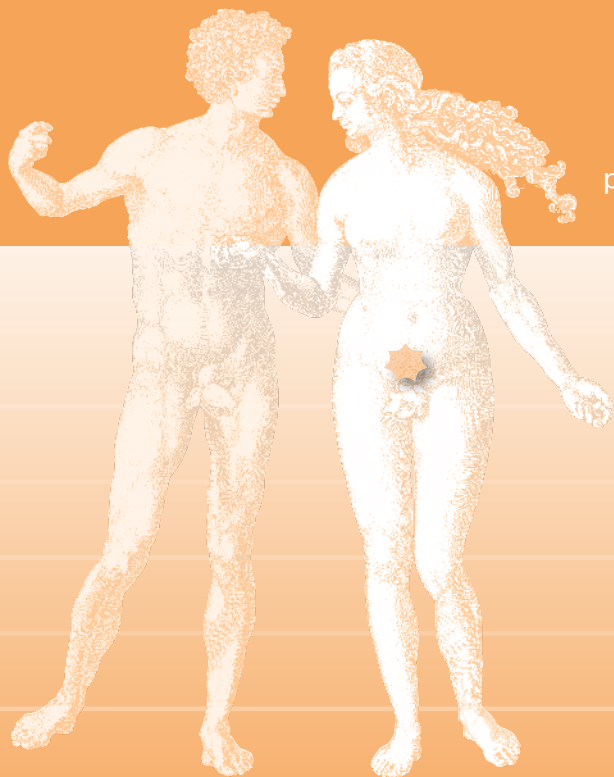




Cancer du col de l'utérus et lésions précancéreuses



Une information de la Ligue
contre le cancer
pour les personnes concernées
et leurs proches

Impressum

Éditrice

Ligue suisse contre le cancer
Effingerstrasse 40
case postale 8219
3001 Berne
tél. 031 389 91 00
fax 031 389 91 60
info@liguecancer.ch
www.liguecancer.ch

Conseils scientifiques

Pr Daniel Fink, médecine gynécologue et
obstétricien FMH, spécialiste en oncologie
gynécologique, directeur de la clinique
de gynécologie à l'Hôpital universitaire
de Zurich

Texte

Dr méd. Eva Ebnöther, Zollikon

Rédaction

Susanne Lanz, Ligue suisse contre le
cancer, Berne

Traduction

Cristina Martínez, Ligue suisse contre le
cancer, Berne

Révision

Alexia Stantchev, Ligue suisse contre le
cancer, Berne

Couverture

Adam et Eve, d'après Albrecht Dürer

Illustrations

p. 8, 9: Willi R. Hess, dessinateur scienti-
fique, Berne

Photos

p. 4, 14, 26: ImagePoint SA, Zurich
p. 40: Peter Schneider, Thoune

Design

Wassmer Graphic Design, Langnau BE

Impression

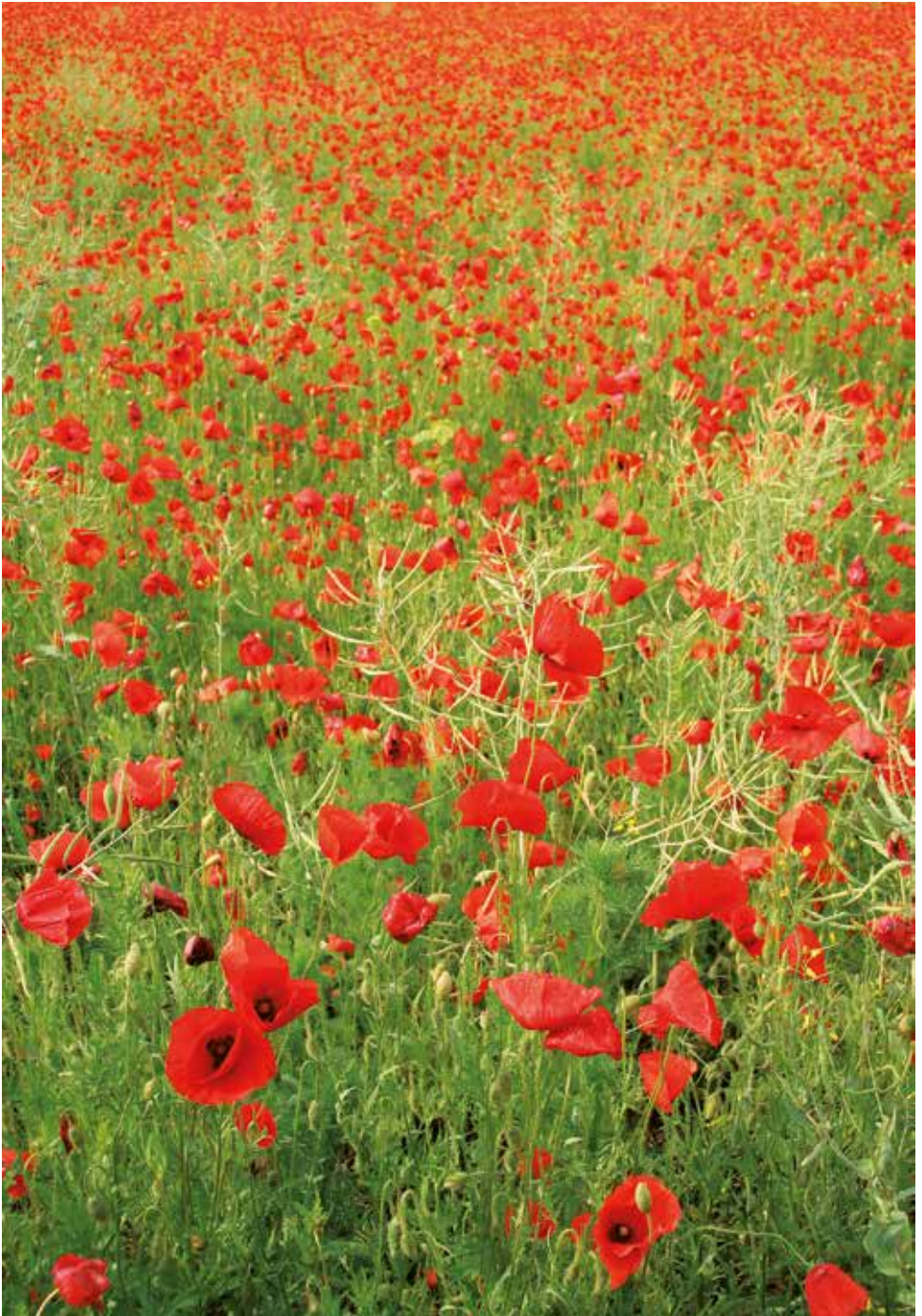
Ast & Jakob, Vetsch AG, Köniz

Cette brochure est également disponible
en allemand et en italien.

© 2010, Ligue suisse contre le cancer,
Berne

Sommaire

Editorial	5
Qu'est-ce que le cancer?	6
L'utérus	8
Cancer du col de l'utérus et stades précancéreux	11
Causes possibles et facteurs de risque	12
Symptômes possibles	15
Examens et diagnostic	16
Les stades de la maladie	18
Généralités sur le traitement	22
Choix du traitement	23
Effets indésirables	24
Répercussions sur la fertilité et la sexualité	25
Traitement dans le cadre d'une étude clinique	27
Méthodes thérapeutiques	28
Attendre et observer: surveillance active	28
Opération sans ablation de l'utérus	28
Opération avec ablation de l'utérus ou hystérectomie	29
Radiothérapie	31
Traitements médicamenteux	33
Médecines complémentaires	35
Traitement des stades précancéreux et du cancer du col de l'utérus	36
Traitement des stades précancéreux	36
Traitement du cancer du col de l'utérus	37
Traitement de la douleur	38
Suivi médical et réadaptation	39
Vivre avec la maladie	41
Annexes	42



Chère lectrice,

Vous venez de recevoir un diagnostic qui vous effraie, vous êtes une personne à risque en raison d'autres cas dans votre famille, ou bien encore êtes-vous un proche inquiet.

Cette brochure se propose de vous décrire en termes simples ce qu'est le cancer du col de l'utérus et ses stades précancéreux, les examens réalisés pour poser le diagnostic et les traitements. Nous expliquerons que les stades précancéreux se diagnostiquent et se traitent tout à fait autrement que le cancer déclaré car il s'agit de deux maladies différentes.

Grâce au dépistage précoce, le risque de cancer du col de l'utérus a fortement baissé au cours des dernières décennies. Les traitements sont plus efficaces et mieux tolérés.

Aujourd'hui, dans de nombreux cas, on guérit de cette maladie. On peut aussi ralentir l'évolution d'un cancer du col et en atténuer les symptômes lorsqu'il n'est plus guérissable. Les mesures que l'équipe médicale mettent en œuvre dans ce cas-là garantissent le maintien d'une certaine qualité de vie.

La Ligue contre le cancer tient à votre disposition toute une série de brochures (voir annexes) où vous trouverez des informations et des conseils très utiles pour faire face à la maladie.

Avant tout, sachez que vous n'êtes pas seul. Vos proches, votre équipe médicale et soignante ainsi que les collaborateurs de la Ligue contre le cancer sont là pour vous.

Nos vœux les plus chaleureux vous accompagnent.

Votre Ligue contre le cancer

Remarque

Il ne faut pas confondre le cancer du col de l'utérus ou carcinome cervical avec le cancer du corps de l'utérus, aussi appelé carcinome de l'endomètre ou encore carcinome utérin. Cette brochure aborde uniquement le carcinome cervical et ses stades précancéreux, mais la Ligue contre le cancer a aussi publié une brochure sur le cancer du corps de l'utérus (voir p. 43).

Qu'est-ce que le cancer?

Le terme *cancer* recouvre de nombreuses maladies différentes qui ont pour point commun la présence de cellules cancéreuses.

Tumeur bénigne ou maligne?

Dans la plupart des types de cancers, ces cellules prolifèrent et forment des tumeurs dites malignes, qui ont tendance à s'accroître et à se disséminer. Le terme *carcinome* désigne une tumeur qui prend naissance dans les tissus comme la peau, les muqueuses ou le tissu glandulaire (on parle de tissus *épithéliaux*).

