

Cancer de l'endomètre

Qu'est-ce que
le cancer de
l'endomètre ?

Laissez-nous
vous expliquer.

www.fondsanticancer.org | www.esmo.org

CANCER DE L'ENDOMÈTRE : 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 de l'endomètre et à prendre conscience des meilleures options de traitement disponibles en fonction du sous-type de cancer de l'endomètre. Nous recommandons aux patientes de demander à leur médecin quels tests et quels types de traitement 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 de l'endomètre. Ce guide pour les patientes a été réalisé en collaboration avec l'ESMO et est diffusé avec l'autorisation de l'ESMO. Il a été écrit par un médecin et relu par 2 cancérologues de l'ESMO dont 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).

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

Plus d'information sur l'European Society of Medical Oncology : www.esmo.org

Veillez consulter la fin du document pour la définition des mots marqués par un astérisque.

Table des matières

| | |
|---|----|
| Définition du cancer de l'endomètre | 3 |
| Le cancer de l'endomètre est-il fréquent ? | 5 |
| Qu'est-ce qui provoque le cancer de l'endomètre ?..... | 6 |
| Comment le cancer de l'endomètre est-il diagnostiqué ? | 8 |
| Quels sont les éléments importants à connaître pour un traitement optimal ? | 10 |
| Quelles sont les options de traitement ? | 14 |
| Quels sont les effets secondaires possibles du traitement ? | 19 |
| Que se passe-t-il après le traitement ? | 23 |
| Définitions des termes difficiles | 26 |

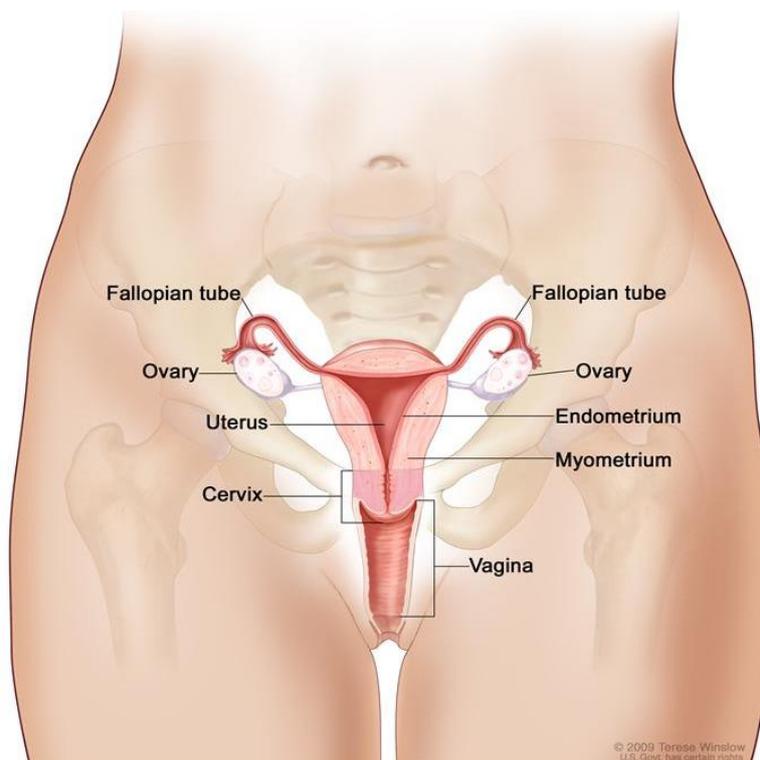
La première version de ce guide a été publiée en 2011. Elle a été rédigée par le Dr Gauthier Bouche (Fonds Anticancer) et relue par le Dr Svetlana Jezdic (ESMO), le Dr George Plataniotis (ESMO) et le Prof. Lorenz Jost (Cancer Patient Working Group de l'ESMO).

La présente mise à jour (2012) reflète les modifications faites dans la dernière version des recommandations de l'ESMO. Ces modifications ont été faites par le Dr Gauthier Bouche (Fonds Anticancer) et relue par le Dr Svetlana Jezdic (ESMO).

DÉFINITION DU CANCER DE L'ENDOMÈTRE

Cette définition provient du National Cancer Institute (NCI) des États-Unis et est utilisée avec son autorisation.

Cancer qui se développe dans le tissu qui tapisse l'intérieur de l'utérus (le petit organe creux en forme de poire situé dans le bassin de la femme et dans lequel le fœtus se développe). La plupart des cancers de l'endomètre sont des adénocarcinomes* (cancers qui débutent dans les cellules qui produisent et libèrent du mucus et d'autres fluides).



Anatomie de l'appareil reproducteur féminin. Les organes de l'appareil reproducteur féminin sont l'utérus, les ovaires (ovary), les trompes de Fallope (Fallopian tube), le col de l'utérus (cervix) et le vagin (vagina). L'utérus possède une couche musculaire externe appelée myomètre (myometrium) et une paroi interne qui porte le nom d'endomètre (endometrium).

Remarque importante concernant d'autres types de cancer de l'utérus

Cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus est un cancer qui se développe dans le col de l'utérus, contrairement au cancer de l'endomètre qui, lui, se développe dans le corps de l'utérus. Le diagnostic et le traitement de ce type de cancer sont différents de ceux du cancer de l'endomètre.

Sarcome* utérin

Le sarcome* utérin est un autre type de cancer qui se développe dans le corps de l'utérus. Il se forme dans le muscle de l'utérus (le myomètre) ou dans d'autres tissus de l'utérus.

Bien que les traitements du sarcome* utérin et du cancer de l'endomètre présentent certaines ressemblances, les informations présentées ici sont valables pour le cancer de l'endomètre mais ne s'appliquent pas au sarcome* de l'utérus.

Carcinosarcome* utérin

Le carcinosarcome* utérin est un type de cancer qui se développe dans le corps de l'utérus. Il est aujourd'hui admis que le carcinosarcome* peut être un type agressif de cancer de l'endomètre. Par conséquent, les informations fournies concernant le cancer de l'endomètre sont également valables pour le carcinosarcome* utérin.

LE CANCER DE L'ENDOMÈTRE EST-IL FRÉQUENT ?

Le cancer de l'endomètre est le cancer le plus fréquent des cancers des organes de l'appareil reproducteur féminin. En Europe, 1 à 2 femmes sur 100 développeront un cancer de l'endomètre à un moment donné de leur vie. Au sein de l'Union européenne, un diagnostic de cancer de l'endomètre est fait chez plus de 88,000 femmes, chaque année. Ce chiffre est en hausse dans la plupart des pays européens. Il s'agit de la septième cause la plus fréquente de décès dû à un cancer chez les femmes en Europe occidentale.

Le cancer de l'endomètre se déclare généralement chez les femmes âgées de plus de 50 ans, c'est-à-dire après la ménopause. Toutefois, jusqu'à 25 % des cas peuvent apparaître avant la ménopause. Au moment du diagnostic, environ 75 % des femmes sont atteintes d'un cancer limité à l'utérus (stade* I). Pour ces patientes, le pronostic* est bon et le taux de survie après 5 ans est de 90 %.

QU'EST-CE QUI PROVOQUE LE CANCER DE L'ENDOMÈTRE ?

À l'heure actuelle, les causes de l'apparition du cancer de l'endomètre ne sont pas claires. Certains facteurs de risque ont été identifiés. Un facteur de risque augmente le risque d'apparition du cancer, mais n'est ni suffisant ni nécessaire pour provoquer le cancer. Il ne constitue pas une cause en soi.

Certaines femmes qui présentent ces facteurs de risque ne développeront jamais de cancer de l'endomètre, tandis que d'autres qui ne présentent aucun de ces facteurs de risque développeront un cancer de l'endomètre.

La plupart des cancers de l'endomètre ont besoin d'œstrogènes* pour se développer. En l'absence d'œstrogènes*, ils cessent de croître ou croissent plus lentement. C'est pourquoi, à quelques exceptions près, les facteurs qui augmentent le risque d'apparition du cancer de l'endomètre sont liés aux œstrogènes*.

