pour les Patients ESMO / le Fonds Anticancer ont été développés pour aider les patients atteints de cancer, leurs familles et les professionnels de santé à comprendre la nature des différents types de cancers et à évaluer les meilleures options de traitement disponibles. L'information médicale décrite dans les Guides pour les Patients est basée sur les recommandations de pratique clinique de ESMO qui sont conçues pour aider les oncologues médicaux à faire le diagnostic, planifier le suivi et établir le traitement des différents types de cancer. Ces guides sont élaborés par le Fonds Anticancer en étroite coopération avec le Groupe de travail des Recommandations de ESMO et le Groupe de travail des Patients atteints du cancer de ESMO.

Pour plus d'informations, visitez
www.esmo.org et www.fondsanticancer.org