Les tumeurs sont des excroissances anormales. Certaines, dites bénignes, ne sont toutefois pas cancéreuses. Elles peuvent comprimer des tissus ou des organes, mais demeurent localisées et ne mettent généralement pas la vie en danger. À l'inverse, les tumeurs malignes peuvent détruire des tissus proches.

De plus, il arrive que les cellules cancéreuses se mettent à circuler dans le sang ou le système lymphatique et envahissent les ganglions lymphatiques (qui sont répartis dans tout l'organisme et ont une fonction immunitaire). Des métastases peuvent alors se former à distance du tissu d'origine.

Généralement, on arrive à déterminer à partir de quel organe (et dans quel type de cellule) ces métastases se sont formées. Il ne faut pas confondre les métastases d'un cancer du col de l'utérus – par exemple dans le foie – avec un cancer du foie. Un examen du tissu ou examen *histologique*, essentiel au choix du traitement, permet de le déterminer.

Tout commence dans la cellule

Les tissus et les organes de notre corps sont constitués de milliards de cellules assemblées les unes aux autres. Leur noyau contient le matériel génétique héréditaire (les chromosomes, portant les gènes et composés de longs filaments d'acide désoxyribonucléique ou ADN), qui fonctionne comme un plan de construction.

En principe, les cellules suivent les instructions contenues dans leur noyau pour se diviser et remplir leur fonction. Chaque type de cellule a en effet une forme et des fonctions spécifiques, selon l'organe et le tissu dans lesquels elle se trouve. On dit aussi qu'une cellule est «bien différenciée», c'est-à-dire qu'elle possède une structure relativement complexe et distincte des autres.

Des causes très diverses

Le matériel génétique des cellules subit régulièrement des altérations liées notamment à l'âge, au hasard, à des influences externes telles que radiations, virus, substances toxiques ou, plus rarement, à certains facteurs génétiques.

L'organisme est doté de systèmes de réparation pour réparer ces «erreurs». Il arrive toutefois que ces mécanismes soient dépassés et que certaines cellules se divisent et prolifèrent de manière anarchique. Des groupes de cellules peuvent alors former une masse que l'on appelle une tumeur. On observe aussi que les cellules cancéreuses tendent à perdre leur caractère différencié et à acquérir une structure et une forme plus simples.

Croissance variable

Une tumeur n'apparaît pas du jour au lendemain. Une masse tumorale d'un centimètre de diamètre contient déjà des millions de cellules et peut croître depuis plusieurs années. La vitesse de division cellulaire varie beaucoup d'une tumeur à l'autre. Pour en savoir plus sur la formation d'une tumeur, vous pouvez consulter le CD-ROM «Le cancer: des gènes à l'homme» (voir annexes).

Facteurs de risque

Le cancer peut toucher chacun d'entre nous. Pour certains types, il est possible de réduire le risque d'être atteint, notamment en renonçant au tabac, en adoptant une alimentation saine, en pratiquant régulièrement une activité physique ou en modérant sa consommation d'alcool.

Pour d'autres, on ignore à l'heure actuelle comment diminuer les risques. En fin de compte, il n'existe pas de recette miracle, et nul ne peut savoir à l'avance s'il développera ou non la maladie. Il n'y a donc absolument aucune raison de culpabiliser d'être atteint.

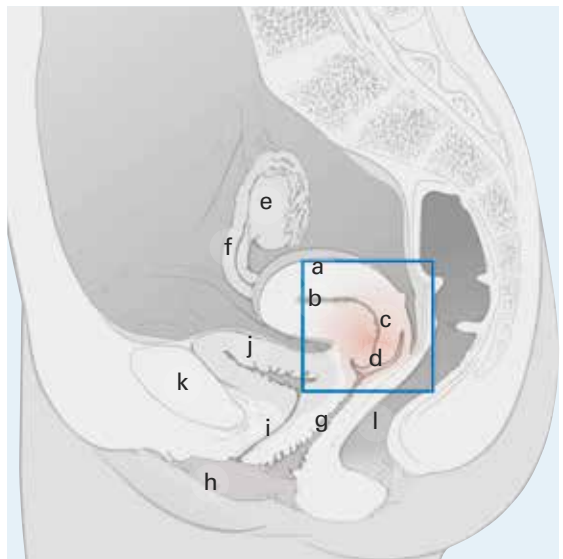
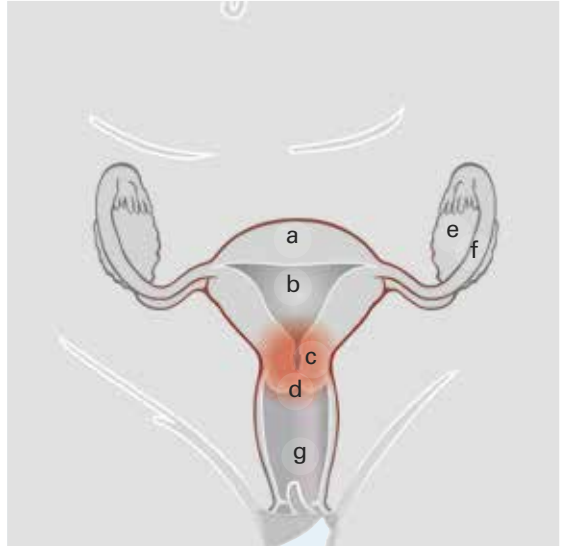
Dans certaines familles on observe une fréquence élevée de cancers bien précis. Pour en savoir plus sur la question, vous pouvez consulter la brochure «Prédispositions héréditaires au cancer» (voir annexes).

L'utérus

L'utérus est un organe creux faisant partie du système génital féminin interne. Il se compose d'un corps et d'un col et se situe dans le petit bassin, entre la vessie et le rectum. Sa taille et sa forme sont semblables à celles d'une petite poire.

Le corps de l'utérus est constitué pour l'essentiel du myomètre, une épaisse couche de muscle, elle-même tapissée de tissu conjonctif, la séreuse. L'intérieur du corps de l'utérus, la cavité utérine, est recouvert d'une muqueuse qui contient de nombreuses glandes et que l'on appelle l'endomètre. Les trompes de Fallope s'abouchent de part et d'autre de la zone supérieure du corps de l'utérus.

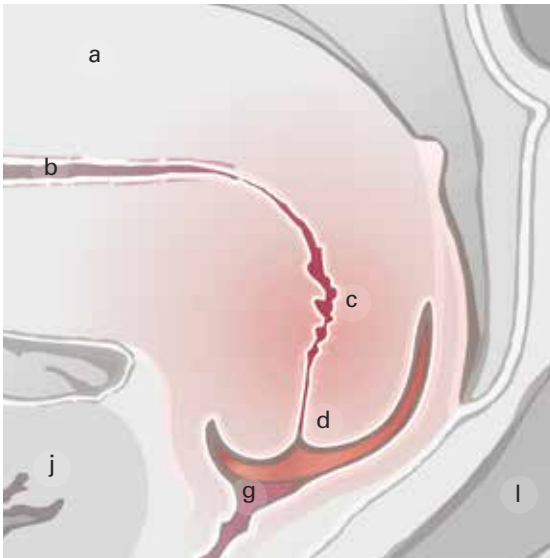
La partie inférieure de l'utérus se compose du col de l'utérus (cervix) et du canal du col de l'utérus (canal cervical). Le col et la cavité utérine sont revêtus d'une muqueuse différente. En effet, celle du col de l'utérus sécrète un mucus plus visqueux, qui ferme le canal cervical. Le col de l'utérus s'ouvre sur le vagin. Cette portion intravaginale visible porte aussi le nom de «museau de tanche».



L'utérus et les organes voisins

- a corps de l'utérus
- b cavité utérine
- c col de l'utérus
- d museau de tanche
- e ovaire
- f trompe de fallope
- g vagin
- h lèvres
- i urètre
- j vessie
- k pubis
- l rectum

Coupe sagittale du col de l'utérus



Les ganglions lymphatiques et les vaisseaux lymphatiques du bassin ne figurent pas sur les schémas, mais ils ont leur importance, car en cas de tumeur, ils peuvent également être atteints par la maladie.

La fonction de l'utérus et du col de l'utérus

C'est dans cet organe que va croître un fœtus jusqu'à la naissance, à l'abri des influences extérieures comme des chocs par exemple.

De la puberté à la ménopause, le phénomène de l'ovulation libère un ovule une fois par mois. Si l'ovule est fécondé au cours de son voyage à travers la trompe, il s'implante quelques jours plus tard dans l'utérus où il poursuit son développement sous forme d'embryon.

Chaque mois, sous l'influence des hormones, l'endomètre tapissant l'utérus se prépare à accueillir un ovule fécondé. En l'absence de fécondation, la couche de muqueuse qui revêt l'intérieur de l'organisme desquame avant d'être expulsée de l'organisme (règles ou menstruation).

Les vaisseaux sanguins de l'utérus apportent des nutriments et de l'oxygène à l'enfant. Au moment de la naissance, l'utérus joue aussi un rôle important, car les contractions sont provoquées par la couche musculaire pour expulser le bébé.

Le col de l'utérus forme une limite naturelle entre le monde extérieur, le vagin peuplé de germes et la partie interne du corps (cavité utérine, ovaires, cavité abdominale). La muqueuse du canal cervical empêche les germes d'atteindre la cavité utérine et de déclencher une maladie infectieuse.

A l'inverse de la cavité utérine, le col de l'utérus ne se dilate pas au cours d'une grossesse. Il demeure étroitement fermé afin d'empêcher que le fœtus ne «glisse» hors de l'utérus. Ce n'est qu'au moment de l'accouchement que le col de l'utérus s'écarte suffisamment pour que l'enfant puisse sortir.

Cancer du col de l'utérus et stades précancéreux

Deux types de cancer peuvent se développer dans l'utérus:

- > **Le cancer du corps de l'utérus** prend naissance dans l'endomètre, la muqueuse qui en tapisse l'intérieur. On parle aussi de cancer de l'endomètre, de carcinome de l'endomètre ou de carcinome utérin;
- > **Le cancer du col de l'utérus** se développe à partir des cellules muqueuses du col ou de celles du museau de tanche. Le terme médical pour ce cancer est carcinome cervical.

Bien que ces deux types de cancer touchent le même organe (l'utérus) il s'agit de deux maladies bien distinctes. Cette brochure n'aborde que le cancer du col de l'utérus. La Ligue contre le cancer propose également une brochure sur le cancer du corps de l'utérus (voir p. 43).