Les principaux facteurs de risque du cancer de l'endomètre sont les suivants :

- Le vieillissement : le risque de cancer de l'endomètre augmente avec l'âge de la femme.
- Les gènes : les femmes atteintes d'un cancer colorectal héréditaire sans polypose, également appelé syndrome HNPCC ou syndrome de Lynch, présentent un risque élevé de développer un cancer du côlon et de l'endomètre. Une femme sur 2 atteintes de ce syndrome développera un cancer de l'endomètre à un moment donné de sa vie. Ce syndrome est une maladie héréditaire due à la mutation d'un gène et il est responsable de 5 % de tous les cancers de l'endomètre.
- Les antécédents familiaux de cancer de l'endomètre : avoir une parente au premier degré (mère, sœur ou fille) qui a été atteinte d'un cancer de l'endomètre augmente le risque de développer un cancer de l'endomètre.
- Les antécédents personnels de cancer du sein ou de l'ovaire :
 - Avoir eu un cancer du sein ou de l'ovaire augmente le risque de développer un cancer de l'endomètre.
 - Pour les femmes qui possèdent des antécédents personnels de cancer du sein, le risque est également plus élevé si elles ont été traitées par tamoxifène*. Le tamoxifène est un anti-œstrogène, de sorte qu'une diminution du risque pourrait être attendue. Cependant, le tamoxifène possède aussi un effet stimulant sur l'endomètre, ce qui peut favoriser le développement ou la croissance du cancer de l'endomètre. Quoiqu'il en soit, chez les femmes atteintes d'un cancer du sein pour lequel le tamoxifène est indiqué, les bénéfices du tamoxifène sont plus importants que le risque de développer un cancer de l'endomètre.
- Les antécédents personnels de certaines maladies gynécologiques :
 - Syndrome des ovaires polykystiques : ce syndrome entraîne une élévation du taux d'œstrogènes* ainsi qu'une diminution du taux de progestérone*, ce qui accroît le risque de cancer de l'endomètre.
 - Hyperplasie de l'endomètre : une hyperplasie de l'endomètre est une prolifération des cellules de l'endomètre. Les cellules sont normales mais peuvent devenir cancéreuses plus tard. Le risque de cancer est très faible en cas d'hyperplasie simple ou bénigne, mais il est élevé en cas d'hyperplasie atypique.

- L'exposition aux œstrogènes*, en association ou non avec un taux insuffisant de progestérone*, par exemple :
 - Chez certaines femmes, il existe parfois un déséquilibre naturel.
 - L'emploi ou la prise, après la ménopause, d'œstrogènes* externes, en particulier de traitements hormonaux qui contiennent uniquement des œstrogènes* et pas de progestérone*.
- Le surpoids et l'obésité : le surpoids et l'obésité augmentent le risque de cancer de l'endomètre car ils modifient le taux d'œstrogènes* et ses effets.
- Le diabète : les femmes diabétiques présentent un risque accru de cancer de l'endomètre car le diabète modifie le taux d'œstrogènes* et ses effets.
- L'hypertension* : l'hypertension pourrait être associée à un risque plus élevé du cancer de l'endomètre, mais les raisons de cette association restent peu claires.
- Les facteurs géographiques : les femmes vivant en Amérique du Nord ou en Europe présentent un risque plus important de développer un cancer de l'endomètre.
- L'absence de grossesse : les femmes qui n'ont jamais été enceintes présentent un risque plus élevé de développer un cancer de l'endomètre. En revanche, les femmes qui ont eu au moins un enfant sont moins susceptibles de développer un cancer de l'endomètre. Ce fait est particulièrement marqué chez les femmes qui ont eu 5 enfants ou plus.
- Nombre total de cycles menstruels : un nombre plus important de cycles menstruels au cours de la vie augmente le risque de cancer de l'endomètre, à nouveau pour des raisons hormonales.

Les pilules contraceptives qui contiennent à la fois des œstrogènes* et de la progestérone* réduisent le risque de cancer de l'endomètre. D'autres facteurs ont été suspectés d'être associés à un risque plus élevé (consommation d'alcool, manque d'activité physique) ou plus faible (consommation de phyto-œstrogènes présents dans les aliments à base de soja, le café, les légumes...) de développer un cancer de l'endomètre, mais les preuves ne sont pas cohérentes.

COMMENT LE CANCER DE L'ENDOMÈTRE EST-IL DIAGNOSTIQUÉ ?

Contrairement au cancer du col de l'utérus, aucun dépistage systématique¹ n'est recommandé pour le cancer de l'endomètre.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus (un frottis cervico-vaginal généralement tous les 3 ans) pratiqué lors d'un examen gynécologique a pour but de détecter le cancer du col de l'utérus, pas le cancer de l'endomètre. Le cancer du col de l'utérus touche la partie étroite la plus basse de l'utérus, qui débouche dans le vagin, comme vous pouvez le voir sur l'illustration au chapitre « Définition ». Néanmoins, certains frottis cervico-vaginaux peuvent détecter le cancer de l'endomètre, même si ce n'est pas leur but.

Le signe le plus fréquent du cancer de l'endomètre est un saignement vaginal. Après la ménopause, il n'est pas normal qu'une femme présente des saignements vaginaux. La présence de tels saignements est donc anormale et doit amener les femmes concernées à consulter un médecin. Avant la ménopause, les saignements vaginaux entre les règles ou les saignements vaginaux anormalement abondants pendant les règles doivent également inciter les femmes à consulter un médecin. Le cancer de l'endomètre n'est pas la seule cause, ni la plus fréquente, de tels saignements vaginaux. Les médecins réaliseront donc des examens complémentaires.

Le diagnostic de cancer de l'endomètre repose sur les trois examens suivants :

- 1. Examen clinique***. Un examen gynécologique est pratiqué afin d'évaluer la localisation et le volume de la tumeur ainsi que pour déterminer si elle s'est étendue à d'autres organes du bassin.
- 2. Examen radiologique.** Il s'agit notamment d'un examen de l'utérus par échographie. Une sonde est introduite dans le vagin afin d'être plus proche de l'utérus et de permettre ainsi un meilleur examen. Cette technique est appelée échographie par voie vaginale. Durant cet examen, l'épaisseur de l'endomètre est mesurée. Si celle-ci dépasse 3 ou 4 mm, un échantillon du tissu de l'endomètre (biopsie*) est prélevé. Des examens complémentaires tels qu'une radiographie du thorax*, une échographie abdominale et un scanner* abdominal peuvent être réalisés afin d'exclure la présence de métastases*. S'il



¹ Le dépistage consiste à pratiquer un examen afin de détecter le cancer à un stade* précoce, avant que tout signe de la maladie n'apparaisse. Un dépistage systématique est proposé si un examen sûr et acceptable peut être pratiqué et si cet examen permet de détecter le cancer dans la majorité des cas. Il doit aussi être prouvé que le traitement des cancers dépistés est plus efficace que le traitement des cancers diagnostiqués à la suite de la présence de signes du cancer. Ce fait a été démontré, par exemple, pour le frottis cervico-vaginal utilisé dans le dépistage du cancer du col de l'utérus.

existe des doutes sur le fait que le cancer se soit étendu au col de l'utérus, une imagerie par résonance magnétique* (IRM) peut être demandée.

3. **Examen anatomopathologique***. Il s'agit de l'examen des cellules tumorales en laboratoire, par dissection d'un échantillon de la tumeur (biopsie*). Cet examen de laboratoire est réalisé par un anatomopathologiste qui confirmera le diagnostic de cancer de l'endomètre et fournira davantage d'informations sur les caractéristiques du cancer. La biopsie* est réalisée généralement par hystéroscopie, une procédure qui consiste à introduire un endoscope fin dans l'utérus ainsi qu'un dispositif servant à effectuer le prélèvement. Un deuxième examen anatomopathologique sera réalisé plus tard lors de l'examen de la tumeur enlevée par chirurgie.



QUELS SONT LES ÉLÉMENTS IMPORTANTS À CONNAÎTRE POUR UN TRAITEMENT OPTIMAL ?

Les médecins devront rassembler différents éléments pour déterminer le meilleur traitement. Les éléments qu'ils doivent prendre en considération concernent à la fois la patiente et le cancer.



Informations importantes à propos de la patiente

- Antécédents médicaux personnels
- Antécédents de cancer dans la famille (en particulier cancer du sein et de l'ovaire)
- Patiente ménopausée ou non
- Résultats de l'examen clinique* effectué par le médecin
- État de santé général de la patiente
- Avant l'intervention chirurgicale, une évaluation préopératoire sera réalisée afin d'évaluer les risques de l'anesthésie*, d'une part, et de l'opération, d'autre part. Une évaluation préopératoire consiste à poser des questions spécifiques et à pratiquer un examen clinique*. En général, elle nécessite aussi une radiographie du thorax* et des analyses sanguines afin d'évaluer les globules blancs, les globules rouges, les plaquettes, une éventuelle anomalie des fonctions du foie ou du rein. Certains examens supplémentaires peuvent être nécessaires, selon les antécédents médicaux de la patiente.

Informations importantes à propos du cancer

- **Résultats de la biopsie***

La biopsie* réalisée à l'aide de l'instrument spécial introduit dans l'utérus lors de l'examen gynécologique sera examinée en laboratoire. Cette analyse de la biopsie* est appelée anatomopathologie*. Un deuxième examen anatomopathologique sera réalisé plus tard lors de l'examen de la tumeur et des ganglions lymphatiques après leur ablation chirurgicale.

Avant l'intervention chirurgicale, les résultats de l'examen de la biopsie* doivent inclure :

- **Le type histologique***

Le type histologique est basé sur le type de cellules qui composent la tumeur. Les cancers de l'endomètre se forment dans l'endomètre, le tissu qui tapisse la cavité utérine. Les principaux types histologiques de cancer de l'endomètre sont le carcinome endométrioïde (80 %), le carcinome séreux papillaire* (5 % - 10 %) et le carcinome à cellules claires* (environ 1 %). Les carcinomes endométrioïdes sont composés de cellules qui ressemblent aux cellules normales de l'endomètre et peuvent être associés ou précédés par une multiplication anormale de cellules normales de l'endomètre, un phénomène appelé hyperplasie de l'endomètre. Les carcinomes séreux papillaires* (également appelés carcinomes séreux) sont composés de cellules différentes des cellules normales de l'endomètre et ressemblent à la forme la plus fréquente de cancer de l'ovaire ou des trompes de Fallope.

- **Le grade**

Le grade est basé sur la différence d'aspect des cellules tumorales par rapport aux cellules normales de l'endomètre et sur la vitesse à laquelle elles évoluent. Plus le grade est faible, meilleur est le pronostic*. Lorsque le type histologique* est un carcinome endométrioïde, le grade sera de 1, 2 ou 3. Lorsque le type histologique est un carcinome séreux papillaire* ou un carcinome à cellules claires*, le grade est toujours 3 et le pronostic* est moins bon.

- **L'invasion lymphovasculaire**

Une invasion lymphovasculaire signifie que des cellules tumorales sont présentes dans les vaisseaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques de la tumeur. La découverte de cellules tumorales dans ces vaisseaux signifie qu'il est plus probable que des cellules tumorales se soient propagées aux ganglions lymphatiques ou à d'autres organes.

- **Le profil d'expression génique***

La quantification d'un groupe distinct de gènes exprimés par la tumeur peut également être réalisée sur la biopsie*. Elle n'est pas pratiquée de manière routinière mais peut contribuer à prédire l'agressivité de la tumeur et la probabilité du bénéfice de la chimiothérapie.

En fonction du type histologique*, du grade et du profil d'expression génique*, les médecins subdivisent parfois le cancer de l'endomètre en deux types.

Les cancers de l'endomètre de type I sont généralement des carcinomes endométrioïdes et des cancers de grade 1 ou 2. Ils semblent être causés par une quantité excessive d'œstrogènes*. Ils sont généralement moins agressifs et moins susceptibles de se propager à d'autres tissus que les cancers de l'endomètre de type II.

Les cancers de l'endomètre de type II sont généralement des carcinomes séreux papillaires*, des carcinomes à cellules claires* ou des carcinosarcomes* et des cancers de grade 3. Par rapport aux cancers de l'endomètre de type I, ils présentent des mutations différentes de leurs gènes et expriment des protéines différentes. Ils ne semblent pas être causés par un excès d'œstrogènes*. Les cellules de ces tumeurs ne présentent généralement pas de récepteurs d'œstrogènes* ou de progestérone*, tandis que les carcinomes à cellules claires* sont toujours dépourvus de ces récepteurs. Comme ils sont plus susceptibles de croître et de se propager à l'extérieur de l'utérus, les médecins ont tendance à recourir à un traitement plus agressif pour traiter les patientes atteintes de cancers de type II.

- **Stade* du cancer**

Les médecins utilisent le stade* du cancer afin d'évaluer l'extension du cancer et le pronostic* de la patiente. Dans le cas du cancer de l'endomètre, le système de stadification de la Fédération internationale de Gynécologie-Obstétrique (FIGO) est généralement utilisé. Le système de stadification de la FIGO est basé sur la propagation de la tumeur à d'autres tissus ou organes par rapport à sa localisation initiale dans l'endomètre.

Le stade* est fondamental pour la décision de traitement. Plus le stade* est élevé, moins le pronostic* est bon. En ce qui concerne le cancer de l'endomètre, le stade* est défini après que la patiente a été opérée, en fonction des observations du chirurgien pendant l'intervention et des résultats de l'analyse de la tumeur en laboratoire. La détermination du stade* est donc chirurgicale et anatomopathologique*. L'anatomopathologiste évaluera la profondeur de l'envahissement de la tumeur dans le muscle de l'utérus, sa propagation au col de l'utérus, sa taille et sa localisation, son

extension aux trompes de Fallope et aux ovaires, son grade, son type histologique* et l'invasion lymphovasculaire. Si des ganglions lymphatiques* ont été enlevés pendant l'intervention chirurgicale, le pathologiste y recherchera la présence de cellules cancéreuses.

Le tableau ci-dessous reprend les différents stades du cancer de l'endomètre. Les définitions sont parfois techniques. Il est donc recommandé de s'adresser aux médecins pour obtenir de plus amples explications.

| Stade* | Définition |
|---------------|---|
| Stade* I | <i>La tumeur se trouve dans l'utérus mais ne s'est pas propagée à l'extérieur de celui-ci. Le stade* I est subdivisé en stade*s IA et IB selon l'épaisseur de la tumeur dans l'utérus.</i> |
| Stade* IA | <i>La tumeur est limitée à l'endomètre ou a envahi moins de 50 % de l'épaisseur du muscle de l'utérus.</i> |
| Stade* IB | <i>La tumeur a envahi plus de 50 % de l'épaisseur du muscle de l'utérus.</i> |
| Stade* II | <i>La tumeur se trouve dans l'utérus et s'est propagée au col de l'utérus. Depuis 2009, le stade* II du cancer de l'endomètre n'est plus subdivisé en stade*s IIA et IIB.</i> |
| Stade* III | <i>La tumeur s'est propagée au-delà de l'utérus et du col de l'utérus, à un ou plusieurs autres organes génitaux de la femme (vagin, ovaire, trompe de Fallope ou tissus autour de l'utérus) ou aux ganglions lymphatiques* dans cette région. Le stade* III est subdivisé en stade*s IIIA, IIIB, IIIC1 et IIIC2, selon les organes que la tumeur a atteints.</i> |
| Stade* IIIA | <i>La tumeur a envahi la membrane externe de l'utérus, appelée la séreuse, ou une voire les deux trompes de Fallope ou un voire les deux ovaires.</i> |
| Stade* IIIB | <i>La tumeur a envahi le vagin ou le paramètre, c'est-à-dire le tissu entourant le col de l'utérus.</i> |
| Stade* IIIC1 | <i>Des cellules tumorales sont présentes dans les ganglions lymphatiques* pelviens*.</i> |
| Stade* IIIC2 | <i>Des cellules tumorales sont présentes dans les ganglions lymphatiques* para-aortiques*.</i> |
| Stade* IV | <i>La tumeur s'est propagée à la vessie, aux intestins ou à d'autres organes (métastase*). Le stade* IV est subdivisé en stade*s IVA et IVB.</i> |
| Stade* IVA | <i>La tumeur a envahi la vessie ou la muqueuse intestinale.</i> |
| Stade* IVB | <i>Des cellules tumorales sont présentes dans les ganglions lymphatiques* de l'aîne ou de l'abdomen ou dans des organes distants tels que le foie ou les poumons.</i> |

*Remarque :les stade*s présentés dans ce tableau reposent sur le système de stadification de 2009 de la FIGO. Un autre système de stadification de la FIGO était utilisé avant 2009. Par conséquent, toutes les données et preuves relatives à la prise en charge des cancers de l'endomètre reposent sur l'ancien système de stadification et ne s'appliquent malheureusement pas dans leur intégralité au système de stade* actuel.*

- **Évaluation du risque de récurrence dans les cancers de stade I**

La plupart des femmes sont diagnostiquées d'un cancer de stade I et le traitement par chirurgie est très efficace à ce stade. Pour ces femmes, il est essentiel d'évaluer le risque de récurrence, ou, en d'autres termes, le risque que le cancer puisse réapparaître. L'évaluation du risque de récurrence permet aux médecins de décider du meilleur traitement pour réduire ce risque au maximum sans surtraiter avec des thérapies qui non seulement seraient inefficaces, mais pourraient altérer la qualité de vie.