Formation et développement possible du cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus apparaît soit dans les cellules du museau de tanche, il s'agit alors d'un *carcinome épidermoïde*, soit – beaucoup plus rarement – dans les cellules glandulaires du canal cervical: cette tumeur est un *adénocarcinome*.

A un stade initial, lorsque seule la couche supérieure de la muqueuse est touchée, il n'y pas encore de cancer à proprement parler, mais on diagnostique une lésion précancéreuse ou en l'occurrence un *néoplasie cervicale intraépithéliale*. Le risque d'une évolution vers un cancer du col existe: examens de contrôle et traitements sont donc indispensables.

Lorsque les cellules d'une lésion précancéreuse poursuivent leur progression dans la muqueuse, un cancer du col de l'utérus apparaît, aussi appelé *carcinome invasif*. Peu à peu, la tumeur détruit le tissu du col de l'utérus.

A des stades ultérieurs, la tumeur peut s'étendre à des tissus et à des organes voisins, notamment aux ganglions lymphatiques, au vagin, au corps de l'utérus, au rectum, à la vessie et au péritoine. À travers les vaisseaux lymphatiques ou sanguins, les cellules tumorales peuvent parvenir dans d'autres organes et y former des métastases, notamment dans le poumon, le foie ou les os.

Fréquence

Chaque année en Suisse, on diagnostique des lésions précancéreuses du col de l'utérus chez environ 5000 femmes. Environ 230 femmes sont atteintes chaque année d'un cancer du col, soit 1,4% de tous les types de cancer diagnostiqués chez les femmes. Il concerne tout particulièrement les femmes âgées entre 35 et 50 ans.

Au cours des dernières décennies, le nombre de cas a fortement baissé. Ce phénomène s'explique d'abord par une meilleure hygiène et par les mesures de dépistage. Cependant, dans les pays en voie de développement et les pays émergents, le cancer du col de l'utérus demeure l'un des types de cancer les plus fréquents chez la femme.

Causes possibles et facteurs de risque

On ignore les causes exactes du cancer du col de l'utérus, mais certains facteurs et circonstances de vie peuvent – mais il ne s'agit pas là de vérités absolues – augmenter le risque de contracter la maladie.

Le facteur de risque principal est l'infection par certains types de virus du papillome humain ou

papillomavirus (VPH). Il en existe plus de cent: certains d'entre eux provoquent l'apparition de verrues génitales (condylomes), et d'autres peuvent causer un cancer du col de l'utérus chez la femme et un cancer du pénis chez l'homme.

Le virus se transmet en premier lieu par les rapports sexuels. Les contacts de peau à peau (notamment avec les régions génitales anales ou buccales d'une personne porteuse du virus) peuvent aussi transmettre l'infection. En règle générale, on guérit d'une infection aux VPH sans troubles et sans séquelles. L'infection devient chronique dans une petite partie des cas, lorsque les virus restent «logés» dans le tissu et entraînent une prolifération anarchique des cellules. Dans de tels cas, le risque de cancer du col augmente. La majorité des femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus présentent une infection chronique par un VPH dangereux.

Dans les pays industrialisés, on estime entre 70 et 80% le nombre de personnes susceptibles d'être contaminées par un VPH au cours de leur vie. Une infection par VPH ne signifie pas que les personnes atteintes ont une sexualité «débri-dée», elle peut concerner toutes les personnes sexuellement actives.

D'autres facteurs de risque sont:

- > Le tabagisme: les substances nocives de la fumée endommagent aussi les cellules du col de l'utérus;
- > Des rapports sexuels précoces et des partenaires sexuels multiples;
- > Des infections additionnelles des organes génitaux par des agents infectieux sexuellement transmissibles comme l'herpès génital par exemple;
- > Un dysfonctionnement chronique du système immunitaire, comme une infection par le virus du SIDA (VIH) ou chez les femmes qui à la suite d'une greffe doivent prendre des médicaments anti-rejet (immunosuppresseurs).

Prévention

Une bonne hygiène intime chez les deux partenaires, l'usage de préservatifs et l'arrêt du tabac sont des mesures qui peuvent faire baisser le risque de cancer du col de l'utérus. Actuellement, il est possible pour les jeunes filles et les jeunes garçons, ainsi que pour les jeunes adultes de se faire vacciner contre les types de VPH les plus dangereux, mais idéalement, il faudrait le faire avant le premier rapport sexuel.

Le vaccin permet de diminuer le risque de contracter un HPV dangereux. En Suisse, la vaccination est gratuite pour toutes les jeunes filles et les jeunes garçons, pour autant qu'elle se fasse dans le cadre d'un programme cantonal spécifique (voir p. 45, sites Internet).

Dépistage

Le cancer du col de l'utérus est l'un des rares cancers que l'on peut diagnostiquer et traiter tôt. C'est pourquoi il est important que toutes les femmes se rendent chez le gynécologue pour une visite de contrôle dès le premier rapport sexuel.

Pour le dépistage, le gynécologue procède à un prélèvement de cellules du museau de tanche et du col de l'utérus. On appelle cet examen le test de Pap, du nom de son inventeur, le médecin grec G. Papanicolaou (voir aussi le chapitre «Examens et diagnostic»). En examinant les cellules prélevées, le médecin est à même de constater la présence éventuelle de lésions précancéreuses.

La fréquence des prélèvements dépendra des circonstances de vie de la patiente et des résultats de prélèvements antérieurs. Votre gynécologue vous donnera tous les renseignements nécessaires.



Symptômes possibles

Les stades précancéreux du cancer du col de l'utérus sont asymptomatiques. C'est pourquoi seuls les examens de dépistage permettent de les diagnostiquer.

De même, le cancer du col de l'utérus n'entraîne souvent que très peu de troubles, et ce n'est qu'à des stades avancés que des symptômes se manifestent. Les signes suivants peuvent indiquer l'apparition d'un cancer:

- > des saignements entre les règles ou des règles qui durent plus de six jours;
- > chez les femmes ménopausées, des saignements vaginaux;
- > des saignements après un rapport sexuel;
- > des pertes malodorantes;
- > des douleurs dans le bas-ventre;
- > une perte de poids inexplicquée.

La plupart du temps, ils sont liés à des affections plus bénignes. Un contrôle chez le médecin s'impose quand même, notamment en présence de saignements anormaux: en règle générale, plus une lésion précancéreuse ou un cancer sont détectés tôt, plus les chances de guérison sont élevées.

Examens et diagnostic

En fonction de la situation de la patiente les examens se déroulent différemment. En effet, tout dépend de la raison de la consultation, s'il s'agit d'un préexamen ou si l'on soupçonne déjà un stade précancéreux ou un cancer. En général, le gynécologue pose des questions précises sur les symptômes, leur type et leur durée. Il demande également s'il existe des antécédents médicaux.

Le médecin effectue ensuite différents examens. Tous n'entrent pas en ligne de compte pour chaque femme, car les analyses réalisées dépendent de la situation individuelle et des résultats de chaque examen.

Examen ou palpation gynécologique

Le gynécologue palpe manuellement les organes génitaux à travers la paroi abdominale, le vagin, le péritoine et éventuellement l'anus, dans le but de détecter des anomalies ou des indurations inhabituelles dans ces régions anatomiques.

Le test de Pap

Le frottis ou test de Pap est l'examen le plus important pour découvrir des stades précancéreux, il est donc également pratiqué en

matière de dépistage. D'abord, le gynécologue introduit dans le vagin un instrument que l'on appelle spéculum, qui lui permet d'écarter délicatement les parois vaginales afin d'observer le museau de tanche.

Ensuite, à l'aide d'un coton-tige spécial ou d'une petite brosse, il recueille des cellules du museau de tanche et du canal cervical. Ces cellules sont ensuite analysées au microscope dans un laboratoire spécialisé afin de déterminer s'il s'agit de cellules cancéreuses ou non. Les résultats sont prêts au bout de 7 à 10 jours. On parle aussi de test cytologique.

Examen à la loupe ou colposcopie

Cet examen permet d'observer la muqueuse du vagin et du museau de tanche à l'aide d'une loupe. Le grossissement met en évidence d'éventuelles anomalies de la muqueuse.

Biopsie

Si des zones suspectes sont détectées dans la muqueuse, le gynécologue pratique une biopsie: à l'aide d'une pince spéciale, le médecin prélève un petit fragment de tissu, qui sera ensuite analysé en laboratoire pour détecter la présence de cellules anormales.

Dépistage de virus VPH

Comme pour le frottis, le gynécologue recueille des cellules du col de l'utérus qui sont ensuite examinées en laboratoire pour dépister d'éventuels VPH. Si les résultats sont négatifs, il est alors possible d'exclure avec une très grande probabilité un cancer du col de l'utérus.

Conisation

La conisation consiste à prélever un fragment du col en forme de cône. Elle a pour objectif d'une part de retirer le tissu précancéreux du col de l'utérus, d'autre part de pouvoir analyser le tissu prélevé (voir aussi p. 28).

Echographie transvaginale

Pratiqué à l'aide d'une étroite sonde insérée dans le vagin, cet examen permet de visualiser l'utérus ainsi que les tissus et organes avoisinants.

Endoscopie de l'utérus avec curetage

Si le médecin soupçonne une extension du cancer au corps de l'utérus, il a recours à la méthode d'exploration que l'on appelle hystéroscopie ou endoscopie de l'utérus. Elle nécessite une brève anesthésie générale.

Le gynécologue introduit un instrument optique dans la cavité utérine afin d'examiner attentivement la partie interne de l'utérus. Il procède simultanément à un curetage, qui consiste à nettoyer la muqueuse du corps et du col de l'utérus (l'endomètre), puis les prélèvements sont analysés en laboratoire pour écarter toute éventualité de modification maligne.

Détermination des marqueurs tumoraux

Chez certaines patientes, il est possible de déceler ce que l'on appelle des marqueurs tumoraux: il s'agit de substances produites par le corps, dont la quantité augmente dans le sang en cas de maladie cancéreuse. Le marqueur tumoral caractéristique du cancer du col de l'utérus s'appelle SCC.

La présence ou l'absence de ces marqueurs ne permet pas de confirmer ou infirmer définitivement la présence d'une tumeur. En effet le taux de marqueurs tumoraux peut être normal en dépit de la présence d'une tumeur ou au contraire élevé mais en raison d'autres maladies.