On sait aujourd'hui que le risque de récurrence est augmenté lorsque le cancer présente certaines des caractéristiques suivantes : type histologique* autre que le carcinome endométrioïde, grade 3, stade IB, invasion de l'espace lymphovasculaire, et diamètre de la tumeur dépassant 2 cm. Les cancers de stade I sont subdivisés en trois catégories de risque en fonction de ces caractéristiques :

- Les femmes dont le cancer ne présente aucune des caractéristiques mentionnées ci-dessus, c'est-à-dire dont les cancers sont des tumeurs de stade IA inférieures à 2 cm, de type endométrioïde, de grade 1 ou 2, et sans invasion lymphovasculaire sont considérées à faible risque de récurrence.
- Les femmes dont la tumeur est de stade IA, de type endométrioïde mais de grade 3, ou les femmes dont la tumeur est de stade IB, de type endométrioïde, de grade 1 ou 2 sont considérées comme à risque intermédiaire de récurrence*.
- Les femmes dont la tumeur est de stade IB et de type endométrioïde de grade 3, ou les femmes dont la tumeur est d'un type histologique* autre qu'endométrioïde, indépendamment du sous-stade (IA ou IB) ou du grade, sont considérées comme à haut risque de récurrence.

Il arrive aussi, après examen de la tumeur après l'intervention chirurgicale, qu'un cancer que l'on pensait au stade I avant l'opération soit diagnostiqué à un stade supérieur.

QUELLES SONT LES OPTIONS DE TRAITEMENT ?

La pierre angulaire du traitement est la chirurgie. La radiothérapie* et la chimiothérapie* utilisées après la chirurgie sont qualifiées de traitements adjuvants*, ce qui signifie qu'elles sont utilisées en plus de la chirurgie.

Les traitements décrits ci-dessous possèdent leurs avantages, leurs risques et leurs contre-indications. Il est recommandé d'interroger les médecins à propos des bénéfices et des risques attendus de chaque traitement afin d'être informé des conséquences du traitement. Chez certaines patientes, plusieurs options de traitement peuvent exister. Le choix doit être discuté en fonction du rapport entre les bénéfices attendus et les risques.

La chirurgie

Une évaluation préopératoire est réalisée pour chaque patiente. L'intervention chirurgicale peut s'avérer impossible chez 5 à 10 % des patientes atteintes d'un cancer de l'endomètre en raison de contre-indications médicales ou des risques présentés par l'anesthésie*, en général à cause d'autres pathologies telles que l'obésité, le diabète et les maladies cardiaques. Chez les patientes considérées comme opérables, le but de la chirurgie est de déterminer le stade* de la maladie et d'enlever l'utérus contenant la tumeur.



La détermination du stade* de la maladie

L'intervention chirurgicale permet également de déterminer le stade* de la maladie. La tumeur est alors examinée afin d'évaluer sa taille et sa localisation ainsi que pour déterminer la présence éventuelle de cellules tumorales dans le col de l'utérus, les trompes de Fallope, les ovaires, les ganglions lymphatiques* ou tout autre emplacement dans le bassin et l'abdomen. Pendant l'intervention, les chirurgiens inspectent et palpent d'autres organes abdominaux (foie, diaphragme, épiploon*, péritoine*). En outre, les chirurgiens versent du liquide dans la cavité abdominale, l'extraient par aspiration, puis l'envoient au laboratoire afin de rechercher les cellules cancéreuses éventuelles. Cette procédure est appelée lavage péritonéal*.

Tous les tissus enlevés pendant l'opération sont envoyés au laboratoire afin d'être examinés par l'anatomopathologiste* (examen anatomopathologique*).

L'ablation de la tumeur

L'utérus contenant la tumeur sera enlevé

L'intervention consistera à enlever l'utérus, les deux trompes de Fallope et les deux ovaires. L'ablation de l'utérus est appelée hystérectomie* tandis que l'ablation des deux trompes de Fallope et des ovaires est appelée salpingo-ovariectomie* bilatérale.

Chez les patientes atteintes d'un cancer de stade I, stade II ou stade III, cette opération peut être réalisée en pratiquant une incision dans le bas de l'abdomen (laparotomie*) ou en utilisant une technique appelée hystérectomie* vaginale assistée par laparoscopie. Cette technique utilise une caméra afin de projeter et d'agrandir l'image sur un écran de télévision et ainsi, de guider le chirurgien lorsque l'utérus, les trompes de Fallope et les ovaires sont enlevés, par le vagin. Cette technique semble donner des résultats équivalents en termes de qualité d'ablation de la tumeur et de survie, et par rapport à la laparotomie*, elle permet de réduire la durée d'hospitalisation, la quantité d'antalgiques utilisés, d'abaisser le taux de complication après l'intervention et d'améliorer la qualité de la vie.

L'approche chirurgicale standard pour le stade I du cancer de l'endomètre consiste en l'ablation de l'utérus, des ovaires et des trompes de Fallope, avec ou sans ablation des ganglions lymphatiques. Bon nombre de chirurgiens suggèrent l'ablation des ganglions lymphatiques chez les patientes atteintes d'un cancer de l'endomètre de stade I à risque intermédiaire et élevé (stade IA de grade 3 et stade IB).

L'approche chirurgicale standard pour le stade II du cancer de l'endomètre consiste en l'ablation de l'utérus, des ovaires, des trompes de Fallope, des ganglions lymphatiques du bassin, avec ou sans ablation des ganglions lymphatiques* para-aortiques*.

Chez les patientes atteintes d'un cancer de stade III et IV, le but de la chirurgie est d'enlever le plus possible de la tumeur primaire. Cette procédure est appelée chirurgie de réduction tumorale ou chirurgie de cytoréduction.

Plusieurs ganglions lymphatiques* dans le bassin et le long de l'aorte* peuvent être enlevés

Des ganglions lymphatiques* dans la région pelvienne* et le long de l'aorte* peuvent être enlevés. Cette pratique varie d'un hôpital à l'autre. Même si l'ablation de ganglions lymphatiques* aide les médecins à définir avec davantage de précision le stade* du cancer, il n'existe aucune preuve que cette procédure apporte une quelconque valeur ajoutée au traitement du cancer et à la prévention de sa récurrence*. L'ablation des ganglions lymphatiques* augmente le risque de lymphœdème, une pathologie au cours de laquelle la lymphe s'accumule dans les jambes. Néanmoins, elle fait partie de la procédure de détermination du stade* et contribue à identifier les patientes qui pourraient avoir besoin de traitements adjuvants*. De nombreux chirurgiens suggèrent que les ganglions lymphatiques soient retirés chez toutes les patientes opérées, à l'exception de celles présentant une tumeur de stade IA et de grade 1 ou 2.

Le traitement adjuvant*

Un traitement adjuvant* est un traitement administré en plus de la chirurgie. Il n'existe aucune donnée en faveur de l'administration en routine d'un traitement adjuvant* aux patientes chez qui la maladie est limitée à l'utérus (cancer de l'endomètre localisé). Pour l'ensemble des stades, les meilleures options font toujours l'objet d'une controverse et ne sont pas étayées par des preuves claires. Il est recommandé de baser la décision de traitement du cancer de l'endomètre sur une discussion au sein d'une équipe multidisciplinaire de spécialistes. Cette rencontre de différents spécialistes est appelée réunion de concertation pluridisciplinaire* ou



consultation oncologique multidisciplinaire. Au cours de cette réunion, le programme de traitement sera discuté en fonction des informations importantes évoquées ci-dessus.

Le traitement adjuvant* du cancer de stade* I

Les options pour les patientes atteintes d'un cancer de stade* I incluent ce qui suit :

- **L'observation***, qui consiste en des consultations médicales régulières au cours desquelles les antécédents sont consignés et un examen clinique* et vaginal est pratiqué. D'autres examens, tels qu'un examen radiologique, des analyses sanguines et un examen sous anesthésie*, peuvent être réalisés si des signes ou symptômes sont observés.
- **La curiethérapie* vaginale adjuvante**, qui est un type interne de radiothérapie* où la source des radiations est introduite dans le vagin.
- **La radiothérapie* pelvienne* adjuvante**, qui est un type externe de radiothérapie* où les radiations sont produites par une source externe et dirigées vers le bassin.
- **La chimiothérapie* adjuvante**, qui utilise des médicaments anticancéreux pour tuer les cellules cancéreuses ou limiter leur croissance. On ne sait pas encore précisément quelle est la combinaison de médicaments la plus efficace, mais elle doit inclure un médicament contenant du platine (le cisplatine* et le carboplatine* sont les médicaments contenant du platine utilisés dans le traitement du cancer de l'endomètre).

Pour les patientes atteintes de cancers de stade I, le choix du traitement après la chirurgie dépend principalement du risque de récurrence.