En revanche, ils donnent par la suite de précieuses indications sur l'efficacité du traitement ou la progression de la maladie. Pour cette raison, s'ils sont mesurés ils le sont toujours avant de démarrer un traitement, puis contrôlés ultérieurement. Il est essentiel de toujours garder la même méthode pour établir les marqueurs tumoraux.

Examens d'imagerie médicale complémentaires

Si l'on soupçonne que le cancer se soit étendu au-delà du col de l'utérus, on procèdera parfois à des examens supplémentaires qui permettent de déterminer l'extension de la tumeur et la présence éventuelle de métastases:

- > une radiographie du thorax;
- > une échographie du bassin et de l'abdomen;
- > un scanner ou tomographie assistée par ordinateur (TAO) ou scanner et/ou imagerie par résonance magnétique, fondée sur l'utilisation de champs magnétiques (IRM);
- > une endoscopie de la vessie (cystoscopie);
- > une endoscopie du rectum (rectoscopie);
- > PET-Scan: le procédé combine la tomographie d'émission de positrons (PET) avec la tomographie assistée par ordinateur.

Cette technique donne des images d'une excellente précision, surtout lorsqu'il s'agit de repérer les métastases des ganglions lymphatiques.

Ce n'est que lorsque l'on aura établi comment et où le cancer s'est étendu que le traitement pourra être planifié.

Stades de la maladie

Grâce aux différents examens, le médecin est en mesure de déterminer le stade de la maladie, d'évaluer son extension. On parle également de *stadification*. Ce processus est important pour planifier le traitement de manière optimale.

Classification des stades précancéreux

En règle générale, quelques examens comme la cytologie, la colposcopie et éventuellement une biopsie suffisent à classer les lésions précancéreuses.

Les stades précancéreux du col de l'utérus se divisent en:

- > néoplasies cervicales intra-épithéliales (NCI) ou
- > lésions squameuses intra-épithéliales (LSI)

Ces termes désignent les modifications pathologiques des cellules se limitant à la couche la plus superficielle de la muqueuse. On distingue différents degrés de gravité, que l'on divise en différentes classifications indiquant dans quelle mesure les cellules malades se distinguent des cellules saines.

Plus le degré de modification des cellules est important et plus le ris-

que est grand de voir évoluer un stade précancéreux en cancer de l'utérus.

Cancer du col de l'utérus: classifications FIGO et TNM

Pour le cancer du col de l'utérus on distingue quatre stades, le plus souvent selon la classification en vigueur sur le plan international FIGO (Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique).

Différents systèmes de classification des stades précancéreux			
Signification	Classification NCI (voir p. 18)	Classification LSI (voir p. 18)	Test de Pap (voir p. 16)
Cellules normales	pas de NCI	pas de LSI	Pap I-II
Stade précancéreux de bas grade	NCI I	LSI de bas grade (low grade SIL ou LG SIL en anglais)	Pap II-III
Stade précancéreux de grade intermédiaire	NCI II	LSI de bas grade à haut grade (LG SIL à HG SIL en anglais)	Pap III-IV
Stade précancéreux de haut grade	NCI III		Pap IV-V

> Il existe aussi un Pap 0, qui signifie que l'analyse cytologique des cellules ne peut pas aider à poser un diagnostic. Il faut donc refaire un test.

> La cytologie permet également d'examiner les cellules modifiées par des inflammations. Elles sont indiquées à l'aide d'une minuscule que l'on ajoute («w» par exemple), mais ne sont pas liées au développement d'un cancer.

Celle-ci se rapproche de la classification internationale TNM, que l'on emploie pour pratiquement tous les cancers, et qui sert à déterminer la taille de la tumeur (T), le degré d'atteinte des ganglions lymphatiques (N, pour *node* en anglais) et la présence de métastases (M) dans d'autres organes que l'on appelle aussi métastases à distance.

Les stades sont désignés par des chiffres allant de I à IV suivis d'une lettre. Plus la maladie s'est propagée dans l'organisme, plus le chiffre est élevé et plus le stade d'évolution est avancé.

Classification FIGO

- 0** Carcinome in *situ*: la tumeur est limitée à la couche la plus superficielle ou externe de la muqueuse.
- I** La tumeur est limitée au col de l'utérus.
 - IA** La tumeur est visible au microscope seulement.
 - IA1** La tumeur mesure moins de 3 mm de profondeur et moins de 7 mm de largeur.
 - IA2** La tumeur mesure entre 3 et 5 mm de profondeur et moins de 7 mm de largeur.
 - IB** La tumeur est visible à l'œil nu.
 - IB1** La tumeur mesure moins de 4 cm.
 - IB2** La tumeur mesure plus de 4 cm.
- II** La tumeur s'étend au-delà du col de l'utérus, mais n'atteint que le premier tiers inférieur du vagin ou la paroi pelvienne.
 - IIA** La tumeur n'a pas envahi le paramètre du col de l'utérus, mais s'est étendue aux deux tiers du vagin.
 - IIB** La tumeur a envahi le paramètre, mais pas la paroi pelvienne.

III La tumeur a atteint la paroi pelvienne, le tiers inférieur du vagin, ou cause l'occlusion d'un rein.

Si la tumeur a envahi le tiers inférieur du vagin mais n'a pas atteint la paroi pelvienne, on parle de stade IIIA.

Si la tumeur a atteint la paroi pelvienne ou provoque l'occlusion d'un rein, on parle de stade IIIB.

IV La tumeur a envahi des organes voisins dans le bassin ou a formé des métastases dans d'autres organes plus distants.

Si la tumeur s'est étendue à des organes voisins comme la vessie ou le rectum on parle de stade IVA.

Si la tumeur a formé des métastases à distance dans d'autres organes comme par exemple les poumons, les os ou le foie, on parle de stade IVB.

La classification TNM sert aussi à spécifier si les ganglions lymphatiques voisins ou régionaux sont atteints. N équivaut à ganglion lymphatique (*node* en anglais) et le degré d'atteinte s'exprime de la manière suivante:

N0 Les ganglions lymphatiques sont intacts;

N1 Les ganglions lymphatiques voisins ou régionaux présentent des cellules tumorales.

Généralités sur le traitement

- Vous trouverez la description des méthodes thérapeutiques individuelles à partir de la page 28.
- Pour en savoir plus sur le choix et l'ordre des thérapies en cas de stades précancéreux ou de cancer du col, reportez-vous à la page 36.

Le choix du traitement dépend avant tout des facteurs suivants:

- > le stade de la maladie;
- > l'âge de la femme concernée/la patiente;
- > un éventuel désir d'enfant;
- > l'état de santé général;
- > les souhaits personnels et l'état d'esprit de la patiente.

Les objectifs et les principes thérapeutiques varient en fonction du type de tumeur et du stade de la maladie.

Objectifs du traitement

Curatif

On parle d'un traitement *curatif* lorsque l'on vise à obtenir la guérison (rémission complète). Les chances sont meilleures si la tumeur ne s'est pas propagée et qu'elle peut être complètement enlevée en opérant.

Palliatif

Lorsque la guérison est peu probable parce que des métastases se sont formées dans d'autres organes par exemple, on s'efforce de ralentir la progression de la maladie, parfois durant des années, et de maintenir une qualité de vie aussi bonne que possible. Les soins palliatifs prennent alors une grande importance. Il peut s'agir de mesures médicales, de soins, ou bien encore d'un accompagnement psychologique ou spirituel pour atténuer les symptômes comme la douleur et l'angoisse, afin de préserver la qualité de vie au maximum.

Principes thérapeutiques

Traitement adjuvant ou post-opératoire

Un traitement *adjuvant* est effectué après l'opération pour éliminer d'éventuelles cellules tumorales

Important

Les stades précancéreux et le cancer du col sont traités différemment. La thérapie des stades précancéreux permet de conserver l'utérus. Cette possibilité est très importante si la patiente désire avoir des enfants. En revanche, lorsque le cancer du col de l'utérus est déclaré, il faut en règle générale opérer et l'enlever.

résiduelles et diminuer le risque de récurrence de la tumeur et de formation de métastases.

Traitement néo-adjuvant ou préopératoire

Un traitement *néo-adjuvant* précède l'opération. L'objectif est de réduire la taille de la tumeur pour ménager au maximum les tissus environnants pendant l'opération. Ce type de traitement détruit également les métastases microscopiques.

Choix du traitement

Lorsque les examens montrent avec certitude la présence de lésions précancéreuses ou permettent de diagnostiquer un cancer du col, il est impératif de planifier soigneusement les traitements nécessaires. Généralement, en cas de cancer du col de l'utérus, on procède de façon interdisciplinaire.

En d'autres termes, les experts de différentes spécialités jugent de la situation et décident ensemble du meilleur traitement à appliquer dans un cas particulier. Le choix se fait avec la patiente. Vous pouvez poser des questions à tout

moment, remettre en question une décision déjà prise ou exiger un temps de réflexion.

- > Le mieux est de pouvoir discuter des options possibles directement avec les médecins spécialistes des maladies cancéreuses, à savoir selon le cas: le gynécologue, le radio-oncologue, l'oncologue ou l'oncologue gynécologique – l'idéal étant que ce processus soit coordonné par un spécialiste chargé de votre suivi.
- > Un proche ou une personne de confiance peuvent vous accompagner aux entretiens.
- > Vous pouvez également en parler avec votre médecin de famille ou demander un deuxième avis médical: c'est votre droit le plus strict et le médecin traitant ne le considérera pas comme une marque de défiance.
- > Enfin, réfléchissez à la possibilité de vous adresser à un psycho-oncologue. Les médecins n'y pensent pas automatiquement, mais cette possibilité peut s'avérer précieuse en fournissant un soutien qui sort du cadre strictement médical.