Pour les patientes à faible risque de récurrence (tumeur de stade IA et de grade 1-2), l'observation* est recommandée.

Pour les patientes présentant un risque intermédiaire de récurrence (tumeurs de stade IB et de grade 1-2 ou de stade IA et de grade 3) :

- L'observation* est aussi une option, mais une curiethérapie* vaginale peut être proposée.
- Une radiothérapie* pelvienne* et une chimiothérapie* adjuvantes* peuvent être envisagées lorsque la patiente a plus de 60 ans, quand une invasion de l'espace lymphovasculaire a été observée lors de l'examen histologique* ou lorsque la tumeur est volumineuse.

Pour les patientes présentant un risque élevé de récurrence (tumeurs de stade IB et de grade 3) :

- Une radiothérapie* adjuvante pelvienne* est recommandée
- Une chimiothérapie* adjuvante pelvienne* peut être envisagée lorsque la patiente a plus de 60 ans, quand une invasion de l'espace lymphovasculaire a été observée lors de l'examen histologique* ou lorsque la tumeur est volumineuse.

Le traitement adjuvant* du cancer de stade* II

Les options pour les patientes atteintes d'un cancer de stade* II incluent ce qui suit :

- **La curiethérapie* vaginale adjuvante**, qui est un type interne de radiothérapie* où la source des radiations est introduite dans le vagin.
- **La radiothérapie* pelvienne* adjuvante**, qui est un type externe de radiothérapie* où les radiations sont produites par une source externe et dirigées vers le bassin.

- La **chimiothérapie* adjuvante**, qui utilise des médicaments anticancéreux pour tuer les cellules cancéreuses ou limiter leur croissance. On ne sait pas encore précisément quelle est la combinaison de médicaments la plus efficace, mais elle doit inclure un médicament contenant du platine (le cisplatine* et le carboplatine* sont les médicaments contenant du platine utilisés dans le traitement du cancer de l'endomètre).

La curiethérapie* vaginale peut être utilisée seulement chez les patientes présentant des tumeurs de grade 1-2, sans invasion lymphovasculaire et chez lesquelles les ganglions lymphatiques ont été retirés, sans que l'examen histologique* n'y décèle de cellules tumorales.

Si la présence de cellules tumorales dans les ganglions lymphatiques* n'a pas été recherchée pendant l'intervention chirurgicale, la radiothérapie* pelvienne* et la curiethérapie* vaginale sont toutes deux recommandées.

La chimiothérapie* adjuvante* peut être envisagée seule ou conjointement avec une radiothérapie* pelvienne*. L'utilisation de la chimiothérapie adjuvante peut réduire le risque de récurrence* extrapelvienne* (propagation du cancer à l'extérieur du bassin connue sous le nom de « métastase* »). On ne sait pas encore précisément quelle est la combinaison de médicaments la plus efficace, mais elle doit inclure un médicament contenant du platine (cisplatine* ou carboplatine*).

Le traitement du cancer avancé (stades III et IV)

Le traitement du cancer avancé de l'endomètre comprend habituellement une combinaison de chirurgie, de radiothérapie* et de chimiothérapie*. Chez 5-10 % des patientes atteintes d'un cancer avancé de l'endomètre, il ne sera pas possible d'effectuer d'intervention chirurgicale en raison de contre-indications médicales. Ces patientes peuvent être traitées par radiothérapie* externe* (rayons produits par une source externe et ensuite dirigés vers la tumeur) et/ou par radiothérapie* interne*, appelée curiethérapie* (consistant à placer une source de rayonnement dans la cavité de l'utérus et/ou le vagin), et en outre par un traitement systémique*.



Le traitement adjuvant* pour les cancers de stade III

Les options de traitement adjuvant pour les patientes atteintes d'un cancer opéré de stade III comprennent :

- **La curiethérapie* vaginale adjuvante**
- **La radiothérapie* pelvienne* adjuvante**
- **La chimiothérapie* adjuvante**

Auparavant, on recommandait une radiothérapie* pelvienne* et une curiethérapie* vaginale après l'intervention chirurgicale pour les patientes du stade III. Désormais, la recherche montre de plus en plus clairement que la chimiothérapie* doit être administrée chez les patientes atteintes d'un cancer

de stade III en remplacement ou en complément de la radiothérapie*. Le traitement optimal doit être discuté avec les médecins.

La chimiothérapie* adjuvante doit inclure un médicament contenant du platine (le cisplatine* et le carboplatine* sont les médicaments contenant du platine utilisés dans le traitement du cancer de l'endomètre).

Il convient également de souligner que la radiothérapie* adjuvante, externe ou interne, protège la patiente contre la croissance tumorale locale (dans le bassin). La chimiothérapie* protège contre la propagation de la maladie hors du bassin.

Le traitement pour les cancers de l'endomètre de stade IV

Pour les patientes atteintes d'un cancer de l'endomètre de stade IV, le but du traitement, après la chirurgie réalisée pour réduire autant que possible l'étendue de la tumeur, est d'agir sur les cellules cancéreuses restées dans le corps, que ce soit dans le bassin ou ailleurs (métastases*). La radiothérapie* postopératoire a un effet au niveau local pour prévenir les récurrences de la tumeur dans le bassin. Un traitement systémique* agit sur les cellules cancéreuses dans tout le corps et pas seulement au niveau local. Le traitement systémique peut être une chimiothérapie* ou une hormonothérapie.

Les médicaments de chimiothérapie* comprennent des composés à base de platine, des anthracyclines* et des taxanes*. Les schémas de traitement à base de paclitaxel* sont préférés pour une chimiothérapie* de première intention chez les patientes atteintes d'un cancer avancé de l'endomètre, car ils se sont avérés être plus efficaces et mieux tolérés.

L'utilisation de la thérapie hormonale est recommandée uniquement pour les cancers dont le type histologique* est endométrioïde. Elle implique l'utilisation de médicaments contenant une hormone, la progestérone*. Le tamoxifène* et les inhibiteurs de l'aromatase* sont les deux autres types de médicaments utilisés.

Les thérapies administrées à des patientes souffrant d'un cancer avancé de l'endomètre doivent être personnalisées en fonction des besoins, du pronostic* et de l'état de santé de chaque patiente.

Le traitement* spécifique des tumeurs papillaires séreuses et à cellules claires*

Les carcinomes* papillaires séreux et à cellules claires* sont plus agressifs, mais moins fréquents que les carcinomes endométrioïdes. Ils nécessitent une stadification complète avec une ablation de l'utérus, des ovaires, des trompes de Fallope, des ganglions lymphatiques* du bassin et para-aortiques*, ainsi que l'ablation de l'appendice, et une biopsie* et l'ablation du péritoine*. Une chimiothérapie* adjuvante* à base de platine doit être proposée pour les stades précoces (stade I et II) de la maladie. Une chimiothérapie à base de platine est recommandée chez les patientes atteintes de tumeurs de stade III ou IV. Chez les patientes à un stade avancé, ou récurrent, de cancer papillaire séreux ou à cellules claires* de l'utérus, les chimiothérapies utilisées sont les mêmes que celles utilisées pour les carcinomes épithéliaux de l'ovaire. Les carcinomes papillaires séreux de l'endomètre ne sont pas considérés comme sensibles aux hormones.

Quels sont les effets secondaires possibles du traitement ?

Les risques et les effets secondaires de l'intervention chirurgicale

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

Les organes génitaux féminins sont situés dans le bassin, tout comme les voies urinaires inférieures 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 autour de l'aorte*, l'opération peut endommager ou bloquer le système lymphatique entraînant un lymphœdème, une maladie où le liquide lymphatique s'accumule dans les jambes et les fait gonfler. Il peut se produire juste après l'intervention ou plus tard.

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 en présenteront les symptômes rapidement après l'opération en raison de l'ablation des ovaires. Les bouffées de chaleur, les sautes d'humeur, les sueurs nocturnes, la sécheresse vaginale et les troubles de la concentration sont des effets secondaires fréquents.

Ceux-ci peuvent être soulagés et les spécialistes en oncologie doivent fournir des conseils à leur sujet.

Les effets secondaires des traitements adjuvants*

Les effets secondaires les plus fréquents des traitements adjuvants* sont généralement réversibles après l'arrêt du traitement. Des stratégies sont disponibles afin de prévenir ou de soulager certains de ces effets secondaires. Elles doivent faire l'objet d'une discussion préalable avec les médecins.