Les points suivants peuvent vous aider à préparer ces entretiens:

- > Le traitement proposé est-il curatif ou palliatif (voir p. 22)? Peut-il prolonger l'espérance de vie? Améliore-t-il la qualité de vie?
- > Quels sont les avantages et inconvénients du traitement, aussi en termes d'espérance de vie et de qualité de vie?
- > Y a-t-il encore d'autres options thérapeutiques?
- > Quels organes et quelles fonctions le traitement affecte-t-il?
- > A quels effets indésirables faut-il s'attendre? Seront-ils passagers ou durables? Comment y remédier?
- > Dans quelle mesure la fécondité et la sexualité sont-elles touchées?
- > Y a-t-il un risque d'incontinence urinaire ou fécale?
- > Quels sont les autres troubles possibles si la tumeur touche d'autres organes?
- > Quelles répercussions la maladie et le traitement auront-ils sur la vie de tous les jours, sur l'entourage?
- > En cas de renoncement à certains traitements, quelles sont les conséquences en termes d'espérance de vie et de qualité de vie?

Effets indésirables

Le nombre et l'importance des effets indésirables varient de cas en cas. Aujourd'hui, les progrès en soins médicaux et traitements médicamenteux aident à les atténuer. N'hésitez surtout pas et parlez-en à l'équipe responsable, c'est important. Les effets indésirables peuvent survenir en cours de traitement ou apparaître plus tard. Beaucoup régressent en quelques jours, d'autres après plusieurs semaines, voire plusieurs mois.

Important

- > Un grand nombre d'effets indésirables sont prévisibles. Pour les contrecarrer, il faudra peut-être prendre certains médicaments à l'avance (voir p. 34). La prescription médicale devra alors être consciencieusement respectée.
- > Même s'il s'agit de crèmes, d'onguents, de lotions, etc., il est important de d'abord consulter l'équipe soignante avant de prendre un produit de son propre chef, car même un produit «naturel» qui paraît inoffensif peut interférer avec le traitement.

Un grand nombre de brochures publiées par la Ligue contre le cancer décrivent les effets de la maladie et du traitement. Vous y trouverez une multitude de conseils pouvant vous aider à mieux les gérer (voir annexes).

Répercussions sur la fertilité et la sexualité

Un diagnostic de lésions précancéreuses ou de cancer du col entraîne de nombreuses questions sur la sexualité et la possibilité d'avoir un enfant. Il faut en parler sans crainte avec l'équipe soignante, à tout moment: au cours du traitement ou plus tard pendant le suivi.

Désir d'enfant

Beaucoup de femmes en âge de procréer qui ont reçu un diagnostic de stade précancéreux ou de cancer du col souhaitent encore avoir des enfants.

- > Le traitement des lésions précancéreuses permet de conserver l'utérus et d'envisager une grossesse par la suite. S'il consiste en une conisation (voir p. 28), le col de l'utérus s'en trouvera fragilisé, entraînant un risque accru de fausse couche ou de naissance prématurée.

- > En cas de cancer, il faut presque toujours retirer l'utérus. Les patientes ne pourront alors plus envisager de grossesse.

Avant de débiter le traitement, il est fondamental d'informer le médecin d'un éventuel désir d'enfant. Après le traitement également il est très important de tenir au courant le médecin en cas de grossesse ou de projet de fonder une famille, car il se peut que des mesures particulières soient nécessaires pour éviter l'éventualité d'une fausse couche ou d'une naissance prématurée.

L'ablation de l'utérus et le fait de ne plus pouvoir avoir d'enfant représentent une épreuve sur le plan psychique: une consultation psycho-oncologique peut représenter une mesure de soutien.

Ménopause et troubles de la ménopause

Généralement, lors d'une opération du col de l'utérus, il n'est pas nécessaire de retirer les ovaires. Il se peut cependant qu'une telle intervention soit nécessaire en raison de l'étendue de la tumeur. Une telle opération entraîne une ménopause précoce, qui peut s'accompagner de troubles spécifiques comme des bouffées de chaleur, une humeur dépressive ou des



troubles de la concentration. Un traitement médicamenteux ou une radiothérapie peuvent également occasionner les mêmes symptômes.

La ménopause représente pour certaines femmes une étape difficile sur le plan psychique et physique. Une discussion avec le médecin permettra de savoir comment en soulager les troubles. Un traitement hormonal de substitution peut être prescrit, notamment en cas de carcinome épidermoïde.

Sexualité

Les opérations et les différents traitements peuvent également avoir des répercussions sur la vie intime et le plaisir sexuel. Là encore, il faut parler avec le médecin des conséquences possibles des traitements et des moyens à disposition pour y remédier.

Pour en savoir plus

[Vous pouvez consulter la brochure «Cancer et sexualité au féminin», où vous en apprendrez davantage sur les effets des traitements sur la vie sexuelle \(voir annexes\).](#)

Traitement dans le cadre d'une étude clinique

La recherche médicale développe constamment de nouvelles approches et méthodes thérapeutiques. Après de nombreuses étapes, celles-ci doivent être évaluées chez l'homme. Il s'agit généralement d'optimiser des traitements déjà existants afin d'accroître leur efficacité et d'en atténuer les effets secondaires ou de prolonger la survie. Il est donc nécessaire de réaliser une étude dite *clinique*, qui implique directement des patients.

Il se peut que l'on propose à la patiente de participer à une telle étude dans le cadre du traitement. La décision vous appartient entièrement, vous êtes libre d'accepter ou de refuser. A tout moment vous pouvez vous retirer de l'étude ou interrompre le traitement, de même que vous pouvez demander à être informée sur les études en cours.

Seul un entretien personnel avec votre médecin permettra de déterminer les avantages et les inconvénients d'une participation à une étude clinique. La brochure «Thérapie anticancéreuse dans le cadre d'une étude clinique» (voir annexes) permet d'en savoir plus.

Méthodes thérapeutiques

- *Prenez le temps de lire les Généralités à partir de la page 22.*
- *Vous trouverez le détail des stades de la maladie à partir de la page 18.*
- *Les méthodes qui entrent en ligne de compte en cas de stades précancéreux ou de cancer du col de l'utérus sont décrites à partir de la page 36.*

Les méthodes décrites ici ne sont pas toutes utilisées dans le cadre d'un traitement individuel. Pour en savoir plus sur le choix et l'ordre des thérapies, vous pouvez vous reporter au chapitre suivant.

Attendre et observer: surveillance active

En cas de stades précancéreux très précoces ou intermédiaires, aucun traitement ne sera en principe prescrit immédiatement. En général, le médecin fait un nouveau frottis au bout de six mois, contrôle la progression des lésions et procède à de nouveaux examens en fonction des résultats. Chez environ 55% des femmes présentant un NCI I et 45% des patientes avec un NCI II, les lésions précancéreuses régressent d'elles-mêmes.

Opération sans ablation de l'utérus

La conisation

La conisation est indiquée en cas de lésions précancéreuses sévères (de haut grade) ou de cancer du col de l'utérus à un stade très précoce. L'opération consiste à prélever dans le col un échantillon de tissu en forme de cône. Le prélèvement est ensuite soigneusement examiné au microscope pour s'assurer que toutes les cellules cancéreuses ont été enlevées. Si tel est le cas, il n'est pas nécessaire de mettre en place un traitement.

En général, l'intervention se déroule sous anesthésie générale à l'hôpital. La plaie guérit au bout de quatre à six semaines, et les troubles postopératoires sont très rares. La conisation permet de conserver l'utérus afin de pouvoir envisager une grossesse après l'opération. La conisation fragilise toutefois le col de l'utérus et augmente le risque de fausse couche ou de naissance prématurée.

Vaporisation au laser

Les lésions précancéreuses de degré faible ou intermédiaire dont les bords sont facilement visibles peuvent être détruites au moyen du laser. Cette méthode présente l'inconvénient de ne pas permettre d'analyse puisque le tissu est détruit.

Excision électrochirurgicale (LEEP)

Les lésions précancéreuses intermédiaires et sévères que l'on arrive à bien délimiter sont retirées au moyen d'une anse électrique. Le tissu prélevé est intact et peut donc faire l'objet d'une analyse. Dans le jargon médical, on parle d'intervention par LEEP (Loop Electro Excision Procedure).

Opération avec ablation de l'utérus ou hystérectomie

Traitement chirurgical principal en cas de cancer du col de l'utérus, il consiste à enlever l'utérus. À un stade précoce, cette opération permet de guérir la maladie. En fonction du stade ou de l'étendue de la tumeur, il faut aussi enlever, partiellement ou en totalité, des tissus voisins et des organes. Selon le cas de figure, il peut s'agir :

- > des tissus de soutien de l'utérus (ligaments et paramètres);
- > en plus, des ganglions lymphatiques du bassin et de ceux qui se trouvent le long des grandes veines et artères abdominales (ganglions lymphatiques para-aortaux). Cette opération est aussi appelée *opération radicale de Wertheim*, du nom d'un gynécologue autrichien;
- > de la partie supérieure du vagin;
- > éventuellement des deux ovaires et des deux trompes.

Pendant l'opération, le chirurgien contrôlera si la tumeur s'est déjà étendue à la vessie ou au rectum. Le cas échéant, il faudra également retirer une partie de ces organes.

Déroulement de l'opération

Il existe plusieurs techniques pour enlever l'utérus: par une incision de l'abdomen (laparotomie), par une endoscopie abdominale ou laparoscopie, ou bien encore par une intervention à travers le vagin (hystérectomie vaginale).

Normalement, pour accéder à la tumeur, le chirurgien pratique une incision qui va du pubis jusqu'au nombril (laparotomie). Cette incision permet aussi d'explorer les autres organes du bassin et de la cavité abdominale pour repérer si la tumeur s'est étendue.

L'ablation de l'utérus à travers le vagin (qu'on appelle hystérectomie transvaginale) ou l'endoscopie abdominale, qui permettent d'intervenir sans ouverture de l'abdomen, ne sont possibles que dans des cas précis et à des stades précoces.

Dans le cas d'une endoscopie abdominale on pratique plusieurs petites incisions (d'environ 1 ou 2 cm) dans la paroi abdominale. Une mini-caméra ainsi que des instruments spéciaux sont introduits par ces incisions (chirurgie «par le trou de la serrure»). La caméra transmet sur un écran des images de l'intérieur du corps pour que le chirurgien puisse manœuvrer les instruments à vue et examiner les organes internes.

Exceptionnellement à des stades précoces, on pratique une *trachélectomie*: très délicate, seuls quelques chirurgiens maîtrisent ce type d'intervention, qui consiste à retirer à travers le vagin environ deux tiers du col de l'utérus, le tissu conjonctif avoisinant et les ganglions lymphatiques du bassin. Selon les circonstances et malgré les complications possibles, une grossesse est encore envisageable par la suite.

Suites opératoires possibles

La survenue de suites opératoires dépend de l'ampleur de l'intervention, et de quels organes et tissus ont été enlevés.

Oedèmes lymphatiques

Gonflements provoqués par la mauvaise circulation de liquides tissulaires qu'on appelle la lymphe, les œdèmes peuvent être douloureux. Ils apparaissent parfois à la suite de l'ablation de ganglions lymphatiques et du sectionnement de voies lymphatiques qui peut entraîner une mauvaise circulation de la lymphe. Après une ablation de l'utérus, des œdèmes peuvent se former dans la région du bas-ventre, de l'aîne ou des jambes.

Pour savoir comment traiter un œdème lymphatique, renseignez-vous tôt, en lisant par exemple la brochure «L'œdème lymphatique» (voir annexes).

Incontinence urinaire

Une incontinence urinaire peut apparaître parce que la patiente ne peut plus contrôler totalement sa vessie. Les organes situés dans le bassin étant très proches les uns des autres, il arrive que l'opération perturbe les organes de la vessie ainsi que leur innervation.

L'incontinence urinaire disparaît quelques jours voire quelques semaines après l'opération chez la majorité des patientes. Si elle devait durer, il faut absolument en

parler au médecin, car l'incontinence est un trouble qui se traite.

Fécondité et sexualité

Il est très important de parler au médecin des suites opératoires dans ce domaine également. Souvent, on peut les traiter (voir aussi p. 27).

Radiothérapie

La radiothérapie endommage avant tout les cellules cancéreuses qui, ne pouvant plus se diviser et se multiplier, finissent par mourir.

Les rayons agissent également sur les cellules saines, ce qui peut entraîner des effets indésirables pendant quelque temps. Dans la plupart des cas, contrairement aux cellules tumorales, les cellules saines ont la capacité de se régénérer.

Une radiothérapie s'impose en cas de cancer du col à un stade avancé, lorsqu'une intervention chirurgicale n'est pas possible.

En fonction du cas, la radiothérapie est associée à un traitement médicamenteux pour augmenter l'efficacité du traitement, on parle alors de radio-chimiothérapie.

Effets indésirables possibles

- > inflammation de la vessie, troubles de la miction, incontinence urinaire;
- > inflammation du rectum accompagnée de diarrhées;
- > sécheresse et rougeur de la peau ou de la muqueuse irradiée;
- > inflammation ou rétrécissement du vagin;
- > troubles sexuels.

Nous vous reportons également aux informations p. 24.

On distingue deux types de radiothérapie, qui s'appliquent en règle générale en combinaison.

Radiothérapie interne ou curie-thérapie vaginale avec afterloading

Elle consiste à introduire des applicateurs spéciaux dans le vagin ou dans la cavité utérine. Après la mise en place de ces sortes de petits tubes, on les charge en radioactivité, raison pour laquelle on parle aussi de chargement différé ou *afterloading*. Ils émettent ensuite des rayons, directement sur la tumeur. Les sources radioactives ne restent que peu de temps dans l'organisme et sont ensuite retirées.

Comparée à la radiothérapie externe, la radiothérapie interne présente certains avantages: la source de rayonnement étant très localisée, elle entraîne donc moins d'effets secondaires. Cette technique permet d'administrer des doses de rayons plus fortes entraînant des dommages plus importants de la tumeur. Seuls quelques centres spécialisés pratiquent cette technique.

Radiothérapie externe

Les rayons sont dirigés sur le tissu tumoral et les ganglions lymphatiques environnants à travers la peau ou la paroi abdominale. La zone à irradier est très précisément définie au moyen d'un scanner, pour diriger les rayons de manière ciblée et de ménager les organes voisins comme la vessie ou le rectum. La patiente se rend à ses séances de radiothérapie du lundi au vendredi pendant quatre à six semaines. Chaque séance ne dure que quelques minutes.

Pour en savoir plus

Vous trouverez de plus amples informations sur les radiothérapies et leurs effets indésirables dans la brochure «La radiothérapie» (voir annexes).

Traitements médicamenteux

Chimiothérapie

La chimiothérapie repose sur l'emploi de médicaments qui inhibent la division des cellules cancéreuses et ainsi leur prolifération: les cytostatiques.

Contrairement à la radiothérapie qui agit localement, les cytostatiques sont distribués dans tout l'organisme à travers la circulation sanguine et ont donc un effet que l'on dit systémique, parce que leur action se fait dans tout le corps.

Les cytostatiques empêchent la multiplication rapide des cellules cancéreuses et freinent leur prolifération. Leur emploi permet du coup de limiter la croissance des métastases ou du moins de la ralentir.

Malheureusement, les cellules normales à croissance rapide sont également affectées: les cellules responsables de la formation du sang (moelle osseuse), des follicules pileux, des muqueuses (bouche, estomac, intestin, vagin), et les cellules sexuelles (spermatozoïdes et ovules).

Ces atteintes non souhaitées des cellules saines expliquent la grande majorité des effets secondaires possibles. Ces effets indésirables diminuent après le traitement car les cellules saines se régénèrent, alors que les cellules cancéreuses meurent.

Le choix des cytostatiques – il en existe plus de cent – dépend des caractéristiques de la maladie. Pour le cancer du col de l'utérus, on combine généralement plusieurs substances actives et on parle de polychimiothérapie ou de traitement combiné. Ils sont administrés en plusieurs cycles entrecoupés d'une pause.

Une chimiothérapie s'impose lorsque le cancer du col de l'utérus est à un stade avancé. Il en existe différentes formes:

- > la chimiothérapie néoadjuvante, avant l'opération, qui vise à réduire la taille de la tumeur;
- > la radiochimiothérapie, chimiothérapie combinée à une radiothérapie en lieu et place d'une opération;
- > la chimiothérapie palliative, lorsque la guérison n'est plus possible.

Effets indésirables possibles

- > anémie (pâleur, fatigue);
- > nausées et vomissements (antiémétiques);
- > troubles de l'estomac et de l'intestin, diarrhées;
- > chute de cheveux;
- > sécheresse vaginale, inflammation du vagin;
- > inflammation de la muqueuse buccale;
- > danger accru de maladies infectieuses;
- > grande fatigue/épuisement;
- > des préparations à base de cortisone contre divers symptômes.

La nature des effets secondaires chez une patiente donnée ainsi que leur intensité dépend de la phase du traitement, du type de médicament, de la combinaison de médicaments et de l'état d'esprit de chaque patiente. Le médecin et l'équipe soignante veilleront à donner les bons renseignements et les bons conseils.

Nous vous rendons également attentifs aux informations p. 24.

Médicaments d'accompagnement

Votre médecin peut vous prescrire des médicaments ou des thérapies d'accompagnement – parfois même à titre préventif – pour vous

aider à lutter contre des symptômes liés aux traitements comme la fièvre, certaines infections, une anémie ou des douleurs:

- > médicaments contre les nausées et les vomissements;
- > bains de bouche ou sprays en cas de plaie ouverte dans la bouche;
- > antibiotiques contre les infections bactériennes;
- > antimycosiques contre les affections provoquées par des champignons;
- > analgésiques (voir aussi p. 38);
- > transfusions sanguines ou médicaments comme l'érythropoïétine en cas d'anémie ou transfusions de plaquettes sanguines lors de risque d'hémorragie;
- > en cas de trop faible concentration de globules blancs, médicaments favorisant la formation des globules blanc.

Pour en savoir plus

Vous trouverez de plus amples informations sur les traitements médicamenteux des tumeurs et les moyens pour atténuer leurs effets indésirables dans la brochure «Le traitement médicamenteux des cancers (chimiothérapie, thérapie antihormonale, immunothérapie)» (voir annexes).

Médecines complémentaires

Un grand nombre de patients ont recours à des méthodes complémentaires à côté de leur traitement médical. De tels traitements sont alors pris en complément au traitement classique.

Certaines de ces méthodes peuvent contribuer à améliorer le bien-être général et la qualité de vie pendant et après un traitement. Elles n'ont cependant en général guère d'effet sur la tumeur elle-même.

Sont par contre déconseillées les méthodes qui prétendent se substituer à la médecine classique. Vous trouverez davantage d'informations à ce propos dans la brochure «Parallèles? Complémentaires? Risques et bénéfices des méthodes non vérifiées en oncologie» (voir annexes).

C'est en discutant personnellement avec votre équipe soignante que vous pourrez définir au mieux si une méthode complémentaire peut vous être utile. Si vous avez déjà opté pour une telle méthode de votre propre initiative, il est indispensable que vous en informiez l'équipe soignante. Même si elles paraissent tout à fait inoffensives, sachez que certaines préparations ne sont pas compatibles avec les thérapies contre le cancer.

Traitement des stades précancéreux et du cancer du col de l'utérus

Le traitement dépend du stade de la maladie. Il est indispensable de déterminer tout d'abord s'il s'agit d'un stade précancéreux ou d'une tumeur, et le cas échéant d'évaluer si oui ou non et dans quelle mesure elle s'est propagée, afin de planifier le traitement (voir aussi «Généralités sur le traitement», p. 22). Le traitement le plus approprié se décide avec la patiente, au cas par cas.

Traitement des stades précancéreux

- *Vous trouverez au pages 18–19 des informations plus détaillées sur les stades précancéreux et leur classification.*
- *Vous pouvez lire une description de chaque méthode thérapeutique à partir de la page 28.*

Stades précancéreux des bas grade

En règle générale, en cas de stade précancéreux de bas grade, on ne met pas tout de suite en place un traitement. On attend d'abord et procède à un nouveau frottis six mois plus tard.

Si le frottis révèle de nouvelles lésions précancéreuses, si les stades précancéreux sont difficiles à diagnostiquer ou si les résultats montrent une évolution vers des stades précancéreux de grade supérieur, alors un traitement s'impose. En fonction de la situation, les médecins préconiseront une vaporisation par laser, une excision LEEP ou une conisation.

Stades précancéreux intermédiaires et de haut grade

Les stades précancéreux de haut grade sont traités plus vite, parfois même sans délai, au moyen de la vaporisation par l'excision LEEP ou la conisation. On peut aussi – selon la situation de départ – choisir d'attendre et refaire un frottis entre 3 et 6 mois plus tard.