La radiothérapie* pelvienne*

Les effets secondaires de la radiothérapie* externe dans le traitement du cancer de l'endomètre sont principalement dus à l'irradiation des organes entourant l'utérus. L'irradiation de l'appareil urinaire a notamment pour effet une miction douloureuse, des spasmes de la vessie entraînant un besoin urgent d'uriner, la présence de sang dans l'urine, une obstruction des voies urinaires et une ulcération ou une nécrose de la muqueuse qui tapisse la vessie. L'irradiation de l'appareil digestif inférieur a notamment pour effet une gêne rectale, une diarrhée, un écoulement rectal de sang et de mucus et, dans de rares cas, une perforation des intestins. Le rétrécissement du vagin est un autre effet tardif possible de la radiothérapie* pelvienne*. Les options de traitement de ces réactions survenant après la radiothérapie* doivent être conseillées par l'oncologue. Les techniques modernes de radiothérapie* externe telles que la radiothérapie* avec modulation d'intensité (IMRT) ont pour but de réduire cette toxicité.

La curiethérapie* intravaginale

Les effets secondaires précités de la radiothérapie* externe peuvent également apparaître lors d'une curiethérapie* intravaginale mais sont moins fréquents étant donné que ce type de radiothérapie* est mieux ciblé. La sécheresse vaginale est fréquente pendant et après le traitement. Le rétrécissement et la sécheresse du vagin peuvent entraîner une perturbation à long terme des rapports sexuels. Chez les femmes jeunes, la radiothérapie* interrompt le fonctionnement des ovaires, ce qui peut accentuer la sécheresse vaginale et la perturbation des rapports sexuels. Le risque d'ostéoporose et/ou de fractures des os du bassin peut également augmenter. Les femmes doivent être prises en charge par un spécialiste pour ces problèmes.

La chimiothérapie*

Les effets secondaires de la chimiothérapie* sont très fréquents. Ils dépendent du ou des médicaments administrés, des doses et des personnes. Si vous avez souffert d'autres problèmes dans le passé, par exemple de problèmes cardiaques, certaines précautions et/ou une adaptation du traitement sont nécessaires. L'association de plusieurs médicaments entraîne généralement l'apparition d'un nombre plus élevé d'effets secondaires que l'administration d'un seul médicament. Les effets secondaires les plus fréquents des médicaments utilisés dans la chimiothérapie* du cancer de l'endomètre sont la chute des cheveux et une diminution du nombre de cellules sanguines. La diminution du nombre de cellules sanguines peut provoquer une anémie, des saignements et des infections. Une fois que la chimiothérapie* est terminée, les cheveux repoussent et le nombre de cellules dans le sang redevient normal.

Les autres effets secondaires fréquents sont notamment les suivants :

- réactions allergiques telles que rougeurs et éruption cutanée
- problèmes nerveux touchant les mains et/ou les pieds (neuropathie périphérique) et pouvant provoquer des fourmillements, un engourdissement et/ou une douleur
- perte temporaire ou modifications de la vue
- bourdonnements d'oreilles ou modifications de l'audition
- tension artérielle basse
- nausées, vomissements et diarrhée
- inflammation de zones telles que la muqueuse de la bouche
- perte du goût
- manque d'appétit

- rythme cardiaque lent
- déshydratation
- légères modifications, disparaissant rapidement, de l'apparence des ongles et de la peau
- gonflement douloureux et inflammation à l'endroit de l'injection
- douleurs musculaires ou articulaires
- convulsions
- fatigue

D'autres effets secondaires moins fréquents mais plus graves peuvent survenir, plus particulièrement : attaque vasculaire cérébrale, infarctus du myocarde et altération des fonctions du rein et du foie. Tout symptôme doit être signalé à un médecin.

En plus de ces effets secondaires, chaque médicament peut également provoquer différents effets indésirables. Les plus courants sont répertoriés ci-dessous, bien que personne ne subisse les mêmes effets secondaires ou ne les rencontre dans la même mesure.

Le cisplatine* peut provoquer une perte auditive et des lésions rénales. La fonction rénale est évaluée dans les examens sanguins avant de commencer le traitement. Pour éviter toute lésion, il est très important de boire beaucoup d'eau pendant le traitement.

La doxorubicine peut causer des lésions du muscle cardiaque. Par conséquent, l'évaluation de la fonction cardiaque est importante avant le traitement avec ce médicament. Ce médicament peut aussi rendre la peau plus sensible au soleil et causer des rougeurs dans les zones où le patient a subi une radiothérapie* dans le passé. L'urine peut devenir rouge ou rose pendant quelques jours après le traitement. Ce n'est pas du sang et cela est dû uniquement à la couleur du médicament.

Le paclitaxel* peut causer une neuropathie périphérique en fonction de la dose administrée, de la durée de la perfusion et du schéma d'administration. Les symptômes révélateurs comprennent l'engourdissement, des paresthésies* et une sensation de brûlure dans les mains et les jambes, comme si l'on portait des gants et des chaussettes en feu. Les symptômes sont souvent symétriques et commencent généralement au niveau de pieds. Les patients signalent souvent l'apparition simultanée de symptômes dans les orteils et les doigts, mais des présentations asymétriques ont aussi été observées. Le visage est moins fréquemment touché. Même si l'on a observé que les symptômes s'amélioraient ou disparaissaient complètement dans un délai de plusieurs mois après l'arrêt du traitement, il a été signalé que les symptômes et les déficiences persistaient plus longtemps chez les patientes qui développaient une neuropathie grave.

Le docétaxel* provoque parfois une rétention de liquide, une décoloration temporaire des ongles et une éruption cutanée avec démangeaisons. Certaines personnes développent également le syndrome mains pieds* ou un simple engourdissement et des fourmillements dans les mains et les pieds. Environ une patiente sur quatre souffre d'une réaction allergique pendant la première ou la seconde perfusion de docétaxel*.

Les effets secondaires courants du topotécan incluent une constipation, des diarrhées, une fatigue, une perte de cheveux, une perte d'appétit, des nausées, des douleurs d'estomac, des vomissements et une faiblesse générale. Les effets secondaires graves possibles incluent des réactions allergiques graves, une coloration bleue ou anormalement pâle de la peau ou des ongles, de la fièvre, des frissons, un mal de gorge persistant, des sensations douloureuses ou de brûlure lors de la miction,

une toux persistante ou sévère, des douleurs persistantes ou intenses, une rougeur ou une enflure sur le site d'injection, des douleurs d'estomac persistantes ou intenses, des crampes, une fatigue persistante ou intense, une faiblesse générale, un essoufflement, des ecchymoses ou des saignements inhabituels ou inexplicables, et le jaunissement des yeux ou la peau.

L'hormonothérapie

L'hormonothérapie est associée à certains effets secondaires. Ils peuvent être mineurs tels que des maux de tête, des nausées et/ou des douleurs aux seins, ou plus graves comme des caillots de sang dans une veine de la jambe (thrombose veineuse profonde* ou phlébite), des caillots sanguins dans les poumons (embolie pulmonaire), des problèmes cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux et/ou des saignements vaginaux anormaux.

QUE SE PASSE-T-IL APRÈS LE TRAITEMENT ?

Le suivi* avec les médecins

Une fois le traitement terminé, les médecins proposeront un suivi* consistant en des consultations régulières, dans le but suivant :

- détecter à un stade* précoce une récurrence* éventuelle
- évaluer les complications liées au traitement et les traiter
- apporter un soutien psychologique et fournir des informations afin de favoriser le retour à une vie normale
- mettre en place une surveillance en raison du risque accru de cancer du sein, de l'ovaire et du côlon. Ce risque accru de développer d'autres cancers n'existe pas chez toutes les femmes, mais certaines d'entre elles peuvent présenter un risque plus élevé en raison de facteurs génétiques et parfois, en raison des traitements reçus.



Les patientes doivent se soumettre tous les 3-4 mois à des visites de suivi* comprenant des examens physiques et gynécologiques durant les deux premières années, puis avec un intervalle de 6 mois durant cinq ans. D'autres examens pourront être prescrits si l'état clinique l'exige.

Le retour à une vie normale

Il peut s'avérer difficile de vivre avec l'idée que le cancer peut resurgir. Selon l'état actuel des connaissances, aucun moyen spécifique pour réduire le risque de récurrence* après la fin du traitement adjuvant* ne peut être recommandé. Par conséquent, le retour à une vie normale peut ne pas être simple pour certaines personnes, en raison du cancer en lui-même ou du traitement. Il est possible que vous vous posiez des questions au sujet de votre image corporelle, votre sexualité, la fatigue, votre travail, vos émotions ou votre mode de vie. Il peut être bénéfique d'aborder ces questions avec des proches, des amis ou des médecins. Dans de nombreux pays, vous pouvez vous tourner vers des groupes d'anciens patients ou des lignes d'information téléphoniques.