Carcinome *in situ* (FIGO 0)

Un carcinome *in situ* est traité immédiatement, en règle générale par une conisation. C'est toutefois souvent après une conisation et des analyses au microscope du prélèvement histologique que l'on sait s'il s'agit d'un carcinome *in situ* (voir aussi p. 28, conisation). Si après la conisation, le soupçon se confirme, on recommande

alors à la patiente de se faire retirer l'utérus lors d'une deuxième opération. Si l'on est absolument certain qu'il ne s'agit pas d'une tumeur de plus haut grade, on peut, en cas de suspicion de carcinome in situ, renoncer éventuellement à une conisation et procéder à l'ablation de l'utérus (hystérectomie).

En présence d'une tumeur de plus haut grade, une intervention plus importante est en général nécessaire (voir ci-dessous).

Traitement du cancer du col de l'utérus

- *Les pages 18 et 19 abordent plus spécifiquement les stades de la maladie.*
- *Chaque méthode thérapeutique est expliquée dans le détail à partir de la page 28.*

Stades précoces

FIGO IA1

En cas de stade précoce de cancer du col, l'ablation de l'utérus est le traitement de première ligne (sous réserve d'autres critères) car il s'agit du plus efficace.

On peut éventuellement renoncer à cette opération dans un premier temps, par exemple en cas de désir d'enfant, mais des contrôles plus fréquents seront alors indispensables. Très rarement, il est possible d'envisager, chez les femmes souhaitant encore un enfant, une ablation partielle de l'utérus (trachélectomie).

FIGO IA2

En règle générale, l'utérus est enlevé (hystérectomie). S'il s'agit d'un carcinome agressif à progression rapide, on procède selon les circonstances à une opération étendue ou hystérectomie de Wertheim.

FIGO IB/IIA

Le traitement de première ligne est l'ablation de l'utérus et le prélèvement de ganglions lymphatiques ou hystérectomie de Wertheim.

Chez les patientes dont des ganglions lymphatiques sont atteints et qui présentent un risque élevé de récurrence ou de métastases, il peut s'avérer judicieux de prescrire une radiochimiothérapie post-opératoire.

Stade intermédiaire FIGO IIB

En règle générale, le chirurgien retire l'utérus, la partie la plus supérieure du vagin, éventuellement le tissu de soutien (paramètres) de l'utérus ou, partiellement, les ganglions lymphatiques voisins ainsi que les trompes et les ovaires. Pour les femmes qui ne sont pas encore ménopausées, il peut être possible de conserver les ovaires et de prescrire une radiochimiothérapie combinée par la suite. Pour réduire la taille de la tumeur, de nombreuses patientes reçoivent déjà des rayons avant l'opération, soit la radiothérapie néo-adjuvante évoquée précédemment.

Stades avancés FIGO III et IV

Généralement, on écarte ici l'option de la chirurgie parce qu'elle supposerait l'ablation de trop nombreuses structures. La radiothérapie ou une radiochimiothérapie combinée sont alors les traitements privilégiés. Plus rarement, le chirurgien réalise une opération étendue (avec ablation de la vessie et du rectum).

Traitement de la douleur

Le cancer du col de l'utérus peut provoquer des douleurs, en particulier à des stades avancés et en présence de métastases. Parce que les douleurs ne font qu'affaiblir inutilement et abattre, il est important de ne pas les supporter sans rien dire. Il faut au contraire exploiter toutes les possibilités offertes par le traitement moderne de la douleur.

Il est toujours possible de soulager les douleurs d'origine cancéreuse, voire même, dans de nombreux cas, de les supprimer complètement; grâce à des rayons, une opération, des médicaments, ou d'autres méthodes.

Pour en savoir plus

Vous trouverez plus de conseils sur le sujet dans la brochure «Vivre avec le cancer, sans douleur» (voir annexes).

Suivi et réadaptation

Après le traitement, les médecins instaurent des contrôles réguliers. Ils visent notamment à déceler rapidement les effets indésirables de la maladie ou du traitement pour y remédier ainsi qu'à détecter et soigner une éventuelle récurrence, une nouvelle tumeur, ou des métastases.

Le suivi englobe également les conseils psycho-oncologiques et psychosociaux et permet d'aborder d'autres difficultés en rapport avec la maladie pour faciliter le retour à la vie de tous les jours. La fréquence des contrôles nécessaires dépend du stade de la maladie, des traitements, et de l'état de santé.

- > **Lésions précancéreuses:**
au cours de la première année suivant le diagnostic et/ou le traitement, les contrôles sont généralement prévus tous les quatre à six mois. Si ces contrôles ne révèlent rien de suspect, des contrôles annuels suffisent par la suite.
- > **Cancer du col de l'utérus:**
au cours des deux ou trois premières années après le traitement, le médecin fixe généralement un contrôle tous les trois mois. Ensuite, des examens tous les six ou douze mois suffisent.

Si, entre deux contrôles, des problèmes surgissent, il est important de consulter le médecin sans tarder.



Vivre avec la maladie

Les progrès réalisés ces dernières décennies ont nettement amélioré les chances de survie et la qualité de vie des personnes touchées par le cancer. Les traitements restent toutefois longs et éprouvants. Si certaines personnes sont capables de poursuivre leurs activités quotidiennes, d'autres n'y arrivent plus.

S'écouter

Il faut prendre le temps nécessaire pour vous adapter à cette nouvelle situation. L'organisation du quotidien se fera pas à pas, chacun à son rythme, en fonction de vos possibilités personnelles.

Tâchez de déterminer ce qui peut contribuer à améliorer la qualité de vie. L'horizon s'éclaire parfois si on se pose des questions toutes simples:

- > Qu'est-ce que vous voulez vraiment?
- > De quoi avez-vous besoin?
- > Comment pourriez-vous y arriver?
- > Qui serait en mesure de vous aider?

Après le traitement, il n'est pas toujours facile de retrouver ses marques. Durant cette phase, il est important d'être attentif à ses propres besoins. Des adresses et des informations en annexe pourront vous être utiles.

En parler avec d'autres

Le cancer fait peur, même lorsque les chances de guérison sont élevées. Certaines personnes éprouvent le besoin d'en parler, d'autres préfèrent garder le silence. Il n'y a pas de recette universelle, et les proches ne savent pas toujours comment réagir. Les uns et les autres ont besoin d'un certain temps pour s'adapter. La plupart des personnes touchées sont toutefois reconnaissantes à leurs proches de les entourer et d'aborder avec eux leurs craintes et leurs difficultés.

Faire appel à un soutien professionnel

N'hésitez pas à faire appel à un professionnel si votre anxiété persiste ou si vous avez le sentiment que la situation vous échappe. Parlez de vos problèmes à l'équipe médicale et soignante, ou à votre médecin de famille. Au besoin, ils pourront conseiller et prescrire des mesures remboursées par la caisse-maladie.

Pour toute question d'ordre psychosocial ou en rapport avec la réadaptation, vous pouvez également vous adresser à la ligue contre le cancer de votre région ou au service social de l'hôpital.

Annexes

Information et soutien

L'équipe médicale et soignante

Elle est là pour vous informer et vous aider à surmonter les problèmes liés à la maladie et au traitement. Si vous le souhaitez, elle peut également vous mettre en contact avec un psychologue.

Votre ligue cantonale contre le cancer

Son rôle est de vous conseiller, de vous accompagner et de vous aider à surmonter les difficultés liées à la maladie. Elle peut également vous proposer des cours, des stages, des conférences, vous aider à clarifier des problèmes d'assurance, ou bien encore vous aiguiller vers un groupe d'entraide ou un spécialiste (drainage lymphatique, conseils diététiques et psycho-oncologiques, méthodes complémentaires, etc.).

La Ligne InfoCancer 0800 11 88 11

Au bout du fil, une professionnelle de la santé vous écoutera, vous proposera des solutions et répondra avec précision à vos questions sur la maladie et son traitement. L'appel et les renseignements sont gratuits.

Forums de discussion

Il existe sur internet des forums de discussion sur le thème du cancer, notamment le forum de la Ligue suisse contre le cancer www.forum-cancer.ch, géré par la Ligne InfoCancer. Vous pouvez aussi vous rendre sur le forum de la Ligue française contre le cancer: www.ligue-cancer.asso.fr.

Entrer en contact avec des personnes qui ont traversé des épreuves semblables peut redonner du courage. Il faut cependant toujours garder à l'esprit que ce qui a aidé un tel ne vous conviendra pas forcément à vous.

Groupes d'entraide

Ils favorisent l'échange d'informations et d'expériences. Bien des choses paraissent plus simples quand on en discute avec des personnes qui ont été confrontées à des difficultés similaires.

Les assurances

Les frais des traitements contre le cancer sont pris en charge par l'assurance obligatoire pour autant qu'il s'agisse de thérapies reconnues, ou que le produit figure sur la liste des spécialités de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Le remboursement de certains traitements très spécifiques peut être soumis à des conditions. Votre médecin vous donnera toutes les précisions nécessaires.

Les frais de traitements avec des substances autorisées sont également pris en charge dans le cadre d'une étude clinique (voir p. 27).

Lors de conseils ou traitements supplémentaires non médicaux, la prise en charge par l'assurance obligatoire ou l'assurance complémentaire n'est pas garantie. Il faut donc s'informer auprès de son assurance, ou demander à son médecin de famille, le médecin traitant ou l'hôpital de le faire. La ligue contre le cancer de votre canton peut également apporter un soutien dans ces démarches.

Pour les personnes qui souffrent d'un cancer, la conclusion d'une assurance complémentaire est parfois liée à des réserves, et il en va de même de certaines assurances vie.

Brochures de la Ligue contre le cancer

- > **Le cancer de l'utérus**
Carcinome de l'endomètre, sarcome de l'utérus
- > **Les traitements médicamenteux des cancers**
(chimiothérapie, thérapie anti-hormonale, immunothérapie)
- > **La radiothérapie**
- > **Vivre avec le cancer, sans douleur**
- > **Fatigue, à nous deux**
Identifier les causes, trouver des solutions
- > **Soigner son apparence durant et après la thérapie**
Peau, coiffure, couleurs et vêtements: les conseils de la Ligue contre le cancer
- > **Difficultés alimentaires en cas de cancer**
- > **Cancer et sexualité au féminin**
- > **L'œdème lymphatique**
Petit guide à l'intention des personnes concernées
- > **Parallèles? Complémentaires?**
Risques et bénéfices des méthodes non vérifiées en oncologie

> **Activité physique et cancer**

Retrouver confiance en son corps grâce au mouvement

> **Accompagner un proche atteint de cancer**

Suggestions et conseils pour les parents et amis des personnes touchées

> **A la découverte de nouveaux horizons**

Stages de réadaptation

> **Prédispositions héréditaires au cancer**

Des réponses aux questions que se posent les familles fortement touchées par le cancer

> **Cancer: prestations des assurances sociales**

> **Le cancer: des gènes à l'homme**

Un CD-ROM qui explique les mécanismes d'apparition des maladies cancéreuses, de leur origine à leur traitement (Fr. 25.– + frais de port et d'emballage).