Qu'en est-il si le cancer revient ?

Si le cancer revient, on appelle cela une récurrence* et le traitement dépendra de l'étendue de cette récurrence*. Si le cancer revient, cela arrive généralement au cours des trois premières années suivant le traitement initial.

L'étendue de la récurrence* doit être évaluée complètement au moyen d'un examen clinique*, d'examens radiologiques et d'analyses sanguines. La majorité des récurrences chez des patientes dont la tumeur initiale était limitée à l'utérus surviennent dans le bassin.

Les options de traitement dépendront de l'étendue de la récurrence*. Elles doivent faire l'objet d'une discussion dans le cadre d'une réunion multidisciplinaire*.

Si le cancer revient sous la forme d'une récurrence* dans le bassin, la chirurgie, la radiothérapie* et la chimiothérapie* peuvent être envisagées.

Si la tumeur récurrente* est située à proximité d'organes solides dans le bassin (récurrence centrale), elle doit être réséquée chirurgicalement dans la mesure du possible ou traitée par radiothérapie*.

Si la récurrence* se produit dans les ganglions lymphatiques* situés dans le bassin (récurrence régionale), la radiothérapie* est l'option préférée, accompagnée, si possible, d'une chimiothérapie*.

La radiothérapie* est envisagée pour le traitement de la récurrence* uniquement si elle n'a pas été administrée auparavant. En fait, il existe une dose maximale de radiothérapie pouvant être délivrée et la radiothérapie précédente a généralement atteint cette dose maximale.

Toutefois, une radiothérapie* externe peut être administrée si seule une radiothérapie* interne (curi-thérapie*) a été administrée auparavant (et vice-versa).

Un schéma de traitement à base de paclitaxel* est l'option préférée comme chimiothérapie* de première intention dans le cas d'une maladie récurrente*. Un cancer de l'endomètre récurrent après une chimiothérapie de première intention est dans une large mesure résistant à la chimiothérapie. Les médicaments de chimiothérapie montrant un bénéfice clinique et une bonne tolérance dans de telles situations sont le paclitaxel*, et une combinaison hebdomadaire de topotécan* et de docétaxel*.

Si le cancer revient sous la forme d'une métastase*, la chimiothérapie* et la thérapie hormonale peuvent être envisagées.

La chimiothérapie* peut être proposée et envisagée après une discussion au sein d'une équipe multidisciplinaire et avec la patiente. Les décisions doivent être prises après avoir comparé le bénéfice attendu et les effets secondaires de la chimiothérapie*.

Un schéma de traitement à base de paclitaxel* est l'option préférée comme chimiothérapie* de première intention. Un cancer de l'endomètre récurrent* après une chimiothérapie de première intention est dans une large mesure résistant à la chimiothérapie. Les médicaments de chimiothérapie montrant un bénéfice clinique et une bonne tolérance dans de telles situations sont le paclitaxel*, et une combinaison hebdomadaire de topotécan* et de docétaxel*. Les effets secondaires de la chimiothérapie* sont très fréquents. Ils ont été décrits précédemment au chapitre intitulé « Quelles sont les options de traitement ? ».

Les principaux éléments qui permettent de prédire qu'un cancer métastatique* répondra au traitement sont le bon degré de différenciation* de la tumeur, une longue période sans maladie et l'emplacement ainsi que l'étendue des métastases* (en particulier pulmonaires).

La thérapie hormonale peut être proposée aux patientes atteintes d'une tumeur de grade 1, avec des récepteurs à la progestérone*. Une progestine (acétate de médroxyprogestérone ou mégésterol), c'est-à-dire un type de médicament qui possède la même action que la progestérone, ou du tamoxifène*, qui contre l'action des œstrogènes*, peut être utilisée. Les effets secondaires de la thérapie hormonale sont moins fréquents que ceux de la radiothérapie* et de la chimiothérapie*. Les effets secondaires les plus fréquents des progestines sont une accumulation de liquide qui

provoque un gonflement des chevilles, une augmentation de l'appétit et une prise de poids. D'autres effets secondaires moins fréquents mais plus graves peuvent survenir, plus particulièrement une augmentation du risque de formation de caillots sanguins y compris dans les poumons, d'attaque vasculaire cérébrale et de crise cardiaque. Tout symptôme doit être signalé à votre médecin.

DÉFINITIONS DES TERMES DIFFICILES

Adénocarcinome

Cancer qui naît dans les cellules qui tapissent certains organes internes et qui possèdent des propriétés semblables à des glandes (sécrétion).

Adjuvant

En matière de cancer, il s'agit d'une thérapie qui aide une autre thérapie à atteindre son objectif ultime et renforce son effet. Par exemple, la radiothérapie* ou la *chimiothérapie** aide la chirurgie à atteindre son objectif d'élimination d'une tumeur cancéreuse.

Dans un contexte différent du contexte oncologique, il peut également s'agir d'un agent ajouté aux vaccins pour stimuler la réponse du *système immunitaire* à l'antigène.

Anatomopathologie

Étude des cellules et tissus malades à l'aide d'un microscope.

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 totale ou locale et permet au patient de subir une opération chirurgicale.

Anthracycline

Médicament utilisé en chimiothérapie* pour traiter différents types de cancer.

Aorte

La plus grande artère de l'organisme. Elle transporte le sang riche en oxygène depuis le cœur vers les vaisseaux qui circulent dans le reste de l'organisme.

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.

Carboplatine

Le carboplatine est un médicament utilisé pour traiter les cancers de l'ovaire avancés qui n'ont jamais été traités ou les symptômes des cancers de l'ovaire qui ont récidivé* après un traitement par d'autres médicaments anticancéreux. Il est également utilisé en association avec d'autres médicaments pour traiter les cancers du poumon non à petites cellules à un stade avancé, métastatiques* ou récidivants*. Son utilisation dans le traitement d'autres types de cancer fait l'objet d'études. Le carboplatine est une forme de cisplatine* (un médicament anticancéreux) mais provoque moins d'effets secondaires chez les patients. Il se fixe à l'ADN dans les cellules et peut tuer les cellules cancéreuses. Il s'agit d'un type de composé du platine.

Carcinome à cellules claires

Un type rare de tumeur, en particulier de l'appareil génital féminin. L'intérieur des cellules apparaît clair lorsqu'il est examiné au microscope. Également appelé adénocarcinome à cellules claires ou mésonéphrome.

Carcinome séreux papillaire

Un cancer agressif qui touche généralement l'utérus/l'endomètre, le péritoine* ou l'ovaire.

Carcinosarcome

Une tumeur maligne qui est à la fois un carcinome (cancer du tissu épithélial, c'est-à-dire de la peau et du tissu qui tapisse ou recouvre les organes internes) et un sarcome* (cancer du tissu conjonctif tel que les os, le cartilage et la graisse).

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. Également appelé Platinol.

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.

Détermination du stade

Réalisation d'exams et de tests en vue d'évaluer l'étendue du cancer dans l'organisme, et plus particulièrement, de déterminer si la maladie s'est propagée de sa région d'origine vers d'autres parties du corps. Il est important de connaître le stade* de la maladie afin de déterminer le meilleur plan de traitement.

Docétaxel

Le docétaxel appartient au groupe des médicaments anticancéreux connus sous le nom de taxanes*. Le docétaxel bloque la capacité des cellules à détruire le « squelette » interne qui leur permet de se diviser et de se multiplier. Lorsque le squelette reste en place, les cellules ne peuvent pas se diviser et elles finissent par mourir. Le docétaxel affecte également les cellules non cancéreuses, telles que les cellules sanguines, ce qui peut engendrer des effets secondaires.

Épiploon

Pli du péritoine* (tissu* mince qui tapisse l'abdomen) entourant l'estomac et d'autres organes de l'abdomen.

Examen clinique

Examen du corps visant à rechercher des signes de maladie.

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 lymphatiques para-aortiques

Groupe ganglionnaire qui se trouve en regard des vertèbres lombaires, à proximité de l'aorte*.

Hypertension

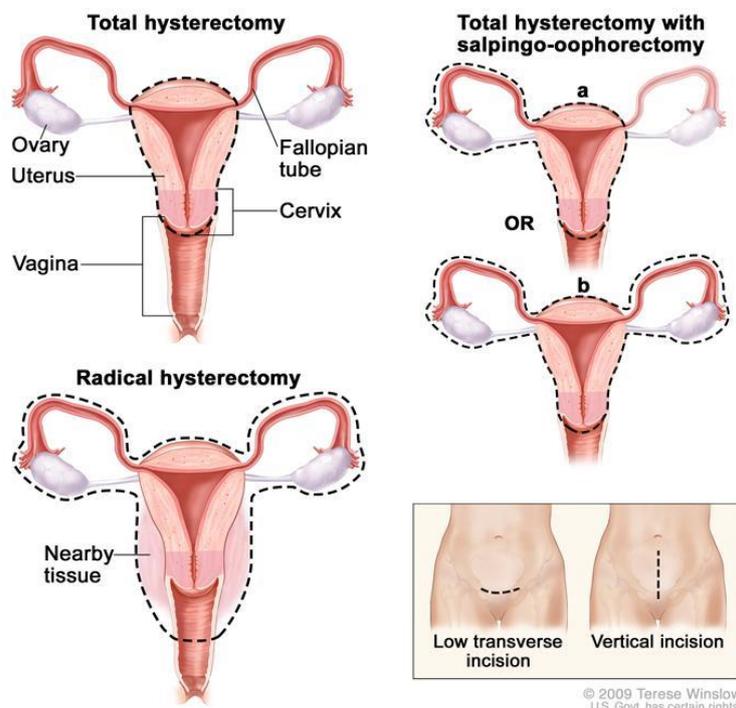
Une pression artérielle supérieure ou égale à 140/90. L'hypertension ne s'accompagne habituellement d'aucun symptôme. Elle peut endommager les artères et entraîner une augmentation du risque d'accident vasculaire cérébral, de crise cardiaque, d'insuffisance rénale et de cécité. Également appelée élévation de la pression artérielle.

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 radicale

Ablation chirurgicale de l'utérus, du col de l'utérus et d'une partie du vagin. Les ovaires, les trompes de Fallope et les ganglions lymphatiques proches peuvent également être enlevés. (voir illustration)



Hystérectomie. Ablation chirurgicale de l'utérus, en même temps ou non que d'autres organes ou tissus. Une hystérectomie totale consiste en l'ablation de l'utérus et du col de l'utérus. Une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie consiste en l'ablation (a) de l'utérus ainsi que d'un ovaire et d'une trompe de Fallope (salpingo-

ovariectomie unilatérale) ou (b) de l'utérus ainsi que des deux ovaires et des deux trompes de Fallope (salpingo-ovariectomie bilatérale). Une hystérectomie radicale consiste en l'ablation de l'utérus, du col de l'utérus, des deux ovaires, des deux trompes de Fallope et du tissu environnant. Ces interventions sont réalisées par une incision transversale basse ou une incision verticale.

Hystérectomie totale

Ablation chirurgicale de l'utérus entier, y compris du col de l'utérus. Également appelée hystérectomie complète.

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.

Inhibiteur de l'aromatase

Médicament qui empêche la formation de l'estradiol, une hormone féminine, en interférant avec une enzyme appelée aromatase. Les inhibiteurs de l'aromatase sont utilisés comme traitement hormonal chez les femmes ménopausées souffrant d'un cancer du sein hormono-dépendant.

Laparotomie

Incision chirurgicale pratiquée dans la paroi de l'abdomen.

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.

Neuropathie périphérique

Un problème neurologique qui provoque des douleurs, un engourdissement, des picotements, un gonflement ou une faiblesse musculaire dans différentes parties du corps. Ceci commence habituellement aux mains ou aux pieds et s'étend au fil du temps. La neuropathie périphérique peut survenir à la suite d'un traumatisme, d'une infection, de certaines maladies (comme le cancer, le diabète, l'insuffisance rénale, ou la malnutrition), ou de l'exposition à des substances toxiques ou à des médicaments, dont les médicaments anticancéreux. Aussi appelée neuropathie.

Observation

En médecine, l'observation consiste à surveiller l'état d'un patient sans administrer de traitement avant que des symptômes apparaissent ou changent.

Œstrogène

Un type d'hormone synthétisée par l'organisme qui contribue au développement et au maintien des caractéristiques sexuelles femelles et à la croissance des os longs.

Les œstrogènes peuvent également être synthétisés en laboratoire. Ils peuvent être utilisés comme type d'agent contraceptif et pour traiter les symptômes de la ménopause, les troubles menstruels, l'ostéoporose (affection caractérisée par une diminution de la masse et de la densité osseuses, entraînant une fragilisation des os) et d'autres affections.

Paclitaxel

Un 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 en association avec un autre médicament pour traiter le cancer du poumon non à petites cellules. Le paclitaxel fait en outre l’objet d’études dans le traitement d’autres types de cancer. Il inhibe la croissance cellulaire en arrêtant la division des cellules et peut tuer les cellules cancéreuses. Il s’agit d’un type d’agent antimétabolique.

Paresthésie

Sensibilité anormale au toucher, tels que des picotements ou une sensation de brûlure, qui se produit sans aucun stimulus externe.

Pelvien

Relatif au bassin (partie inférieure de l’abdomen située entre les os de la hanche).

Péritoine

Le tissu qui tapisse la paroi abdominale et recouvre la plupart des organes dans l’abdomen.

Péritonéal

Relatif au péritoine*.

Profil d’expression génique

Informations relatives à tous les ARN messagers fabriqués dans différents types de cellules. Un profil d’expression génique peut être utilisé pour détecter et diagnostiquer une maladie ou un état et pour évaluer la manière dont l’organisme répond à un traitement. Les profils d’expression génique peuvent également être utilisés en médecine personnalisée.



Progestérogène

La progestérogène est une hormone prédominante chez les femmes et qui est sécrétée par les ovaires et le placenta. Elle modifie l’endomètre durant la deuxième moitié du cycle menstruel, ce qui prépare l’implantation de l’ovule fécondé, ainsi que le développement du placenta et des glandes mammaires. Elle peut être utilisée comme moyen de contraception et pour traiter les troubles menstruels, l’infertilité, les symptômes de la ménopause et d’autres affections.

Pronostic

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

Radiographie du thorax

Une radiographie des structures à l’intérieur du thorax. Une radiographie est un type de radiations de haute énergie capables de traverser le corps avant d’atteindre un film, permettant ainsi de réaliser des clichés de l’intérieur du thorax, lesquels peuvent être utilisés afin de diagnostiquer une maladie.

Radiothérapie

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

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 ».

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.

Salpingo-ovariectomie bilatérale

Ablation chirurgicale des deux ovaires et des deux trompes de Fallope. (Voir illustration)

Sarcome

Un cancer des os, du cartilage, de la graisse, des muscles, des vaisseaux sanguins, ou d'autres tissus conjonctifs ou de soutien.

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.

Suivi

Surveillance de la santé d'une personne au fil du temps après le traitement. Il inclut la consignation de renseignements sur la santé d'une personne qui participe à une étude clinique ou à un essai clinique pendant un certain laps de temps, à la fois pendant l'étude et après la fin de celle-ci.

Syndrome mains-pieds

État marqué par une douleur, un gonflement, une paralysie, des picotements ou des rougeurs sur les mains ou les pieds. Il survient parfois comme effet secondaire de certains médicaments anticancéreux. Également appelé syndrome palmo-plantaire ou érythrodysesthésie palmo-plantaire.

Tamoxifène

Un médicament utilisé pour traiter certains types de cancer du sein chez les femmes et les hommes. Il est également utilisé dans la prévention du cancer du sein chez les femmes atteintes d'un carcinome canalaire in situ (cellules anormales dans les canaux du sein) et chez les femmes courant un risque élevé de développer un cancer du sein. Le tamoxifène fait en outre l'objet d'études dans le traitement d'autres types de cancer. Il inhibe l'action des œstrogènes* dans le sein. Le tamoxifène est un type d'anti-œstrogène*. Également appelé citrate de tamoxifène.

Taxane

Type de médicament bloquant la croissance cellulaire en arrêtant la mitose (la division cellulaire). Le taxane interfère avec les microtubules (structures cellulaires permettant de faire migrer les chromosomes pendant la mitose). Ils sont utilisés pour traiter le cancer. Le taxane est un type d'inhibiteur mitotique et un type d'agent antimicrotubulaire.

Thérapie systémique

Traitement utilisant des substances qui se déplacent dans le flux sanguin, atteignent et affectent les cellules de tout l'organisme. Exemples : la chimiothérapie et l'immunothérapie.

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

Le Topotécan est un médicament anticancéreux qui appartient au groupe des « inhibiteurs de la topoisomérase ». Il bloque une enzyme appelée topoisomérase I, qui est impliquée dans la division de l'ADN. Lorsque l'enzyme est bloquée, les brins de l'ADN se cassent, ce qui empêche la division des cellules, 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.

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