> **Cancer – quand l'espoir de guérir s'amenuise**

Commandes

- > Ligue contre le cancer de votre canton
- > Téléphone: 0844 85 00 00
- > Courriel: shop@liguecancer.ch
- > Internet: www.liguecancer.ch

Vous trouverez également sur le site www.liguecancer.ch/brochures la liste complète et les descriptifs des brochures publiées par la Ligue contre le cancer.

Autres brochures

Thérapie anticancéreuse dans le cadre d'une étude clinique

A commander auprès du Groupe suisse de recherche clinique sur le cancer (SAKK), tél. 031 389 91 91, sakkcc@sakk.ch, www.sakk.ch → Patients → Brochure destinée aux patients. (Remarque: l'édition française 2009 n'est pas encore disponible en français).

Sites Internet

(par ordre alphabétique)

En français

www.bag.admin.ch

L'office fédéral de la santé informe sur les possibilités de vaccination contre les papillomavirus humains

www.cancer.ca

Site de la Société canadienne du cancer

www.doctissimo.fr

Site français consacré à la santé

www.fnclcc.fr

Site de la Fédération nationale française des centres de lutte contre le cancer, avec un dictionnaire des cancers de A à Z

www.forumcancer.ch

Forum internet de la Ligue contre le cancer

www.infocancer.org

Site français consacré aux différents types de cancer

www.liguecancer.ch

Site de la Ligue suisse contre le cancer

www.liguecancer.ch → Prévention → Diverses maladies → Cancer du col de l'utérus

www.ligue-cancer.asso.fr

Site de la Ligue française contre le cancer

www.espacecancer.chuv.ch

Site du CHUV de Lausanne

En anglais

www.macmillan.org.uk

A non-profit cancer information service

www.cancer.gov/cancertopics/types/cervical

National Cancer Institute USA

www.cancer.net/patient/

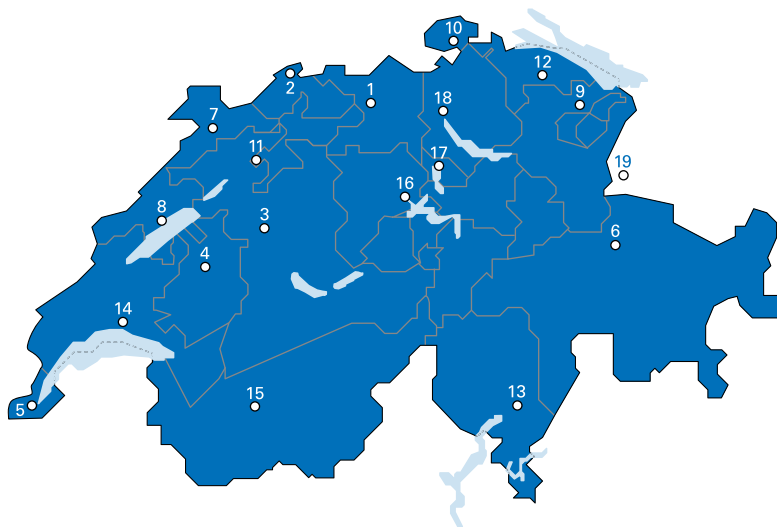
Cancer+Types/Cervical+Cancer

American Society of Clinical Oncology

Sources

Les publications et sites Internet mentionnés dans cette brochure ont également servi de sources pour la rédaction du présent texte. Ils correspondent pour l'essentiel aux critères de qualité de la fondation «La Santé sur internet» (charte de la fondation, voir www.hon.ch/HONcode/French).

La ligue contre le cancer de votre région offre conseils et soutien



1 Krebsliga Aargau

Kasernenstrasse 25
Postfach 3225
5001 Aarau
Tel. 062 834 75 75
Fax 062 834 75 76
admin@krebssliga-aargau.ch
www.krebssliga-aargau.ch
PK 50-12121-7

2 Krebsliga beider Basel

Petersplatz 12
4051 Basel
Tel. 061 319 99 88
Fax 061 319 99 89
info@klbb.ch
www.klbb.ch
PK 40-28150-6

3 Bernische Krebsliga Ligue bernoise contre le cancer

Marktgasse 55
Postfach
3001 Bern
Tel. 031 313 24 24
Fax 031 313 24 20
info@bernischekrebsliga.ch
www.bernischekrebsliga.ch
PK 30-22695-4

4 Ligue fribourgeoise contre le cancer Krebsliga Freiburg

route St-Nicolas-de-Flüe 2
case postale 96
1705 Fribourg
tél. 026 426 02 90
fax 026 426 02 88
info@liguecancer-fr.ch
www.liguecancer-fr.ch
CP 17-6131-3

5 Ligue genevoise contre le cancer

11, rue Leschot
1205 Genève
tél. 022 322 13 33
fax 022 322 13 39
ligue.cancer@mediane.ch
www.lgc.ch
CP 12-380-8

6 Krebsliga Graubünden

Ottoplatz 1
Postfach 368
7001 Chur
Tel. 081 300 50 90
Fax 081 300 50 80
info@krebssliga-gr.ch
www.krebssliga-gr.ch
PK 70-1442-0

7 Ligue jurassienne contre le cancer

rue des Moulins 12
2800 Delémont
tél. 032 422 20 30
fax 032 422 26 10
ligue.ju.cancer@bluewin.ch
www.liguecancer-ju.ch
CP 25-7881-3

8 Ligue neuchâteloise contre le cancer

faubourg du Lac 17
2000 Neuchâtel
tél. 032 721 23 25
LNCC@ne.ch
www.liguecancer-ne.ch
CP 20-6717-9

9 Krebsliga Ostschweiz
SG, AR, AI, GL
Flurhofstrasse 7
9000 St. Gallen
Tel. 071 242 70 00
Fax 071 242 70 30
info@krebssliga-ostschweiz.ch
www.krebssliga-ostschweiz.ch
PK 90-15390-1

10 Krebsliga Schaffhausen
Rheinstrasse 17
8200 Schaffhausen
Tel. 052 741 45 45
Fax 052 741 45 57
info@krebssliga-sh.ch
www.krebssliga-sh.ch
PK 82-3096-2

11 Krebsliga Solothurn
Hauptbahnhofstrasse 12
4500 Solothurn
Tel. 032 628 68 10
Fax 032 628 68 11
info@krebssliga-so.ch
www.krebssliga-so.ch
PK 45-1044-7

12 Thurgauische Krebsliga
Bahnhofstrasse 5
8570 Weinfelden
Tel. 071 626 70 00
Fax 071 626 70 01
info@tgkl.ch
www.tgkl.ch
PK 85-4796-4

13 Lega ticinese
contro il cancro
Piazza Nosetto 3
6500 Bellinzona
Tel. 091 820 64 20
Fax 091 820 64 60
info@legacancro-ti.ch
www.legacancro-ti.ch
CP 65-126-6

14 Ligue vaudoise
contre le cancer
place Pépinet 1
1003 Lausanne
tél. 021 623 11 11
fax 021 623 11 10
info@lvc.ch
www.lvc.ch
CP 10-22260-0

15 Ligue valaisanne contre le cancer
Krebsliga Wallis
Siège central:
rue de la Dixence 19
1950 Sion
tél. 027 322 99 74
fax 027 322 99 75
info@lvcc.ch
www.lvcc.ch
Beratungsbüro:
Spitalzentrum Oberwallis
Überlandstrasse 14
3900 Brig
Tel. 027 604 35 41
Mobile 079 644 80 18
info@krebssliga-wallis.ch
www.krebssliga-wallis.ch
CP/PK 19-340-2

16 Krebsliga Zentralschweiz
LU, OW, NW, SZ, UR
Löwenstrasse 3
6004 Luzern
Tel. 041 210 25 50
Fax 041 210 26 50
info@krebssliga.info
www.krebssliga.info
PK 60-13232-5

17 Krebsliga Zug
Alpenstrasse 14
6300 Zug
Tel. 041 720 20 45
Fax 041 720 20 46
info@krebssliga-zug.ch
www.krebssliga-zug.ch
PK 80-56342-6

18 Krebsliga Zürich
Freiestrasse 71
8032 Zürich
Tel. 044 388 55 00
Fax 044 388 55 11
info@krebssligazuerich.ch
www.krebssligazuerich.ch
PK 80-868-5

19 Krebshilfe Liechtenstein
Im Malarsch 4
FL-9494 Schaan
Tel. 00423 233 18 45
Fax 00423 233 18 55
admin@krebshilfe.li
www.krebshilfe.li
PK 90-4828-8

Ligue suisse contre le cancer

Effingerstrasse 40
case postale
3001 Berne
tél. 031 389 91 00
fax 031 389 91 60
info@liguecancer.ch
www.liguecancer.ch
CP 30-4843-9

Brochures

tél. 0844 85 00 00
boutique@liguecancer.ch
www.liguecancer.ch/
brochures

Forum

www.forumcancer.ch,
le forum internet de la
Ligue contre le cancer

Cancerline

www.liguecancer.ch/
cancerline, le chat sur le
cancer pour les enfants,
les adolescents et
les adultes
du lundi au vendredi
11 h–16 h

Skype

krebstelefon.ch
du lundi au vendredi
11 h–16 h

Ligne stop-tabac

tél. 0848 000 181
max. 8 cts./min.
(sur réseau fixe)
du lundi au vendredi
11 h–19 h

**Vos dons sont
les bienvenus.**

Ligne InfoCancer

0800 11 88 11

du lundi au vendredi
9 h–19 h
appel gratuit
helpline@liguecancer.ch

Unis contre le cancer

Votre Ligue contre le cancer: