

CANCER DE L'OVAIRE : UN GUIDE POUR LES PATIENTES

INFORMATION BASEE SUR LES RECOMMANDATIONS DE L'ESMO

Ce guide à destination des patientes a été élaboré par le Fonds Anticancer afin d'aider les patientes et leurs proches à mieux comprendre la nature du cancer de l'ovaire et à déterminer les meilleures options de traitement disponibles en fonction du sous-type de cancer de l'ovaire. Nous recommandons aux patientes de demander à leur médecin quels examens et quels types de traitement sont indiqués pour le type et le stade de leur maladie. Les informations médicales décrites dans le présent document s'appuient sur les recommandations de pratique clinique de la Société européenne d'oncologie médicale (ESMO) pour la prise en charge du cancer de l'ovaire. Ce guide a été préparé en collaboration avec l'ESMO et il est diffusé avec son autorisation. Il a été rédigé par un médecin et relu par deux cancérologues de l'ESMO, dont l'un est l'auteur principal des recommandations de pratique clinique à

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

l'intention des professionnels. Il a également été relu par des représentants de patients appartenant au groupe de travail de patients de l'ESMO (ESMO Cancer Patient Working Group).

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

Plus d'informations sur la Société européenne d'oncologie médicale : www.esmo.org

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

Table des matières

DEFINITION DU CANCER DE L'OVAIRE	5
LE CANCER DE L'OVAIRE EST-IL FREQUENT ?	6
QUELLES SONT LES CAUSES DU CANCER DE L'OVAIRE ?	8
COMMENT LE CANCER DE L'OVAIRE EST-IL DIAGNOSTIQUE ?	18
QUE FAUT-IL IMPERATIVEMENT SAVOIR POUR DEFINIR LE TRAITEMENT OPTIMAL ?	31
QUELLES SONT LES OPTIONS DE TRAITEMENT ?	60
QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES EVENTUELS DES TRAITEMENTS ?	78
QUE SE PASSE-T-IL APRES LE TRAITEMENT ?	89
DÉFINITIONS DES TERMES DIFFICILES.....	103

Ce document a été rédigé par le Dr. An Billiau, de Celsus Medical Writing LLC (pour RCT) et révisé par le Dr. Svetlana Jezdic (ESMO), le Dr. Nicoletta Colombo

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

(ESMO), le Prof. Cristiana Sessa (ESMO) et Ruth Payne (Ovacome UK).

Sa récente mise à jour reflète les modifications apportées à la dernière version des recommandations de pratique clinique de l'ESMO. Cette réactualisation a été réalisée par le Dr. Gauthier Bouche, et a été révisée par le Dr. Svetlana Jezdic (ESMO) et le Prof. Cristiana Sessa (ESMO).

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

DEFINITION DU CANCER DE L'OVAIRE

Le cancer de l'ovaire est un cancer qui se forme dans les tissus de cet organe. Les ovaires sont les organes reproducteurs féminins qui produisent les ovocytes (ovules) et les hormones féminines. Les cancers de l'ovaire se forment à partir des cellules de la surface de l'ovaire (épithélium* ovarien), sous une forme nommée **cancer épithélial de l'ovaire** (aussi désigné sous le nom de **carcinome ovarien** dans ce document) ou à partir d'autres tissus de l'ovaire (**cancers non épithéliaux de l'ovaire**). Ces deux termes désignent deux groupes de cancer de l'ovaire. Des sous-types très divers sont retrouvés au sein de chaque groupe.

Le type de cancer de l'ovaire le plus fréquent est le type épithélial qui représente environ 90 % des tumeurs ovariennes. Dans le groupe des cancers non épithéliaux rares, deux sous-types apparaissent plus fréquemment : les *tumeurs germinales malignes** et les *tumeurs des cordons sexuels et du stroma*.

LE CANCER DE L'OVAIRE EST-IL FREQUENT ?

Le cancer de l'ovaire est le septième cancer le plus fréquent et la septième cause de décès par cancer chez les femmes dans le monde.

L'incidence* du cancer de l'ovaire dans le monde entier montre une forte variation géographique. Les pays en développement présentent l'incidence la plus faible. Dans l'Union européenne, on estimait en 2008 que le cancer de l'ovaire avait été diagnostiqué chez un total de 45 300 femmes. La probabilité générale pour une femme vivant dans l'Union européenne de développer un cancer de l'ovaire au cours de sa vie se situe entre 0,64 % et 1,6 %.

Environ la moitié des femmes diagnostiquées d'un cancer de l'ovaire sont âgées de 60 ans ou plus. Les deux principaux sous-types de cancers non épithéliaux rares apparaissent toutefois à un âge moins avancé. Les tumeurs germinales malignes sont diagnostiquées principalement durant les vingt premières années de la

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

vie, alors que les tumeurs des cordons sexuels et du stroma sont plus fréquentes chez les femmes adultes (le cancer folliculaire se diagnostique chez l'adulte à une moyenne d'âge de 50 ans ; 90 % du type juvénile apparaissent chez les filles prépubères ; et les tumeurs à cellules de Sertoli-Leydig surviennent principalement chez les femmes de moins de 40 ans).

QUELLES SONT LES CAUSES DU CANCER DE L'OVAIRE ?

Aujourd'hui encore, on ne connaît pas parfaitement la cause du cancer de l'ovaire. Comme il est important de le rappeler, le terme de cancer de l'ovaire se réfère à un groupe très diversifié de tumeurs ovariennes malignes* différentes et leurs causes d'apparition ne sont pas toujours les mêmes. Les facteurs de risques sont des facteurs qui augmentent le risque qu'un cancer survienne, mais qui ne sont ni suffisants, ni nécessaires pour le provoquer. Un facteur de risque n'est pas une cause en soi. Un certain nombre de facteurs de risque du cancer de l'ovaire ont été identifiés. Certains facteurs influencent uniquement le risque d'un type spécifique de cancers de l'ovaire. Dans de nombreux cas, toutefois, aucun facteur de risque ne semble jouer un rôle.

Certaines femmes présentant un ou plusieurs facteurs de risque ne développeront jamais de cancer de l’ovaire, tandis que d’autres ne montrant aucun de ces facteurs peuvent néanmoins en développer un.

Jusqu’à 90 % des cancers de l’ovaire sont des **cancers sporadiques de l’ovaire**. Cela signifie qu’ils ne sont pas associés à des mutations* génétiques héréditaires.

Le risque de développer une forme sporadique du cancer de l’ovaire repose principalement sur le nombre total de cycles d’ovulation ayant eu lieu dans les ovaires au cours des années de fécondité d’une femme. Un cycle d’ovulation est la stimulation mensuelle de l’ovaire aboutissant à la libération d’un ovule (ovulation). Le nombre total de cycles d’ovulation au cours de la vie correspond au nombre d’ovulation qui a lieu entre les première règles et la ménopause* (c’est-à-dire au cours de la période reproductive). On pense que la stimulation répétitive

Cancer de l’ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l’ESMO – v.2013.1

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

des tissus ovariens pendant les cycles ovulatoires augmente le risque de lésions de l'ADN* des cellules, ce qui peut générer un cancer.

Selon cette théorie, les facteurs de risque pour ce type de cancer de l'ovaire sont les suivants :

- **L'âge** : on pense que lorsqu'une femme vieillit, des mutations de l'ADN* au sein des tissus ovariens peuvent s'accumuler, augmentant le risque de cancer de l'ovaire. Dans l'ensemble, l'incidence* du cancer de l'ovaire augmente à chaque décennie. L'âge moyen des femmes diagnostiquées d'un cancer de l'ovaire est d'environ 60 ans. Cette incidence diminue légèrement après 80 ans.
- Les **antécédents familiaux de cancer de l'ovaire** ou **de cancer du sein** sont d'autres facteurs de risque importants du cancer de l'ovaire. Ceci s'explique par le fait que jusqu'à 10 % des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire ont

hérité d'une mutation* génétique susceptible de l'avoir provoqué.

Une mutation génétique est une modification de la structure de l'ADN* normale d'un gène. Certaines mutations produisent un gène défectueux qui peut provoquer le cancer. Les mutations survenant dans les cellules destinées à devenir des ovules ou des spermatozoïdes (cellules germinales*) sont transmises par un parent à sa descendance. Certains sous-types de cancers épithéliaux* de l'ovaire sont associés à des mutations de cellules germinales bien connues, par exemple les mutations BRCA1 et BRCA2. Ces mutations sont également associées à une augmentation du risque de cancer du sein.

En général, on suppose qu'une femme dont une parente au premier degré (mère, fille ou soeur) a eu un cancer de l'ovaire présente un risque trois fois plus élevé de développer elle-même un cancer de l'ovaire. De plus, ce risque augmente si l'on

dénombrer plus d'une parente au premier degré ayant des antécédents de cancer de l'ovaire.

Les femmes juives d'origine ashkénaze qui ont des antécédents familiaux de cancer de l'ovaire ou du sein ont une probabilité particulièrement élevée de porter une mutation héréditaire qui prédispose au cancer de l'ovaire. Parmi toutes les patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, jusqu'à 40 % des femmes juives ashkénazes présentent la mutation des gènes BRCA1 ou BRCA2, alors que cette mutation n'est retrouvée que chez 10 % de l'ensemble des femmes atteintes d'un cancer de l'ovaire.

En général, pour les femmes porteuses de la mutation BRCA1, le risque estimé de développer un cancer de l'ovaire au cours de sa vie se situe entre 26 et 54 %, et il se situe entre 10 et 23 % pour celles porteuses de la mutation BRCA2.

- Les **antécédents personnels de cancer du sein** avant l'âge de 50 ans ou des **antécédents familiaux** (entre parents au premier degré) de

cancer de l’ovaire, du sein, de l’endomètre ou du côlon sont également associés à un risque plus élevé de cancer de l’ovaire.

- Le nombre d’enfants auxquels une femme a donné naissance. Les femmes qui n’ont jamais eu d’enfant ont un risque 2 fois plus élevé de développer un cancer de l’ovaire que celles qui ont eu des enfants. Le risque de développer un cancer de l’ovaire diminue avec chaque naissance. Cependant, ce risque ne diminue plus au-delà de 5 naissances. Au cours de la grossesse, l’ovulation est suspendue provisoirement et la réduction du nombre des cycles d’ovulation est censée diminuer le risque de cancer de l’ovaire. En outre, on pense que la grossesse peut aider les ovaires à se débarrasser des cellules précancéreuses*.
- **L’origine ethnique** : les femmes du type caucasien ont un risque de 30 à 40 % plus élevé de développer un cancer de l’ovaire que les femmes de type africain ou hispanique. Cette différence due à l’origine ethnique reste inexpliquée. On

Cancer de l’ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l’ESMO – v.2013.1

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

pense que les différences du nombre d'accouchement (voir ci-dessous) et de fréquence des interventions chirurgicales gynécologiques (voir ci-dessous) liées à l'origine géographique pourraient jouer un rôle majeur à cet égard.

Les facteurs suivants sont associés à une réduction du risque de cancer de l'ovaire :

- **Un nombre important de naissances** : comme nous l'avons expliqué ci-dessus, le risque de cancer de l'ovaire diminue avec le nombre de naissances chez une femme, l'effet maximal s'exerçant pour 5 naissances. La réduction du nombre total de cycles d'ovulation et une meilleure élimination des cellules précancéreuses* pourraient expliquer cette diminution du risque.
- **L'allaitement** a un effet protecteur contre le développement du cancer de l'ovaire. Cet effet serait dû au fait que l'allaitement supprime l'ovulation, ce qui réduirait le nombre de cycles de la femme durant sa vie.

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

- **Les contraceptifs oraux** suppriment l'ovulation et donc, exercent un effet protecteur. L'utilisation à long terme de contraceptifs oraux réduit le risque de cancer de l'ovaire jusqu'à 50 %. En outre, cette protection persiste plus de 30 ans après la dernière utilisation de la contraception.
- **La chirurgie gynécologique** : la ligature des trompes* et l'hystérectomie* sont associées à une réduction du risque de cancer de l'ovaire. Cette observation n'est pas bien expliquée, mais on pense que ces interventions chirurgicales perturbent la circulation sanguine vers les ovaires et leur fonction (l'ovulation). Cela réduirait le nombre total de cycles ovulatoires d'une vie, et donc, le risque de développer un cancer de l'ovaire.
- **L'ovariectomie** : l'ablation chirurgicale des ovaires réduit considérablement le risque de cancer de l'ovaire.

On pense que d'autres facteurs sont associés à un risque accru de cancer de l'ovaire, mais cela n'a pas été démontré.

- **Certains médicaments inducteurs de l'ovulation*** pourraient jouer un rôle dans l'apparition du cancer de l'ovaire, mais les éléments probants sont contradictoires.
- Des études ont suggéré que l'administration chez les femmes ménopausées d'un **traitement hormonal de substitution* à base d'oestrogènes*** sur des périodes supérieures à 10 ans pouvait être associée à un risque accru de cancer de l'ovaire. Ces conclusions, cependant, doivent être confirmées. L'augmentation du risque est supposée décliner quand le traitement de substitution est interrompu.
- On suppose que l'utilisation de **talc** dans la région génitale pourrait être liée au développement du cancer de l'ovaire. Le talc peut atteindre les ovaires par l'appareil reproducteur et peut irriter

l'épithélium* ovarien. Toutefois, l'existence d'un lien entre l'utilisation de poudre de talc et le cancer de l'ovaire n'a pas été montrée de manière formelle.

COMMENT LE CANCER DE L'OVAIRE EST-IL DIAGNOSTIQUE ?

Le cancer de l'ovaire peut être détecté pendant un examen physique systématique, lors d'un examen clinique montrant une masse dans le bassin* ou sur la base de symptômes spécifiques.

Les **principaux symptômes** du cancer de l'ovaire sont associés à la présence d'une masse dans l'abdomen et peuvent comprendre :

- Une gêne, une pression ou une douleur abdominale ou pelvienne
- Une lourdeur ou un gonflement de l'abdomen
- Des troubles alimentaires : une satiété précoce (impression d'être rapidement rassasié), une dyspepsie* (maux d'estomac)
- Des modifications du transit intestinal, par exemple, de la constipation
- Des modifications des habitudes de miction, par exemple, des mictions plus fréquentes
- Des douleurs pendant les rapports sexuels

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

Lorsque la maladie est à un stade avancé, les symptômes ci-dessus peuvent être plus prononcés et inclure également :

- Des nausées (sensation de malaise) et une perte d'appétit
- Une distension abdominale en raison de l'accumulation de liquide dans la cavité abdominale (ascite*)
- Une occlusion intestinale due à une masse dans l'abdomen
- De l'essoufflement en raison de l'accumulation de liquide autour des poumons (épanchement pleural*)

Toutefois, ces symptômes ne sont pas spécifiques du cancer de l'ovaire et peuvent également apparaître avec d'autres maladies non malignes*.

Les tumeurs ovariennes malignes* peuvent produire des substances hormonales provoquant des **symptômes ou des signes spécifiques**. Ces tumeurs sont appelées « tumeurs fonctionnelles ». Ceci s'observe fréquemment avec les *tumeurs des cordons*

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

sexuels et du stroma. La production excessive d'estradiol* et/ou d'androgènes* peut provoquer une précocité sexuelle (apparition prématurée de la puberté) chez les filles prépubères. Un excès d'estradiol peut aussi provoquer des cycles menstruels irréguliers (menstruation) chez les patientes non ménopausées ou des saignements chez les femmes ménopausées. Une production excessive de testostérone*, une hormone mâle, peut provoquer une virilisation*. Une production excessive de cortisol* peut provoquer un syndrome de Cushing*, un état caractérisé par une prise de poids, un amaigrissement de la peau et un excès de pilosité.

En plus de poser des questions sur les symptômes listés ci-dessus, le médecin effectuera un **examen clinique général** et prescrira des **analyses de sang** pour évaluer la numération sanguine, mais aussi la fonction hépatique et rénale.

Les jeunes filles prépubères développant une tumeur ovarienne peuvent présenter des gonades dysgénétiques* : elles souffrent d'une perturbation

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

héréditaire de la croissance des ovaires en raison d'une mutation touchant les chromosomes*. Chez ces patientes, une analyse de sang doit être effectuée afin d'identifier le nombre et la taille des chromosomes, aussi appelé le caryotype*.

Si une patiente ménopausée présente des symptômes d'une tumeur ovarienne et des saignements, une **hystéroscopie*** (examen de l'intérieur de l'utérus à l'aide d'une petite caméra) peut être indiquée pour documenter une hyperplasie* de l'endomètre. Il s'agit d'une croissance excessive de la paroi interne de l'utérus (l'endomètre), qui peut donner lieu à des saignements utérins anormaux.

Le **diagnostic** du cancer de l'ovaire est basé sur les examens suivants :

- **Un examen clinique**

Un examen clinique pelvien*

Dans le cadre de l'examen gynécologique général, le médecin effectuera un examen pelvien* pour détecter la présence d'une masse, ainsi que sa taille et sa

fixation possible aux tissus environnants. Au cours de cet examen, le gynécologue va palper les ovaires simultanément par l'abdomen et le vagin.

Un examen clinique général

À un stade avancé de la maladie, les médecins rechercheront des signes de la présence d'ascite*, d'occlusion intestinale, d'épanchement pleural* et rechercheront une augmentation de la taille des ganglions lymphatiques* ou du foie en raison de la présence de métastases*.

- **Une étude radiologique**
 - **L'échographie* transvaginale**

Le médecin effectue un examen échographique des organes du bassin* à l'aide d'une sonde qui est insérée par dans le vagin. Cet examen est effectué par un médecin et il est bien toléré. L'objectif de cette échographie est de détecter la présence d'une tumeur (également appelée masse annexielle) dans les ovaires et les trompes de Fallope. L'objectif est aussi de distinguer, en se basant sur l'aspect de cette masse

annexielle, les lésions bénignes* des lésions qui nécessitent une évaluation supplémentaire (anatomopathologie) de malignité*. L'échographie par voie vaginale permet une très bonne visualisation des trompes et des ovaires.

Une masse pelvienne doit être suspectée de malignité* si elle présente une composante solide (et pas seulement liquide), des marges irrégulières et de nombreux vaisseaux sanguins. Dans ce cas, il faut confier la patiente à un médecin spécialisé en échographie. L'échographie par voie vaginale peut aussi révéler une ascite* (accumulation de liquide dans la cavité abdominale) ou des métastases* péritonéales* (métastases sur le péritoine*, le tissu tapissant l'intérieur de la cavité abdominale), qui sont tous deux des indicateurs de malignité.

D'autres techniques d'imagerie médicale peuvent fournir des informations supplémentaires, mais ne sont pas prescrites systématiquement au stade de l'évaluation préopératoire. L'objectif de l'imagerie

dans la détection du cancer de l'ovaire est de distinguer les masses

annexielles bénignes* de celles qui nécessitent une évaluation anatomopathologique plus poussée afin d'en définir la malignité*.

- **L'imagerie par résonance magnétique* (IRM)**

Un examen par IRM du bassin* peut fournir des renseignements supplémentaires sur la nature d'une masse ovarienne, particulièrement si l'échographie ne pouvait pas en établir le caractère bénin* ou malin*. Elle est utile pour déterminer le stade de la maladie et pour planifier le traitement.

- **Le scanner***

Les caractéristiques révélées par le scanner peuvent lever les soupçons sur certains types de cancers de l'ovaire. Cette technique est utile déterminer le stade de la maladie et pour planifier le traitement.

- **La tomographie par émission de positons* (TEP ou PET-scan) parfois associé à un scanner**

Il s'agit d'une technique d'imagerie qui visualise l'anatomie d'un tissu, ainsi que l'activité métabolique des cellules s'y trouvant. Elle n'est pas recommandée pour la détection d'un cancer primitif. Elle peut être utile dans la détermination du stade des tumeurs qui sont métaboliquement actives, en d'autres termes, qui produisent des substances induisant des changements dans la composition chimique des fluides de l'organisme du patient. Le *carcinome à petites cellules de l'ovaire* est un exemple d'une tumeur pouvant être métaboliquement active.

- **Les marqueurs* tumoraux**

Certains types de cancer de l'ovaire produisent des substances qui peuvent être mesurées à l'aide d'une analyse de sang. Ces « marqueurs tumoraux » peuvent aider à établir le diagnostic de cancer de l'ovaire. Il est important de noter que si les tumeurs ovariennes ne produisent pas de substances causant des symptômes

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

ou des signes de maladie, elles ne sont souvent pas détectées. Ainsi, l'antigène cancéreux 125 (CA125) est un marqueur tumoral habituellement recherché dans l'évaluation d'une masse annexielle suspecte et d'autres marqueurs tumoraux sont utilisés si l'on suspecte un certain type de cancer de l'ovaire non épithélial. Certains marqueurs tumoraux peuvent également être utilisés pendant ou après le traitement pour surveiller la réponse au traitement et/ou surveiller la récurrence* des tumeurs (voir le chapitre « Que se passe-t-il après le traitement »). L'utilité d'un marqueur tumoral dépend de nombreux facteurs spécifiques de la tumeur et de la patiente. Elle doit faire l'objet d'une détermination précise pour chaque patiente.

Bien que les marqueurs tumoraux puissent être utiles, il est important de noter que le diagnostic du cancer de l'ovaire repose essentiellement sur l'imagerie et l'anatomopathologie.

CA125 – Le médecin demande généralement à déterminer le taux sanguin de la protéine* CA125. La

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

plupart des cellules du cancer de l'ovaire produisent des niveaux plus élevés de CA125 que ne le font les cellules normales. La combinaison des résultats de l'échographie* et du taux de CA125 est plus fiable pour faire ou exclure le diagnostic de cancer de l'ovaire que l'échographie transvaginale seule. Il convient de se rappeler que si un niveau élevé de CA125 peut confirmer le diagnostic, il n'est pas un diagnostic en soi. Des niveaux élevés de CA125 peuvent aussi s'observer dans diverses affections bénignes* telles que lors des menstruations, ou en présence de kystes* bénins*, de léiomyomes utérins*, d'atteinte inflammatoire pelvienne*, d'adénomyose* et d'inflammation péritonéale*.

Les cancers non épithéliaux de l'ovaire sont rares et l'établissement de leur diagnostic peut être difficile. L'examen de marqueurs* tumoraux et des résultats cliniques peut aider à diagnostiquer certaines de ces tumeurs.

Si de jeunes femmes présentent des signes de masse pelvienne, leur âge doit permettre de soupçonner qu'il

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

s'agit de tumeurs des cellules germinales*. Des niveaux élevés de protéines* appelées **gonadotrophine chorionique humaine*** (hCG), **alpha-foetoprotéine*** (AFP) et **lactate déshydrogénase*** (LDH) peuvent être observés chez les patientes atteintes de ces tumeurs. Par ailleurs, ces marqueurs* sont aussi mesurés dans le sang une fois le diagnostic établi.

Dans le cas de tumeurs ovariennes sécrétant des **androgènes*** et du **cortisol***, qui présentent des signes de virilisation* ou de syndrome de Cushing*, mesurer le taux de ces substances peut s'avérer utiles, en particulier dans le cadre du suivi.

L'**estradiol*** et la **testostérone*** sont des hormones reproductrices qui peuvent être mesurées et s'avérer utiles dans le suivi *des tumeurs de la granulosa** (estradiol) et les *tumeurs de Sertoli*-Leydig** (testostérone).

L'**inhibine*** est une hormone sécrétée par les *tumeurs de la granulosa**, qui peut être mesurée comme marqueur* pour cette maladie.

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

L'**énolase neurone-spécifique(NSE)** est une protéine* dont le taux peut être élevé dans certaines *tumeurs ovariennes neuro-endocrines**.

- **Un examen anatomopathologique**

Il s'agit de l'examen en laboratoire des cellules tumorales. Il est effectué sur le tissu de la tumeur ovarienne. Les données anatomopathologiques confirmeront le diagnostic de cancer de l'ovaire et révéleront les caractéristiques spécifiques de la tumeur, permettant aux médecins de déterminer le type histologique* du cancer de l'ovaire en fonction des critères établis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

L'examen anatomopathologique est également réalisé sur les tissus provenant d'autres organes du bassin* ou de l'abdomen vers lesquels la tumeur ovarienne s'est propagée ou aurait pu le faire. Cela fait partie d'un processus appelé détermination chirurgicale du stade. La détermination du stade signifie que le médecin définit le degré de dissémination de la tumeur vers d'autres organes. Dans le cancer de l'ovaire, la

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

détermination du stade implique une laparotomie*. Il s'agit d'une intervention chirurgicale dans laquelle le chirurgien pratique une incision dans la paroi abdominale pour inspecter la cavité et les organes de l'abdomen, et pour effectuer une résection ou une biopsie* des organes (potentiellement) touchés.

Le type histologique* de la tumeur et le stade de la maladie fournissent des informations très importantes sur le cancer. Les types histologiques sont expliqués dans la section « Que faut-il impérativement savoir pour définir le traitement optimal ? » de ce document.

QUE FAUT-IL IMPERATIVEMENT SAVOIR POUR DEFINIR LE TRAITEMENT OPTIMAL ?

Les médecins doivent prendre en compte de nombreux aspects de la patiente et du cancer afin de décider du meilleur traitement. Chez certaines patientes, ces informations peuvent servir à prédire le risque de récurrence* du cancer.

Les informations importantes à propos de la patiente

- L'âge
- L'historique des naissances et le statut ménopausique* chez les femmes adultes
- Le statut de puberté chez les filles préadolescentes
- Les antécédents familiaux de cancer de l'ovaire, du sein ou d'autres cancers
- Les antécédents médicaux personnels, les maladies antérieures et les traitements suivis

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

- L'état général et les problèmes physiques spécifiques
- Les résultats de l'examen clinique
- Les résultats des prises de sang : numération globulaire et fonctions rénale et hépatique
- Les résultats d'éventuels autres tests de laboratoire, tels que la valeur initiale des marqueurs tumoraux* qui pourrait s'avérer importante pour surveiller la réponse au traitement.

Les informations pertinentes sur le cancer

Les informations relatives au cancer et qui sont importantes pour orienter le choix de traitement incluent le stade du cancer, son type histologique* et le grade de la tumeur. Pour certains types de tumeurs, le profil d'expression génique des cellules tumorales peut être également utile.

LA DETERMINATION DU STADE

La détermination du stade du cancer permet aux médecins d'évaluer l'extension du cancer et le

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

pronostic* du patient. Le pronostic s'améliore à mesure que le stade est faible. Le système de détermination du stade TNM est le plus généralement mis en oeuvre. Dans ce système, T indique la taille de la tumeur et l'invasion* des tissus avoisinants, N indique l'atteinte des ganglions lymphatiques* et M indique les métastases* ou la propagation du cancer à un autre organe du corps. La combinaison de ces informations permettra de classer le cancer dans l'un des stades décrits ci-dessous. Le stade est un élément fondamental pour prendre une décision appropriée concernant le traitement.

Dans le cancer de l'ovaire, la détermination du stade est complète lorsque les examens suivants ont été effectués : un examen clinique, des examens radiologiques, une exploration chirurgicale de l'abdomen (appelée détermination chirurgicale du stade), un examen anatomopathologique des tissus de la tumeur primitive et des échantillons prélevés, lors de biopsies*, sur d'autres organes éventuellement touchés.

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

Un élément essentiel de la procédure de détermination du stade du cancer de l’ovaire est la laparotomie* réalisée sous anesthésie générale*. Cette « procédure de détermination chirurgicale du stade » permet au chirurgien de déterminer visuellement la présence et la propagation du cancer de l’ovaire et de prélever des tissus de la tumeur (et d’autres organes abdominaux éventuellement touchés) pour l’examen anatomopathologique. Outre son utilité pour la détermination du stade, la laparotomie* est aussi la première étape (et dans certains cas, la dernière) du traitement, car il permet au chirurgien d’enlever la tumeur primitive et les organes visiblement atteints.

La détermination chirurgicale du stade est effectuée conformément aux directives de la Fédération internationale de gynécologie et d’obstétrique (FIGO). Le chirurgien effectue une incision dans la paroi abdominale et examine avec soin la cavité et les organes de l’abdomen à la recherche d’une tumeur primitive et de la propagation possible de celle-ci vers

Cancer de l’ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l’ESMO – v.2013.1

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

d'autres organes. En tenant compte des résultats des examens cliniques et radiologiques, cela permettra au chirurgien de déterminer le stade de la maladie.

Le chirurgien va ensuite réséquer la tumeur et certains organes, et effectuera une biopsie* (ablation de petits morceaux de tissus pour l'examen anatomopathologique) sur les autres organes vers lesquels le cancer aurait pu se propager. Le protocole exact des interventions nécessaires dépend du stade de la maladie diagnostiqué au cours de la procédure. La propagation de la maladie peut être évaluée grâce à l'examen anatomopathologique des tissus, et les tissus affectés peuvent être retirés lors de ces interventions. Les interventions au cours de la détermination chirurgicale du stade peuvent inclure :

- Une hystérectomie* abdominale totale (résection de l'utérus) et une salpingo-ovariectomie bilatérale (résection des ovaires et des trompes de Fallope), une lymphadénectomie* complète ou sélective (résection des ganglions lymphatiques*) des ganglions lymphatiques* pelviens et para-

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

aortiques (ganglions du bassin* et situés le long de l'artère principale appelée aorte), une omentectomie partielle ou totale (résection de l'épiploon*, un grand pli du péritoine* qui tapisse l'intestin) et la résection de tout autre organe auquel la tumeur s'est propagée.

- Une biopsie* du péritoine (tissu qui tapisse la cavité abdominale) au niveau du diaphragme, du bassin* et des espaces entre l'abdomen et le gros intestin (gouttières paracoliques*).
- Un lavage de la cavité abdominale avec de l'eau salée pour détecter la présence de cellules de tumeurs malignes* (lavage péritonéal*).
- Pour certains types de tumeurs, une résection de l'appendice* (appendicectomie)

Dans certains cas, l'intervention chirurgicale de détermination du stade peut être effectuée au moyen d'une laparoscopie* (aussi appelée coelioscopie) plutôt qu'une laparotomie*. Cette possibilité doit être déterminée individuellement pour chaque patient.

Le tableau suivant présente les différents stades du cancer de l’ovaire selon les directives de la Fédération internationale de gynécologie et d’obstétrique (FIGO). Ces définitions revêtent un caractère très technique. Il est donc recommandé de demander des explications plus détaillées à des médecins.

STADE	DEFINITION	CATEGORIE
Stade I	La tumeur est limitée aux ovaires.	Stade précoce de la maladie
Stade IA	La tumeur est confinée dans un ovaire : elle n'apparaît pas à la surface de l'ovaire et la capsule entourant l'ovaire est intacte. Il n'y a pas d'ascite* contenant de cellules malignes*.	
Stade IB	On observe une tumeur dans les deux ovaires, mais les tumeurs sont confinées à l'intérieur. Elles n'apparaissent pas à la surface de l'ovaire et les capsules	

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

	entourant les ovaires sont intacts. Il n'y a pas d'ascite* contenant de cellules malignes*.	Stade précoce de la maladie
Stade IC	Il y a une tumeur dans un ou les deux ovaires (stade IA ou stade IB), à laquelle s'ajoute un ou plusieurs des éléments suivants : tumeur retrouvée à la surface de l'un ou des deux ovaires tumeur traversant la capsule de l'un ou des deux ovaires, ou rupture de la capsule lors de l'opération ascite* avec cellules	

	<p>malignes*</p> <p>liquide du lavage péritonéal* montrant la présence de cellules malignes</p>	<p>Stade précoce de la maladie</p>
Stade II	<p>La tumeur touche un ou les deux ovaires et s'est propagée au-delà des ovaires, dans les organes pelviens</p>	
Stade IIA	<p>La tumeur touche un ou les deux ovaires et s'est propagée à l'utérus et/ou aux trompes de Fallope</p>	
Stade IIB	<p>La tumeur touche un ou les deux ovaires et s'est étendue aux tissus pelviens autres que l'utérus et les</p>	<p>Maladie avancée</p>

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

	trompes de Fallope.	
Stade IIC	<p>La tumeur touche un ou les deux ovaires et s'est étendue à l'utérus, aux trompes de Fallope (stade IIA) ou à d'autres organes pelviens (stade IIB). En outre, on observe un ou plusieurs des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • tumeur retrouvée à la surface de l'un ou des deux ovaires • tumeur traversant la capsule de l'un ou des deux ovaires • ascite* avec 	Maladie avancée

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

	<p>cellules malignes*</p> <ul style="list-style-type: none"> liquide du lavage péritonéal* montrant la présence de cellules malignes. 	<p>Maladie avancée</p>
<p>Stade III</p>	<p>La tumeur touche un ou les deux ovaires. À l'œil nu, la croissance de la tumeur semble limitée au bassin*, mais l'examen anatomopathologique montre qu'elle s'est étendue au-delà du bassin, vers l'un des organes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> le péritoine* à l'extérieur du bassin 	

	<ul style="list-style-type: none"> • les ganglions lymphatiques* dans la région du bassin • les couches superficielles du foie • l'intestin grêle ou l'épiploon*. 	
Stade IIIA	La tumeur touche un ou les deux ovaires. À l'oeil nu, la croissance de la tumeur semble limitée au bassin*, mais l'examen anatomopathologique montre une croissance tumorale – à l'échelle microscopique – dans l'intestin grêle, le mésentère*, ou dans	Maladie avancée

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

	les membranes péritonéales* à l'extérieur du bassin (y compris l'épiploon*). Il n'y a pas de propagation de la tumeur dans les ganglions lymphatiques*.	Maladie avancée
Stade IIIB	La tumeur touche un ou les deux ovaires. L'examen anatomopathologique des prélèvements de biopsies* des membranes péritonéales* à l'extérieur du bassin* montre des métastases* inférieures à 2 cm. Il	

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

	n'y a pas de propagation de la tumeur dans les ganglions lymphatiques*.	Maladie avancée
Stade IIIC	La tumeur touche un ou les deux ovaires. La croissance de la tumeur a donné lieu à des métastases* dans les membranes péritonéales* de plus de 2 cm de diamètre et/ou s'est propagée dans les ganglions lymphatiques* du bassin*.	

<p>Stade IV</p>	<p>La tumeur touche un ou les deux ovaires et a donné lieu à des métastases* hépatiques dans les tissus profonds du foie (métastases parenchymateuses) des métastases dans des organes éloignés du bassin* l'accumulation de liquide autour des poumons (épanchement pleural*) contenant des cellules malignes*</p>	<p>Maladie avancée</p>
------------------------	--	-------------------------------

RESULTATS DE L'EXAMEN DES TISSUS TUMORAUX

Les tissus de la tumeur prélevés lors de la biopsie sont examinés en laboratoire par un anatomopathologiste*. Cet examen est appelé anatomopathologie et fournira des informations sur le type histologique* et le grade de la tumeur.

L'examen anatomopathologique des tissus tumoraux fournit des informations cruciales sur le cancer. Les résultats de cet examen indiquent donc le type histologique et le grade de la tumeur. Certaines tumeurs produisent des protéines* caractéristiques qui peuvent être identifiées dans le tissu tumoral en utilisant une méthode spéciale de laboratoire appelée immunohistochimie*. Dans certaines formes de cancer de l'ovaire, cet examen complémentaire réalisé sur le prélèvement chirurgical de la tumeur peut aider à identifier son type histologique.

Le type histologique*

Le type histologique d'une tumeur indique le type de cellules qui la composent. Il est défini selon les critères établis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Environ 90 % des tumeurs ovariennes malignes* naissent dans l'épithélium* de l'ovaire ou dans l'épithélium de l'extrémité de la trompe de Fallope. Ces tumeurs sont désignées comme « **cancers épithéliaux de l'ovaire** » ou « **carcinomes ovariens** ».

Environ 10 % des cancers de l'ovaire proviennent d'autres tissus ovariens que l'épithélium. Ces tumeurs sont appelées « **cancers non épithéliaux de l'ovaire** ».

Ces deux catégories de cancers de l'ovaire constituent chacune un group hétérogène de différents types de tumeurs. Ces deux groupes sont analysés séparément ci-dessous.

Si une tumeur maligne de type ovarien est trouvée dans le péritoine*, elle est considérée comme provenant d'une tumeur ovarienne primitive.

LES CARCINOMES OVARIENS OU CANCERS EPITHELIAUX DE L'OVAIRE

Parmi les carcinomes ovariens, on distingue plusieurs types histologiques*, chacun représentant des entités distinctes avec des processus différents de développement (carcinogénèse). Chaque type histologique est classé dans l'une de ces trois catégories qui reflètent le pronostic* :

- Les tumeurs **bénignes*** composées de cellules non malignes. Les tumeurs bénignes peuvent grossir, mais elles ne se propagent pas dans d'autres parties du corps.
- Les **tumeurs malignes*** composées de cellules cancéreuses. Les tumeurs malignes se reproduisent de manière non limitée et peuvent envahir et détruire les tissus environnants. Elles peuvent également se propager à d'autres parties du corps (métastases*).
- Les **tumeurs intermédiaires** composées de cellules qui ne sont considérées comme ni bénignes*, ni

malignes*, mais qui montrent plutôt un faible potentiel malin. Ces lésions sont également connues sous les noms de **tumeurs à la limite de la malignité***, de **tumeurs de faible potentiel malin** et de **tumeurs prolifératives atypiques**. Les tumeurs à la limite de la malignité sont généralement des *carcinomes séreux*, moins fréquemment des *carcinomes mucineux* et rarement des *carcinomes endométrioïdes*.

Les six principaux types histologiques* de cancers épithéliaux de l'ovaire sont décrits ci-dessous. Les définitions de ces tumeurs et de leurs différents sous-types sont très spécifiques et techniques. Il est donc recommandé de consulter votre médecin pour plus d'informations.

- Les **carcinomes séreux** représentent environ 80-85 % de l'ensemble des carcinomes ovariens des pays occidentaux. La plupart des *carcinomes séreux* sont de haut grade ; les *carcinomes séreux* de bas grade sont rares. Jusqu'à 95 % des personnes atteintes de la maladie au stade FIGO

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

III-IV présentent des *carcinomes séreux*, tandis que les carcinomes séreux de stade FIGO I sont très rares. Les *carcinomes séreux* de bas grade et de haut grade sont considérés comme des types distincts de tumeurs.

- Les **carcinomes endométrioides** représentent environ 10 % de l'ensemble des *carcinomes ovariens* des pays occidentaux. La plupart des carcinomes de ce type sont de stade FIGO I ou II.
- Les **carcinomes à cellules claires** représentent approximativement 5% de tous les *carcinomes ovariens*. Ils sont uniquement fréquents chez les japonaises. La plupart des carcinomes de ce type sont de stade FIGO I ou II et ils représentent les tumeurs les plus courantes parmi les tumeurs de stade FIGO I.
- Les **carcinomes mucineux** comprennent deux sous-groupes. Les **tumeurs mucineuses de type intestinal** sont les plus fréquentes. Les **tumeurs mucineuses de type endocervical (séromucineuses ou de type mullérien)** sont

habituellement des tumeurs à la limite de la malignité* et sont similaires aux *tumeurs séreuses à la limite de la malignité*.

- Les **carcinomes à cellules transitionnelles** sont fréquents et la plupart sont des tumeurs de haut grade avec des caractéristiques histologiques similaires à celles observées dans les *carcinomes séreux*.
- **Les carcinomes squameux**

En plus de ces six grands types histologiques*, les carcinomes ovariens comprennent aussi :

Des **carcinomes indifférenciés** qui se comportent de la même façon que les carcinomes séreux de haut grade.

LES CANCERS NON EPITHELIAUX DE L'OVAIRE

Les cancers non épithéliaux de l'ovaire constituent également un groupe hétérogène de tumeurs malignes*. Typiquement, ce sont tous des tumeurs rares. On distingue six grands types histologiques, souvent avec plusieurs sous-types distincts. Un aperçu

complet de la classification est donné ci-dessous. Les définitions de ces tumeurs, notamment de leurs différents sous-types, sont très spécifiques et techniques. Il est donc recommandé de consulter un médecin pour plus d'informations.

- Les **tumeurs des cellules germinales*** se forment dans l'ovaire à partir des ovules. Dans l'ensemble, les tumeurs des cellules germinales représentent seulement 5 % de toutes les tumeurs ovariennes, mais elles représentent plus de 75% de toutes les tumeurs ovariennes malignes* diagnostiquées chez les filles préadolescentes. On distingue plusieurs types de *tumeurs des cellules germinales*. La distinction entre ces sous-types étant très technique, il est conseillé de consulter un médecin pour plus d'informations. Les *kystes** *dermoïdes** (ou *tératomes** *cystiques matures*) forment un sous-type des *tumeurs des cellules germinales* qui peuvent représenter 20 % de toutes les tumeurs ovariennes et sont habituellement bénignes*.

- Les **tumeurs des cordons sexuels et du stroma** apparaissent dans le stroma ovarien (les tissus mous qui forment la structure de soutien de l'ovaire) ou dans les cordons sexuels (les structures qui, au cours du développement des organes reproducteurs, donnent lieu à des types spécifiques de cellules comme les cellules de Leydig*, les cellules de Sertoli*, les cellules de la granulosa*, et les cellules thécales*).

Les *tumeurs des cordons sexuels et du stroma* constituent 5 % de l'ensemble des tumeurs ovariennes et 7 % de toutes les tumeurs ovariennes malignes*. Elles surviennent surtout chez les femmes adultes. Ces tumeurs produisent généralement des substances hormonales, provoquant des symptômes cliniques distincts comme la virilisation* ou une hyperplasie* de l'endomètre qui peut provoquer des menstruations irrégulières ou des saignements post-ménopausiques.

Il existe plusieurs types de *tumeurs des cordons sexuels et du stroma*. La distinction entre ces sous-types est très technique et il est conseillé de consulter un médecin pour plus d'informations.

Le type le plus commun de tumeurs malignes* dans le groupe des tumeurs des cordons sexuels et du stroma est formé par les **tumeurs de la granulosa***. Ces tumeurs peuvent survenir chez les adultes, mais sont plus fréquentes chez les jeunes femmes âgées de moins de 20 ans. Dans ce groupe d'âge, les patientes atteintes de ces tumeurs présentent souvent des signes de précocité sexuelle (apparition précoce de la puberté).

L'immunohistochimie* peut aider à différencier ces tumeurs des autres types de cancer de l'ovaire, car elles présentent généralement une expression tissulaire des protéines* CD99*, mélan-A* (dans la forme adulte), inhibine A* et calrétinine* (dans les formes adultes et juvéniles).

Les **tumeurs à cellules de Sertoli* et de Leydig*** forment un sous-type des tumeurs des cordons

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

sexuels et du stroma qui peuvent généralement produire des hormones mâles. Les **tumeurs à cellules de Leydig** (également appelées **tumeurs à cellules du hile**) sont toujours bénignes* et provoque généralement une virilisation* due à une sécrétion d'androgènes*. Les **tumeurs à cellules de Sertoli-Leydig** surviennent aussi chez les jeunes patientes et peuvent également produire des hormones.

L'immunohistochimie* peut aussi permettre d'identifier ces tumeurs, car elles présentent généralement une expression des protéines* spécifiques inhibine A et des cytokératines de faible poids moléculaire.

- Les **carcinosarcomes*** représentent 2 à 4 % de toutes les tumeurs ovariennes. De manière générale, ces tumeurs sont composées de cellules malignes* provenant de l'épithélium* et du stroma ovariens.
- Les **tumeurs ovariennes à petites cellules et neuro-endocrines*** se composent typiquement de

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

cellules plus petites que les cellules normales. Les *tumeurs neuro-endocrines de l'ovaire* sont constituées de cellules apparaissant dans les systèmes endocrinien et nerveux*.

Cette catégorie de tumeurs, qui se compose également de différents sous-types, représente environ 1 % de tous les cancers de l'ovaire et chaque sous-type a un tableau clinique caractéristique. Ces tumeurs sont rares, mais la plupart d'entre elles sont très agressives, en particulier lorsqu'elles sont diagnostiquées au-delà du stade FIGO I. La distinction entre les différents sous-types est très technique et il est recommandé de consulter un médecin pour plus d'informations.

- Les **carcinomes à cellules squameuses survenant dans les kystes* dermoïdes*/tératomes*** sont des tumeurs malignes* : cette « transformation maligne » est rare et se produit chez seulement 1 à 2 % des *kystes dermoïdes*. Généralement, ces tumeurs surviennent chez les femmes

ménopausées et sont habituellement diagnostiquées à un stade tardif, lorsque la grosseur de la tumeur provoque une gêne ou lorsque la torsion de la tumeur cause des douleurs. Le diagnostic est souvent posé quand une patiente subit une intervention chirurgicale pour un *kyste dermoïde* présumé.

- Un **goitre ovarien** (ou **carcinoïde strumal**) est une tumeur maligne* qui apparaît dans un *tératome** et qui se compose de plus de 50 % du tissu qui se trouve généralement dans la glande thyroïde*. Le *goitre ovarien* est très rare et est généralement diagnostiqué par hasard chez les femmes de 50 à 60 ans. Il produit rarement des métastases*. Une tumeur ovarienne constitue très rarement une métastase d'une tumeur maligne primaire de la thyroïde, et cette possibilité doit donc être étudiée chez les patientes présentant des *carcinoïdes strumaux*.

Le grade

Le **grade** d'une tumeur maligne* reflète la présence des caractéristiques atypiques des *cellules* et/ou l'architecture atypique de la tumeur. Le grade est sensé informer *de la vitesse* à laquelle croît la tumeur et dans quelle mesure elle sera envahissante*.

Pour le cancer de l'ovaire, de nombreux systèmes de graduation sont utilisés. Ce dernier peut varier selon le type histologique* de la tumeur. Le grade est composé d'un nombre (généralement de 1 à 3) ou d'un adjectif (bas ou haut). De manière générale, plus le grade est bas, meilleur est le pronostic*.

QUELLES SONT LES OPTIONS DE TRAITEMENT ?

La planification du traitement incombe à une équipe multidisciplinaire* de professionnels de santé. Elle implique la rencontre de spécialistes différents qui est appelée « réunion de concertation pluridisciplinaire* » ou « consultation d'oncologie multidisciplinaire ». Lors de cette réunion, la planification du traitement est débattue en fonction des informations pertinentes mentionnées précédemment.

Le traitement associera généralement la chirurgie et une chimiothérapie* systémique qui agira sur les cellules cancéreuses partout où elles se trouvent dans l'organisme.

L'étendue du traitement dépend du stade du cancer, des caractéristiques de la tumeur et des risques encourus par la patiente. Les traitements énumérés ci-dessous ont leurs avantages, leurs risques et leurs contre-indications*. Nous recommandons aux patientes de consulter leurs médecins pour connaître

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

les avantages et les risques de chaque traitement afin d'être informées de leurs conséquences. Certains traitements présentent plusieurs possibilités dont le choix doit être discuté en fonction du rapport entre les avantages et les risques.

En général, la prise en charge du cancer de l'ovaire suit un plan de traitement standard. Celui-ci est donné ci-dessous. Cependant, le cancer de l'ovaire englobant un groupe très diversifié de tumeurs et de sous-types distincts de *cancers non épithéliaux*, les traitements recommandés varient.

Il convient de noter que la plupart des *cancers non épithéliaux* sont des tumeurs très rares et que les options de traitement données ci-dessous sont des schémas thérapeutiques basés sur l'expérience clinique actuelle mise en oeuvre dans un nombre limité de cas.

Mis à part le traitement standard, il est possible de participer à un essai clinique* à tous les stades de la maladie. Il s'agit d'un type d'études scientifiques qui proposent de nouveaux traitements ou de nouvelles

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

stratégies pour en savoir plus sur leurs avantages et leurs risques. Si une patiente souhaite participer à un essai clinique, il lui est recommandé de discuter avec son médecin des essais en cours.

PLAN DE TRAITEMENT STANDARD POUR LE CANCER DE L'OVAIRE

Plan de traitement pour le stade précoce de la maladie (stade FIGO I et IIA)

À ces stades, la tumeur est confinée aux ovaires (stade I) ou aux ovaires, à l'utérus et aux trompes de Fallope (stade IIA).

Puisqu'il n'y a pas d'extension au-delà du bassin, le principal objectif du traitement est d'enlever chirurgicalement la tumeur de même que les organes vers lesquels la tumeur s'est propagée, si tel est le cas. Toutefois, un traitement supplémentaire (appelé chimiothérapie* adjuvante*) est recommandé aux patientes présentant des profils de risque spécifiques, car il diminue le risque de progression ou de récurrence* de la tumeur.*

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

Résection chirurgicale de la tumeur et des organes touchés lors de la détermination chirurgicale du stade

La résection chirurgicale de la tumeur et des organes touchés par la tumeur constitue la première étape dans le traitement du cancer de l'ovaire au stade précoce (et dans certains cas, le traitement définitif). Elle a lieu au cours de l'intervention chirurgicale de détermination du stade, un élément essentiel de l'investigation diagnostique pour le cancer de l'ovaire (voir le chapitre « Détermination du stade »). Au cours d'une laparotomie* sous anesthésie* générale, le chirurgien détermine visuellement la présence et la propagation du cancer de l'ovaire. En d'autres termes, le chirurgien détermine le « stade » du cancer. Selon le stade, le chirurgien applique alors un protocole normalisé de résection et de biopsies*. Cette intervention permet non seulement de prélever des tissus pour l'examen

anatomopathologique, mais aussi de traiter localement la tumeur.

Dans le cas où la détermination chirurgicale du stade montre un **cancer de l'ovaire au stade précoce**, le chirurgien réalisera :

- une hystérectomie* abdominale totale (résection de l'utérus)
- une salpingo-ovariectomie bilatérale (une résection des deux ovaires et des deux trompes de Fallope)
- une omentectomie (résection d'un grand pli du tissu qui tapisse l'intestin)

En outre, dans le cadre de la procédure de détermination du stade, toute la cavité abdominale est examinée et fait l'objet :

- d'un examen du rétropéritoine pelvien et para-aortique* (l'espace situé derrière le tissu qui tapisse la cavité abdominale, dans la région du bassin* et de l'aorte)

- d'une biopsie* du péritoine* (le tissu qui tapisse la cavité abdominale)
- d'un lavage péritonéal* (eau salée utilisée pour laver la cavité abdominale, puis examinée pour détecter la présence de cellules de tumeurs malignes*).

Chez certaines patientes, le chirurgien peut réaliser une « chirurgie conservatrice de la fertilité ». Cela signifie que l'on conserve l'un des ovaires et une trompe de Fallope, ainsi que l'utérus. La chirurgie conservatrice de la fertilité peut être envisagée chez les patientes qui souhaitent conserver la capacité de concevoir et de porter des enfants, à condition qu'une détermination chirurgicale du stade complète soit effectuée, que les organes conservés soient sains et que la patiente soit totalement informée. La chirurgie conservatrice de la fertilité peut être considérée comme le seul traitement pour certains types de cancer de l'ovaire comme les *tumeurs des cellules germinales**.

La chimiothérapie* adjuvante*

Chez les patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire de stade I, le grade est le meilleur indicateur du risque de récurrence*.

- Risque faible : stades IA et IB, grade 1
- Risque moyen : stades IA et IB, grade 2
- Risque élevé : stade IA grade 3 ; stade IC grades 1, 2 ou 3 ; stade IB grade 2 ou 3, et histologie à cellules claires

Autres facteurs cliniques déterminant le risque de récurrence :

- la rupture de la tumeur avant l'intervention ou au cours de l'intervention
- la présence d'une tumeur sur les deux ovaires
- l'âge au moment où la tumeur apparaît

Pour les patientes chez qui la détermination chirurgicale du stade et l'examen anatomopathologique des tissus tumoraux indiquent la présence de maladie précoce à risque intermédiaire ou élevé, il est recommandé

d'administrer 6 cycles de chimiothérapie* avec carboplatine* en voie intraveineuse*. La chimiothérapie adjuvante* peut réduire le risque de récurrence ou de progression.

Plan de traitement pour la maladie avancée (stades FIGO IIB à IIIC)

À ces stades, la tumeur s'est propagée dans les tissus pelviens autres que l'utérus et les trompes de Fallope. Elle s'est étendue dans les tissus abdominaux supérieurs et/ou a généré des métastases lointaines.*

La tumeur s'est beaucoup propagée et il est difficile, voire impossible d'enlever chirurgicalement l'ensemble de celle-ci. Le but du traitement initial chez ces patientes est donc de supprimer au maximum les tissus tumoraux grâce à la chirurgie et de cibler ensuite les cellules tumorales restantes à l'aide d'une chimiothérapie. La chimiothérapie est administrée dans une veine et agit donc systématiquement sur les cellules tumorales.*

La chirurgie de réduction tumorale optimale

Comme pour toutes les patientes chez qui les médecins suspectent un cancer de l'ovaire, une laparotomie* est réalisée pour la détermination chirurgicale du stade (voir chapitre « Détermination du stade »). Si la détermination chirurgicale du stade montre et/ou confirme une **maladie avancée**, l'intervention chirurgicale initiale vise la « cytoréduction optimale », ce qui signifie que le chirurgien va essayer d'enlever chirurgicalement toute la tumeur visible.

La portée des interventions chirurgicales prévues dans cette procédure et la probabilité que le chirurgien puisse atteindre la cytoréduction optimale dépendent du stade du cancer. L'objectif de cette procédure est d'éliminer autant que possible la masse de la tumeur primitive et le terme de cytoréduction optimale signifie l'absence de la maladie résiduelle (aucune tumeur résiduelle).

Les interventions de la procédure standard comprennent une hystérectomie* abdominale

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

totale, une salpingo-ovariectomie bilatérale, une omentectomie, une lymphadénectomie* et un lavage péritonéal*. La procédure peut inclure d'autres résections (partielles) du péritoine*, du foie, de la rate, de l'estomac, de la vésicule biliaire, du pancréas, de l'intestin et de la vessie.

Si la cytoréduction optimale n'est pas possible et si la patiente répond ou montre une stabilisation de la maladie sous chimiothérapie*, on doit envisager une « intervention de cytoréduction précoce (ou chirurgie d'intervalle) ». Cela signifie qu'après trois cycles de chimiothérapie, les patientes subissent une chirurgie de cytoréduction, qui est suivie par une autre série de trois cycles de chimiothérapie.

La chimiothérapie*

Après une réduction initiale de la tumeur primaire par chirurgie, le traitement standard des patientes atteintes d'un cancer avancé de l'ovaire est à base de médicaments dérivés du platine*, en particulier une combinaison de carboplatine* et de paclitaxel* administrée par voie intraveineuse* en six cycles.

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

Plan de traitement pour un cancer métastatique* (stade FIGO IV)

Environ 15 % des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire sont diagnostiquées au stade IV de la maladie (métastatique). Comme expliqué dans la section consacrée au traitement de la maladie avancée, les résultats à ce stade du traitement dépendent aussi de la maladie résiduelle après la résection de la masse de la tumeur primaire suivie d'une chimiothérapie*, composée de six cycles de platine-paclitaxel*.

ASPECTS SPECIFIQUES DU TRAITEMENT DE CERTAINS TYPES DE CANCER NON EPITHELIAUX DE L'OVAIRE

Les tumeurs des cellules germinales*

Environ deux tiers des *tumeurs des cellules germinales* sont diagnostiquées au stade I : chez ces patientes, la chirurgie conservatrice de la fertilité (laissant en place l'ovaire non touché et la trompe de Fallope correspondante, ainsi que l'utérus) est généralement recommandée et la procédure complète de

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

détermination chirurgicale du stade n'est pas indiquée. La grande efficacité des thérapies pouvant être utilisées ultérieurement dans le cas où une tumeur des cellules germinales récidive* est la principale raison de cette approche. Un traitement adjuvant* n'est pas recommandé pour les tumeurs de stade I à faible risque.

À un stade avancé de la maladie, les médecins réalisent une chirurgie de réduction tumorale, suivie d'une chimiothérapie* par Bléomycine*, Etoposide* et cisPlatine* (BEP). Cette chimiothérapie est administrée sur une période de 3 semaines (période appelée « cycle »). La durée optimale n'est pas clairement définie, mais 3 cycles de BEP sont généralement mis en oeuvre chez les patientes dont la tumeur a été complètement réséquée chirurgicalement. Chez les patientes dont la tumeur ne peut pas être réséquée entièrement par chirurgie, 4 à 5 cycles de BEP (sans bléomycine à partir du quatrième cycle pour réduire le risque de toxicité pulmonaire) semblent appropriés. Étant donné que les *tumeurs des cellules germinales*

sont sensibles à la chimiothérapie, on peut envisager une chirurgie conservatrice de la fertilité, même en cas de maladie avancée. Cependant, chez les femmes âgées ménopausées, la prise en charge suit le plan de traitement standard.

Pour les *tumeurs du sinus endodermique*, un sous-type spécifique de tumeur des cellules germinales qui se développe de façon plus agressive, une chimiothérapie* adjuvante* est recommandée, sauf pour les patientes dont le cancer est de stade IA dont l'efficacité du traitement peut être suivi en surveillant le taux sanguin d'alpha-foetoprotéine* (AFP).

Les tumeurs des cordons sexuels et du stroma

Les jeunes patientes atteintes d'une *tumeur des cordons sexuels et du stroma* souffrant d'une forme localisée de la maladie peuvent envisager une chirurgie conservatrice de la fertilité. Une détermination chirurgicale du stade n'est pas recommandée dans leur cas.

La plupart de ces tumeurs sont diagnostiquées au stade I et pour ces patientes, une thérapie adjuvante* n'est pas recommandée. Cependant, certains médecins suggèrent un traitement adjuvant avec une chimiothérapie à base de platine pour les patientes présentant un cancer de stade IC de haut grade (grade 3). Le schéma thérapeutique le plus couramment utilisé est l'association BEP (Bléomycine*, Etoposide* et cisPlatine*), mais plusieurs autres associations médicamenteuses peuvent également être mises en oeuvre.

Pour les *tumeurs de la granulosa** à risque plus élevé, une chimiothérapie* adjuvante par bléomycine*/étoposide/cisplatine ou carboplatine/paclitaxel est indiquée.

Pour les *tumeurs à cellules de Sertoli et de Leydig*, une chimiothérapie adjuvante doit être envisagée pour les patientes atteintes d'un cancer de stade I de haut grade (grade 3) ou si des éléments hétérologues sont signalés par l'anatomopathologiste*.

Le traitement des stades avancés suit le traitement standard du cancer de l’ovaire. La chirurgie de réduction tumorale, chaque fois qu’elle est possible, reste le traitement le plus efficace des tumeurs de la granulosa métastatiques ou récidivantes. La chimiothérapie à base de médicaments dérivés du platine est actuellement utilisée pour les patientes atteintes d’un stade avancé de la maladie.

Les carcinosarcomes*

Tous les *carcinosarcomes* sont de haut grade, même lorsqu’ils sont diagnostiqués au stade I. Par conséquent, les directives recommandent une chimiothérapie* adjuvante* par carboplatine* et paclitaxel*. Chez les patientes plus âgées en mauvaise santé générale, une monothérapie par carboplatine peut être envisagée.

Les tumeurs à petites cellules et les tumeurs neuro-endocrines*

Les principes chirurgicaux standard s’appliquent. Toutefois, pour les jeunes patientes atteintes d’une

tumeur ovarienne isolée, une chirurgie conservatrice de la fertilité peut être envisagée en combinaison avec une chimiothérapie* adjuvante*. Cette chimiothérapie est généralement à base de médicaments dérivés du platine et d'étoposide*.

Le goitre ovarien

Le traitement chirurgical avec hystérectomie* et salpingo-ovariectomie bilatérale* est recommandé chez les femmes ménopausées et chez les femmes non ménopausées qui n'ont plus le désir de concevoir et de porter des enfants. Pour les jeunes femmes qui souhaitent conserver leur fertilité, on peut envisager une chirurgie conservatrice de la fertilité (laissant en place l'ovaire non touché et la trompe de Fallope correspondante, ainsi que l'utérus) à condition qu'il n'y ait pas de propagation de la tumeur au travers de la capsule de l'ovaire et qu'il n'y ait aucun *tératome** *kystique mature* associé. Une chirurgie plus agressive est indiquée pour les patientes dont la tumeur s'est propagée de manière manifeste. Un traitement adjuvant* n'est pas recommandé.

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

Lorsque l'intervention chirurgicale pour le *goitre ovarien* a été réalisée, une scintigraphie du corps entier à l'iode 131 doit être envisagée. Il s'agit d'une procédure d'imagerie qui permet de visualiser la présence de tissu thyroïdien* n'importe où dans le corps. L'iode radioactif*, qui est administré par voie intraveineuse*, est absorbé par le tissu thyroïdien fonctionnel. Cette procédure permet ainsi de détecter un tissu tumoral résiduel après l'opération et au cours du suivi. Avant la scintigraphie, la thyroïde* est réséquée chirurgicalement (thyroïdectomie) afin d'éviter que la majeure partie, si ce n'est la totalité, de l'iode soit absorbée par la thyroïde plutôt que par le tissu tumoral.

Les carcinomes à cellules squameuses survenant dans les kystes* dermoïdes*/tératomes*

Si la tumeur est confinée à l'ovaire et n'a pas rompu la capsule de l'ovaire, le traitement est limité et peut se composer d'une simple salpingo-ovariectomie chirurgicale. Pour une maladie plus avancée, une détermination chirurgicale standard du stade doit être effectuée. Si la tumeur n'est pas totalement réséquée par la chirurgie, une nouvelle intervention n'est pas conseillée. Une chimiothérapie* adjuvante* est indiquée avec des schémas thérapeutiques à base de platine*, par exemple une thérapie combinée bléomycine*/étoposide*/cisplatine ou carboplatine*/paclitaxel*.

QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES EVENTUELS DES TRAITEMENTS ?

La chirurgie

Risques et effets secondaires généraux

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, des infections ou des réactions à l'anesthésie. Ces effets secondaires seront évités par une évaluation médicale approfondie avant l'intervention et une prise en charge appropriée.

Les ovaires, les trompes de Fallope, l'utérus, les ganglions lymphatiques*, la vessie, certains vaisseaux sanguins majeurs et certaines parties de l'intestin sont situés dans le bassin*. Ces organes peuvent être lésés au cours de l'intervention chirurgicale, principalement en fonction de l'étendue de la propagation de la

tumeur. Une détermination du stade précise avant l'opération et l'imagerie médicale aideront à minimiser ces risques.

Lors de l'ablation des ganglions lymphatiques* du bassin et de l'aorte, l'opération peut endommager ou bloquer le système lymphatique entraînant un lymphoedème, une pathologie où le liquide lymphatique s'accumule dans les jambes et les fait gonfler. Cette pathologie peut se produire juste après l'intervention, mais aussi plus tard.

La perte de la fonction reproductrice

Le plan de traitement standard pour le cancer de l'ovaire implique l'ablation chirurgicale des deux ovaires, des deux trompes de Fallope et de l'utérus. Ainsi, après le traitement, les ne seront plus en mesure de concevoir et de porter des enfants. Les patientes doivent donc être conseillées au mieux et être orientées vers des services d'accompagnement spécialisés.

Certaines patientes peuvent profiter d'une chirurgie conservatrice de la fertilité, ce qui signifie qu'elles peuvent conserver un ovaire, une trompe de Fallope, ainsi que leur utérus. La chirurgie conservatrice de la fertilité peut être envisagée chez les patientes qui souhaitent conserver la capacité de concevoir et de porter des enfants, à condition qu'une détermination chirurgicale du stade complète soit effectuée, que les organes conservés soient sains et que la patiente soit totalement informée.

La perte de la fonction ovarienne après la résection des deux ovaires entraîne également l'arrêt de la production des hormones féminines. Chez les femmes en âge de procréer, cela conduira à la perte des menstruations et à l'apparition des symptômes de la ménopause*. L'indication ou contre-indication* d'un traitement hormonal de substitution* doit être soigneusement évaluée puisqu'elle dépendra du type de cancer de l'ovaire, de l'état médical de chaque patiente et de ses préférences.

La perte des organes abdominaux

Chez les patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire avancé, la chirurgie de réduction tumorale peut comprendre l'ablation chirurgicale de plusieurs organes abdominaux touchés par la tumeur.

La perte de parties de l'intestin, d'une partie du foie et de la vésicule biliaire peuvent entraîner des problèmes gastro-intestinaux. Une dérivation chirurgicale* de l'intestin (iléostomie* ou colostomie*) peut s'avérer nécessaire pour assurer le recueil et l'évacuation des selles.

L'ablation de la rate entraîne une sensibilité accrue à certaines infections, et après cette opération, il faut envisager des vaccinations et un traitement antibiotique préventif.

La perte de fonction urinaire de la vessie (stockage et évacuation de l'urine) est moins fréquente et la nécessité d'une dérivation chirurgicale* est rare.

La chimiothérapie*

Les effets secondaires de la chimiothérapie sont très fréquents. Ils dépendront des médicaments administrés et de leur posologie, et varieront selon l'étendue et la nature de la maladie pour chaque patiente. Si les patientes ont souffert d'autres pathologies dans le passé, il convient de prendre des précautions spécifiques et/ou d'adapter le traitement. L'association de plusieurs médicaments produit généralement plus d'effets secondaires que l'usage d'un seul d'entre eux. Il existe des moyens pour empêcher ou limiter certains effets secondaires. Ceci doit être discuté au préalable avec les médecins et infirmières.

Vous trouverez ci-dessous les effets secondaires généraux qui surviennent avec les médicaments de chimiothérapie les plus couramment utilisés pour le traitement du cancer de l'ovaire. La nature, la fréquence et la gravité des effets secondaires varient pour chaque médicament.

Effets secondaires les plus fréquents :

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

- Perte ou éclaircissement des cheveux (à l'exception du carboplatine* pour lequel cet effet est rare)
- Diminution de la numération des globules, ce qui peut conduire à une anémie*, des hémorragies, des ecchymoses et des infections
- Fatigue
- Nausées ou vomissements

Autres effets secondaires susceptibles de survenir :

- Plaies ou ulcères dans la bouche
- Perte ou altération du goût (goût métallique)
- Diarrhées
- Engourdissements ou picotements dans les doigts et les orteils (neuropathie périphérique*)
- Douleurs dans les articulations et les muscles
- Réactions allergiques légères avec éruptions, rougeur du visage, fièvre ou frissons
- Inflammation de la peau autour du point de perfusion
- Réactions cutanées avec rougeur, assombrissement ou épaississement de la peau

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

Effets secondaires occasionnels :

- Altération de la fonction hépatique
- Inflammation des poumons provoquant de la toux, de l'essoufflement et des douleurs thoraciques (bléomycine*)
- Constipation
- Vision floue
- Réactions allergiques sévères
- Pression artérielle basse (pouvant provoquer des étourdissements)
- Fréquence cardiaque ralentie
- Douleurs abdominales
- Maux de tête

Enfin, pour les femmes qui ont subi une chirurgie conservatrice de la fertilité, il convient de noter que certains médicaments chimiothérapeutiques* peuvent léser l'ovaire restant et causer la stérilité. De même, certains médicaments chimiothérapeutiques peuvent empêcher le développement du bébé dans l'utérus et/ou peuvent avoir un effet nocif sur un nourrisson

s'il est allaité, car ils peuvent passer dans le lait maternel.

Chaque médicament peut également provoquer différents effets indésirables plus spécifiques. 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 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 apparaissent habituellement en premier lieu dans les pieds et les jambes. 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

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

s'amélioreraient ou disparaîtraient 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 sévère.

Le carboplatine* administré avec le paclitaxel* augmente le risque de neuropathie*.

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

Les effets secondaires graves pouvant se produire lors de la prise de topotécane* 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 graves, une rougeur ou une enflure sur

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

le site d'injection, des douleurs ou des crampes à l'estomac persistantes ou graves, une fatigue persistante ou sévère, une faiblesse générale, un essoufflement, des ecchymoses ou des saignements inhabituels ou inexplicables, et le jaunissement des yeux ou de la peau.

Les effets secondaires courants de la bléomycine* incluent des frissons, de la confusion, des bandes sombres sur les ongles, la perte de cheveux, des démangeaisons, une perte d'appétit, des rougeurs, un assombrissement ou une sensibilité de la peau, des maux de bouche, de la fatigue et une perte de poids. La dose de bléomycine pouvant être administrée est limitée en raison du risque de développement d'une fibrose pulmonaire, conduisant à un essoufflement qui doit alors être signalé à votre médecin. Des cas d'hypersensibilité à la bléomycine ont également été signalés, mais ils ne dépendent pas du dosage et se produisent habituellement dans les heures suivant l'administration.

L'administration d'ifosfamide* doit être accompagnée d'un médicament protégeant les voies urinaires. Il convient de consulter un médecin si du sang apparaît dans les urines, si l'urine est foncée, si la production d'urine a diminué ou en cas de coma ou de confusion,. Ce médicament peut également provoquer un jaunissement de la peau ou les yeux.

QUE SE PASSE-T-IL APRES LE TRAITEMENT ?

Il n'est pas inhabituel pour les patients atteints d'un cancer de ressentir des symptômes liés au traitement une fois ce dernier terminé.

- Des patients peuvent éprouver de l'anxiété, des insomnies ou de la dépression. Ils peuvent alors avoir besoin de soutien psychologique.
- Pendant et après le traitement, l'alimentation peut devenir problématique en raison d'un manque d'appétit, de nausées et d'un mal-être général.
- Les effets secondaires de la chimiothérapie* par voie intraveineuse* incluent parfois des problèmes de concentration et de mémoire.

Le suivi avec les médecins

Pendant et après le traitement, le médecin proposera un suivi présentant les objectifs suivants :

- Détecter et prévenir les effets secondaires du traitement
- Détecter une récurrence* éventuelle et élaborer le traitement approprié
- Apporter des informations médicales, un soutien psychologique et une orientation vers les services d'accompagnement spécialisés pour optimiser un retour à la vie quotidienne normale.

En raison de l'hétérogénéité des différents types de cancer de l'ovaire, il n'existe pas de protocole de suivi unique, admis pour toutes les patientes.

Le protocole de suivi pour le cancer épithélial de l'ovaire comprend un relevé de l'état de santé général des patientes et des symptômes associés à la maladie, ainsi qu'un examen clinique, notamment un examen pelvien* tous les 3 mois pendant les 2 premières années, tous les 4 mois au cours de la troisième année et tous les 6 mois au cours de la 4e et 5e années. La mesure du CA125 est utile dans le suivi des patientes ayant favorablement répondu à la chimiothérapie*, puisqu'il a été montré qu'une augmentation du taux

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

de CA125 prédisait les rechutes du cancer de l'ovaire. La progression ou la récurrence* de la maladie selon le taux de CA125 dans le sang est définie sur la base d'une série d'élévation progressive de ces niveaux sériques. Des valeurs élevées doivent être confirmées par deux mesures répétées à au moins une semaine d'intervalle. Si le taux de CA125 remonte, la chimiothérapie peut être retardée jusqu'à ce que des signes ou symptômes d'une récurrence tumorale se présentent. Cependant, il est important de noter qu'une récurrence potentiellement résecable peut être signalée par une hausse de CA125. La patiente doit donc être informée des choix qui lui sont offerts.

Un scanner* doit être effectué en présence de signes cliniques de progression de la maladie ou d'une remontée du taux de CA125. La tomographie par émission de positons* semble dans ce cas plus efficace que le scanner* dans la détection de plusieurs sites tumoraux, notamment dans les ganglions lymphatiques, le péritoine* et lors d'une maladie sous-capsulaire* du foie.

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

Les spécificités du suivi des patientes atteintes de cancers non épithéliaux de l’ovaire

En général, le suivi est le même que pour le carcinome ovarien épithélial, bien que dans certains cas, il puisse varier. Les visites de suivi comprennent un relevé de l’état de santé général des patientes et des symptômes associés à la maladie, ainsi qu’un examen clinique, notamment un examen pelvien* et une analyse des marqueurs* tumoraux tous les 3 mois pendant les 2 premières années, puis tous les 6 mois au cours de la 3e, 4e et 5e année. Une échographie pelvienne* doit être effectuée tous les 6 mois chez les patientes ayant subi une chirurgie conservatrice de la fertilité, alors qu’un scanner* de l’abdomen et du bassin est habituellement effectuée en présence de signes cliniques. Environ 75 % des récidives* de tumeurs des cellules germinales* se produisent durant la première année après le traitement initial. À l’inverse, la croissance lente des tumeurs des cordons sexuels et du stroma avec une tendance à la récurrence tardive (le délai médian de rechute est d’environ de 4 à 6 ans)

Cancer de l’ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l’ESMO – v.2013.1

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

nécessite un suivi à long terme. Plusieurs rapports signalent des rechutes survenant plus de 20 ans (jusqu'à 37 ans) après le diagnostic.

Plusieurs tumeurs de la granulosa* sont des tumeurs à croissance lente et peuvent réapparaître après de nombreuses années, souvent jusqu'à 20 ans après le diagnostic. Des mesures de l'estradiol*, de l'hormone lutéinisante (LH), de l'hormone folliculo-stimulante (FSH) et de l'inhibine* sont mises en oeuvre, mais elles sont plus fiables chez les patientes ménopausées et chez celles qui ont subi une ablation des deux ovaires.

Chez les patientes souffrant de tumeurs ovariennes neuro-endocrines*, un examen de scintigraphie à l'octréotide (octréoscan) est effectué après l'intervention chirurgicale pour détecter les cellules tumorales qui peuvent persister ailleurs dans le corps (voir aussi le paragraphe « Comment le cancer de l'ovaire est-il diagnostiqué ? »). Un médicament marqué radioactivement, appelé octréotide, est administré par voie intraveineuse*. Cette substance se fixe aux cellules des tumeurs neuro-endocrines* dans

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

le corps du patient et cette technique permet ainsi de les rechercher et de les détecter où qu'elles soient dans le corps. La procédure standard inclut également une analyse* des hormones gastro-intestinales.

Chez les patientes traitées pour une *tumeur des cellules germinales**, des mesures des taux sanguins de hCG*, AFP* et LDH* peuvent aider à détecter une récurrence* de la maladie. On utilise plus souvent l'IRM* que le scanner pour éviter l'irradiation de ce groupe de patientes généralement jeunes.

Chez les patientes atteintes d'un *goitre ovarien*, un examen clinique et une hormonothérapie thyroïdienne substitutive* en doses qui suppriment entièrement la thyroïdostimuline (TSH) sont nécessaires. Des séries de mesures des niveaux de thyroglobuline* (Tg) ont remplacé la scintigraphie du corps entier à l'iode 131*. Le suivi dure toute la vie, essentiellement pour surveiller la fonction thyroïdienne et le taux sanguin de Tg.

La durée de suivi recommandée pour les patientes traitées pour les carcinomes à cellules squameuses

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

survenant dans les kystes* dermoïdes* est de 5 ans, avec des examens cliniques et des examens d'imagerie.

Le retour à la vie normale

Le retour à la vie normale peut être difficile en sachant que le cancer peut réapparaître.

Les visites de suivi chez le médecin offrent aux patientes l'occasion d'obtenir des informations médicales, un soutien psychologique et une orientation vers des services d'accompagnement spécialisés. Des psychologues spécialisés peuvent apporter un soutien non négligeable et certaines patientes trouveront du réconfort au sein de groupes de patients ou dans des médias d'information aux patients. Les nutritionnistes peuvent conseiller une alimentation appropriée et les travailleurs sociaux peuvent aider les patientes à trouver les ressources nécessaires pour une réinsertion réussie.

Au sein de la famille de la patiente, des préoccupations peuvent émerger au sujet d'un risque possible de

cancer. Dans la plupart des cas, le risque est très faible pour les proches, puisque 90 % des cancers de l’ovaire ne sont pas liés à une mutation* génétique héréditaire. Cependant, les patientes atteintes d’un cancer lié à une mutation héréditaire et les patientes qui s’inquiètent de cette possibilité doivent discuter avec leur médecin de ce qui est recommandé pour les membres de leur famille.

Et si le cancer réapparaît ?

Quand le cancer réapparaît, on parle de « récurrence* ». La décision de traitement dépendra du type de cancer de l’ovaire, de la date et de la nature de la récurrence, de la mesure dans laquelle la patiente a bénéficié précédemment d’une chimiothérapie* et y a répondu, ainsi que de l’état de santé général de la patiente. Ces facteurs doivent être déterminés avec soin pour chaque patiente.

Il faut en outre accorder une attention particulière aux effets secondaires du traitement, car ils peuvent devenir plus importants si le traitement s’intensifie.

Les patientes recevant notamment une deuxième série du protocole de chimiothérapie platine/paclitaxel* moins d'un an après une première série courent un risque important de développer des effets secondaires toxiques touchant le système nerveux*.

Dans le cadre d'un plan de traitement personnalisé, le médecin discutera en permanence des options de traitement réalistes pour chaque patiente. Quand cela est possible, l'orientation du choix de traitement doit tenir compte des préférences de la patiente.

Selon la situation individuelle, le traitement d'un récidive de **cancer épithélial de l'ovaire** peut inclure les approches suivantes :

- La résection chirurgicale de la tumeur récidivante. Cette intervention peut être envisagée chez les patientes qui ont bien répondu à un traitement chimiothérapeutique antérieur, en particulier pour celles qui développent une récidive isolée longtemps après la fin du traitement et qui présentent un bon état de santé général.

- Les patientes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire qui montrent une réponse durable à une chimiothérapie initiale à base de platine (chimiothérapie utilisant le cisplatine* ou le carboplatine*, habituellement en association avec un autre médicament) ont une forte probabilité de répondre à nouveau à une chimiothérapie contenant du platine*. En général, la maladie qui progresse durant le traitement par cisplatine ou carboplatine est considérée comme « résistante au platine ». Chez les patientes qui présentent une récurrence moins de 6 mois après la fin de la chimiothérapie par platine de première intention, la maladie est considérée comme résistante au platine. Chez les patientes qui rechutent plus de 6 mois après, le cancer entre dans la catégorie des « maladies sensibles au platine ». Les patientes en rechute après une chimiothérapie par platine-paclitaxel* de première intention et qui ont montré une bonne réponse peuvent être de

nouveau prises en charge avec le même schéma de chimiothérapie.

- Les patientes dont la maladie a évolué sous une première chimiothérapie par cisplatine* ou carboplatine* et paclitaxel* courent un risque plus élevé de neurotoxicité importante lorsqu'elles sont traitées avec le même schéma thérapeutique dans une période allant jusqu'à 12 mois à partir de la fin de la chimiothérapie de première intention. Une association carboplatine plus doxorubicine* liposomale pégylée a montré à long terme des taux moindres d'effets secondaires dans les essais cliniques* et peut être envisagée. Chez les patientes résistantes au platine, le but des traitements à base de platine ou d'un schéma thérapeutique impliquant un autre médicament chimiothérapeutique tel que le topotécane*, le docétaxel *, l'étoposide*, la doxorubicine, la gemcitabine*, l'ifosfamide* ou l'hexaméthylmélatamine, est palliatif*.

- Des soins de soutien personnalisés qui doivent s'efforcer de maintenir et/ou d'améliorer la qualité de vie.
- Des interventions chirurgicales peuvent être nécessaires pour soulager les symptômes causés par la tumeur, par exemple, une occlusion intestinale.

Le traitement des **cancers non épithéliaux de l'ovaire** récidivants doit être déterminé pour chaque sous-type individuel. Les recommandations pour les situations spécifiques comprennent les approches suivantes :

- Pour les **cancers à petites cellules**, le traitement de la récurrence* est à base d'ifosfamide* (vincristine*, ifosfamide, carboplatine* et étoposide* – VICE). Chez les patientes dont l'état de santé général est fragile, une chimiothérapie* par cyclophosphamide, doxorubicine*, vincristine* et étoposide (CAVE) est une option.
- Chez les patientes atteintes d'une **tumeur des cellules germinales*** précédemment traitées par platine et qui récidivent plus de 6 mois après la fin

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

de la chimiothérapie, un traitement par ifosfamide/platine (IP), avec ou sans paclitaxel, doit être envisagé. Il existe d'autres schémas chimiothérapeutiques actifs : vinblastine/ifosfamide/cisplatine (VeIP) ou cisplatine/vinblastine/bléomycine (PVB). Les patientes qui rechutent moins de 6 mois après la fin de la chimiothérapie à base de platine peuvent être traitées par vincristine/actinomycine D/cyclophosphamide (VAC) ou paclitaxel/gemcitabine. On ne sait pas si une nouvelle chirurgie de réduction tumorale peut être bénéfique. Elle peut présenter certains avantages chez certaines patientes, particulièrement chez celles atteintes d'un tératome immature et d'un syndrome de tératome en développement.

- Chez les patientes atteintes d'un carcinosarcome* de l'ovaire, l'ifosfamide* a montré une certaine efficacité en cas de maladie récidivante.

- Chez les patientes atteintes de tumeurs des cordons sexuels et du stroma, le carboplatine* et le paclitaxel* ont montré une certaine efficacité comme chimiothérapie de deuxième intention. L'utilité de la chimiothérapie chez les patientes atteintes de tumeurs à cellules de Sertoli-Leydig persistantes n'est pas encore démontrée, mais des améliorations ont été signalées dans certains cas. Étant donné que les tumeurs de la granulosa expriment des récepteurs des stéroïdes, une hormonothérapie a été envisagée. En effet, certaines patientes traitées par agonistes de la gonadolibérine, par tamoxifène, par progestatifs ou par inhibiteurs de l'aromatase ont montré qu'elles tiraient des bénéfices de ces traitements.
- Chez les patientes atteintes de carcinomes à cellules squameuses survenant dans les kystes* dermoïdes*/tératomes, l'irradiation pelvienne est utilisée en cas de récurrence* pelvienne isolée.

DÉFINITIONS DES TERMES DIFFICILES

Adénomyose

Pathologie dans laquelle le tissu endométrial qui compose la muqueuse normale de l'utérus et qui devrait seulement se trouver à cet endroit se présente aussi dans les muscles de l'utérus, provoquant des douleurs, des gênes et des saignements parfois excessifs pendant les menstruations.

Adjuvante

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.

ADN

Abréviation pour acide désoxyribonucléique. L'ADN est porteur d'informations génétiques.

Alpha-foetoprotéine (AFP)

Protéine normalement produite par le foetus. L'AFP est généralement indétectable dans le sang des hommes ou des femmes (qui ne sont pas enceintes) adultes en bonne santé. Un taux élevé d'AFP suggère la présence d'un cancer du foie primaire ou d'une tumeur des cellules germinales*.

Anatomopathologiste

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

Androgène

Un type d'hormone qui favorise le développement et le maintien des caractéristiques sexuelles mâles.

Anémie

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

Anesthesia

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.

Antigène CD99

Protéine présente dans presque tous les tissus humains et fortement exprimée dans certains cancers. La mesure de son niveau d'expression dans le tissu ovarien peut aider au diagnostic exact de certaines tumeurs ovariennes.

Appendice

Petite excroissance du cæcum (première partie du gros intestin proche de l'extrémité de l'intestin grêle) en forme de doigt.

Ascite

Accumulation excessive de liquide dans l'abdomen qui peut causer un gonflement. Dans un cancer de stade avancé, on y trouve des cellules tumorales. L'ascite survient également chez les patients avec une maladie du foie.

Atteinte inflammatoire pelvienne

Maladie dans laquelle les organes génitaux féminins sont enflammés. Elle peut affecter l'utérus, les trompes de Fallope, les ovaires et certains ligaments. L'atteinte inflammatoire pelvienne est habituellement causée par une infection bactérienne. Elle peut causer l'infertilité et un risque accru de grossesse extra-utérine (grossesse dans une trompe de Fallope).

Bassin

Partie inférieure de l'abdomen située entre les os de la hanche.

Bénin/bénigne

Sans danger pour la santé. Pour une tumeur, bénigne signifie non cancéreuse. Les tumeurs bénignes peuvent

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

grossir, mais elles ne se propagent pas dans d'autres parties du corps. On qualifie également ces tumeurs de non malignes.

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.

Bléomycine

Principe actif d'un médicament utilisé pour traiter de nombreux types de cancer et étudié actuellement dans

le traitement d'autres types de cancer. Il provient de la bactérie *Streptomyces verticillus*. La bléomycine endommage l'ADN et est capable de détruire rapidement les cellules cancéreuses en croissance. C'est un type d'antibiotique anticancéreux.

Calrétinine (protéine)

Protéine dépendante de la vitamine D, qui se lie au calcium. On la trouve abondamment dans les neurones. La calrétinine est également présente dans les cellules productrices de stéroïdes, comme certaines cellules ovariennes. La mesure de son niveau d'expression dans le tissu ovarien peut aider au diagnostic exact de certaines tumeurs ovariennes.

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.

Carcinosarcoma

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).

Caryotype

Présentation d'ensemble (nombre et aspect) des chromosomes ou matériel génétique d'une cellule.

Cellules de la granulosa

Cellules sécrétant des oestrogènes qui font partie du tissu qui tapisse les follicules des ovaires. Ils

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

fournissent des nutriments à l'ovule (ovocyte) impliqué dans la reproduction.

Cellules de Leydig

Type de cellules qui font partie de la structure des tubes séminifères des testicules. Elles produisent la testostérone en présence de l'hormone lutéinisante (LH).

Cellules de Sertoli

Cellules de soutien situées à l'intérieur des tubules séminifères.

Cellules germinales

Cellules responsables de la reproduction; les ovules et les spermatozoïdes.

Cellules thécales

Cellules formant la couche externe du follicule ovarien en développement (un follicule ovarien contient un ovule, ce qui est fondamental pour la reproduction féminine). Les cellules thécales contribuent à la production d'hormones liée à la reproduction.

Chemotherapy

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.

Chromosome

Structure organisée qui code les gènes qui sont en fait le code du corps humain pour des caractéristiques tels que la couleur des cheveux ou le sexe. Les cellules humaines comptent 23 paires de chromosomes (soit 46 chromosomes au total). Les cellules cancéreuses ou leucémiques présentent souvent une anomalie chromosomique (une modification de leurs chromosomes), telle qu'une duplication chromosomique ou un chromosomes supplémentaire (47 chromosomes) ou encore une délétion chromosomique ou perte d'un chromosome (45

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

chromosomes). On parle d'inversion génétique ou chromosomique lorsqu'aucun chromosome n'est ajouté ni retiré, mais qu'une partie est inversée. à titre d'illustration, dans le mot 'esrevni', le milieu est inversé.

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.

Colostomie

Ouverture permettant de relier le côlon à la paroi de l'abdomen. Une colostomie permet d'évacuer de nouveau les matières fécales de l'organisme après une ablation d'une partie du côlon.

Contre-indication

Maladie ou symptôme qui empêchent l'administration d'un traitement ou d'une procédure chez un patient.

Les contre-indications sont soit absolues, ce qui signifie que le traitement ne doit jamais être administré aux patients présentant cette maladie ou ce symptôme, soit relatives, ce qui signifie que le risque peut être compensé par les avantages apportés aux patients souffrants de cette maladie ou de ce symptôme.

Cortisol

Hormone produite par le cortex surrénalien (la couche externe de la glande surrénale). Elle aide l'organisme à utiliser le glucose, les protéines et les graisses. Le cortisol synthétisé en laboratoire est appelé hydrocortisone. Il est utilisé pour traiter de nombreuses maladies, comme les inflammations, les allergies et certains cancers. Le cortisol est un type d'hormone glucocorticoïde.

Dérivation chirurgicale (appareils digestif et urinaire)

Dérivation du flux urinaire ou du transit digestif créée chirurgicalement. Elle peut impliquer la création d'une ouverture dans l'abdomen vers laquelle le contenu du

système urinaire ou digestif sera dérivé pour être recueilli dans une poche à l'extérieur du corps.

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.

Doxorubicine

Un médicament utilisé pour traiter de nombreux types de cancer et faisant l'objet d'études dans le traitement d'autres types de cancer. La doxorubicine provient d'une bactérie appelée *Streptomyces peucetius*. Elle détériore l'ADN* et peut tuer les cellules cancéreuses. Il s'agit d'un type d'antibiotique antitumoral de la famille des anthracyclines. Également appelée

Adriamycine, Adriblastine, chlorhydrate de doxorubicine, ou doxorubicine chlorhydrate.

Dyspepsie

La dyspepsie est aussi connue comme brûlure d'estomac. C'est une maladie caractérisée essentiellement par un mal chronique ou récurrent dans la région supérieure de l'abdomen, et s'accompagne entre autres de nausées et de maux de ventre. La dyspepsie est un problème fréquent, et peut être dans de rares cas le premier symptôme de cancer.

Échographie

Procédure au cours de laquelle des ondes sonores à haute énergie se réverbèrent sur des tissus ou organes internes et produisent un écho. La structure de l'écho s'affiche sur l'écran d'un appareil à ultrasons, formant une image des tissus de l'organisme. Cette technique est également connue sous le nom d'ultrasonographie.

Épanchement pleural

Accumulation anormale de liquide entre les couches minces de tissu (plèvre) tapissant les poumons et la paroi de la cavité thoracique.

Épiploon

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

Épithélium

Le terme « épithélium » désigne les cellules qui tapissent les organes creux et les glandes, ainsi que les cellules qui composent la surface extérieure du corps. Les cellules épithéliales permettent de protéger ou de délimiter les organes. La plupart produisent du mucus ou d'autres sécrétions.

Essai clinique

Un type d'étude de recherche qui teste de quelle manière de nouvelles approches médicales agissent chez les personnes. Ces études testent de nouvelles méthodes de détection, de prévention, de diagnostic

ou de traitement d'une maladie. Également appelé étude clinique.

Estradiol

L'estradiol est un stéroïde sexuel. Il est généralement considéré une hormone sexuelle féminine mais les hommes produisent également de l'oestradiol. L'oestradiol a de multiples fonctions. Il joue par exemple un rôle important en ce qui concerne le développement des seins et des organes génitaux de la femme.

Étoposide

Médicament utilisé pour traiter des cancers du testicule et des cancers du poumon à petites cellules. Il est également en cours d'étude pour le traitement de plusieurs autres types de cancers. L'étoposide inhibe certaines enzymes nécessaires à la division cellulaire et à la réparation de l'ADN, et peut donc tuer les cellules cancéreuses. C'est un dérivé de la podophyllotoxine et il fait partie des inhibiteurs de la topoisomérase.

Équipe multidisciplinaire/ réunion de concertation pluridisciplinaire

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.

Examen pelvien/gynécologique

Examen physique au cours duquel le professionnel de santé tente de détecter des masses ou des changements dans la forme du vagin, du col utérin, de l'utérus, des trompes de Fallope, des ovaires ou du rectum. Le médecin utilisera également un spéculum*

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

pour ouvrir le vagin afin d'examiner l'utérus et prélever des échantillons pour un frottis*.

Fibrome utérin

Tumeur non cancéreuse (bénigne*) située dans la paroi de l'utérus.

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 para-aortiques

Groupe de ganglions lymphatiques* situés juste devant des vertèbres lombaires, à proximité de l'aorte.

Gemcitabine

La gemcitabine est l'ingrédient actif d'un médicament utilisé pour traiter le cancer du pancréas qui se trouve à un stade avancé ou qui s'est propagé. Elle est également utilisée en association avec d'autres médicaments pour traiter les cancers du sein qui se

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

sont propagés, les cancers de l'ovaire à un stade avancé et les cancers du poumon non à petites cellules qui se trouvent à un stade avancé ou qui se sont propagés. Elle fait par ailleurs l'objet d'études dans le traitement d'autres types de cancer. La gemcitabine est un antimétabolite qui empêche la cellule de fabriquer de l'ADN et peut tuer les cellules cancéreuses.

Gonade dysgénétique/dysgénésie gonadique

Développement anormal d'une gonade (ovaire ou testicule). Les hommes atteints d'une dysgénésie gonadique présentent un plus grand risque de cancer du testicule. La dysgénésie gonadique fait généralement partie d'un syndrome génétique (syndrome de Turner).

Gonadotrophine chorionique humaine (hCG)

Hormone présente dans le sang et l'urine pendant la grossesse. Elle peut aussi se retrouver à des taux plus élevés que la normale chez les patients atteints de certains types de cancers dont les cancers du testicule,

de l'ovaire, du foie, de l'estomac et du poumon, ainsi que d'autres pathologies. La mesure du taux de bêta-gonadotrophine chorionique humaine dans le sang ou l'urine des patients atteints de cancer peut aider à diagnostiquer le cancer et à mesurer l'efficacité du traitement anticancéreux. La bêta-gonadotrophine chorionique fait partie des marqueurs* tumoraux. Autre nom : bêta-hCG.

Hormones gastro-intestinales

Groupe d'hormones produites dans l'estomac, le pancréas et les intestins, également appelées hormones du tube digestif.

Hyperplasie

Augmentation anormale du nombre de cellules normales dans un organe ou un tissu.

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

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

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.

Hystéroscopie

Examen de la cavité utérine à travers le col de l'utérus, avec un tube mince appelé endoscope. Cette procédure peut être utilisée dans le diagnostic des maladies de la cavité utérine ou pour assister une intervention chirurgicale.

Ifosfamide

Un médicament utilisé en association avec d'autres pour traiter les tumeurs germinales du testicule qui n'ont pas répondu à un traitement précédent au moyen d'autres médicaments. Il fait en outre l'objet d'études dans le traitement d'autres types de cancer. L'ifosfamide se fixe à l'ADN* dans les cellules et peut tuer les cellules cancéreuses. Il s'agit d'un type d'agent alkylant et d'antimétabolite. Également appelé Ifex.

Iléostomie

Ouverture effectuée dans l'iléon, une partie de l'intestin grêle, et qui mène à l'extérieur du corps. Une iléostomie permet d'évacuer de nouveau les matières fécales de l'organisme après une ablation de l'intestin.

Imagerie par résonance magnétique (IRM)

Un type d'imagerie médicale au cours de laquelle la technique de résonance magnétique est utilisée. Parfois on injecte un liquide qui augmente le contraste entre les différents tissus, afin de mieux distinguer les différentes structures.

Immunohistochimie

L'immunohistochimie ou IHC fait référence à une technique de laboratoire qui permet de détecter des antigènes (par exemple des protéines) au niveau des cellules d'un échantillon de tissu ou d'une biopsie. Elle repose sur le fait que les anticorps se lient spécifiquement aux antigènes. Ces antigènes sont rendus visibles par un marqueur tel qu'un produit fluorescent, une enzyme ou un or colloïdal. Le

marquage immunohistochimique est largement utilisé pour le diagnostic de cellules anormales telles que les cellules d'une tumeur.

Incidence

Nombre de nouveaux cas d'une maladie diagnostiqués chaque année.

Inhibine

Hormone qui appartient à la famille des facteurs de croissance transformant bêta (TGFB) et produite principalement par les ovaires. Elle régule à la baisse la synthèse de la FSH, inhibe la sécrétion de FSH et présente une activité anticancéreuse.

L'inhibine se compose de deux sous-unités, alpha et soit bêta A ou bêta B (inhibine A et B). L'inhibine et la sous-unité alpha libre sont des produits connus de deux tumeurs ovariennes, si bien qu'elles peuvent servir de marqueurs de la maladie.

Intraveineux

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

Invasif

En ce qui concerne le cancer: Se dit d'un cancer qui s'est étendu au-delà de la couche de tissu où il s'est développé et s'est propagé aux tissus sains environnants.

Iode radioactif

Forme radioactive de l'iode, souvent utilisée pour des examens d'imagerie ou pour traiter l'hyperthyroïdie, le cancer de la thyroïde et certains autres cancers. Pour les examens d'imagerie, le patient absorbe une petite dose d'iode radioactif qui s'accumule dans les cellules thyroïdiennes et certains types de tumeurs. Elle peut alors être détectée par un scanner. Pour traiter le cancer de la thyroïde, le patient prend une grande

dose d'iode radioactif qui tue les cellules thyroïdiennes. L'iode radioactif est également utilisé en radiothérapie interne pour traiter le cancer de la prostate, le mélanome intraoculaire (oculaire) et les tumeurs carcinoïdes. L'iode radioactif est administré par voie orale sous forme liquide ou en capsules, en perfusion ou encapsulé dans des grains placés à l'intérieur ou à proximité de la tumeur pour tuer les cellules cancéreuses.

Kyste

Une poche ou une capsule présente dans l'organisme. Il peut être rempli de liquide ou d'un autre matériel.

Kyste dermoïde

Type de tumeur bénigne (non cancéreuse) des cellules germinales* (type de tumeur qui apparaît dans les cellules qui deviennent des spermatozoïdes ou ovules), qui contient souvent plusieurs types de tissus tels que des cheveux, des muscles et des os. Autre nom : tératome* mature.

Lactate déshydrogénase (LDH)

Un des groupes d'enzymes présents dans le sang et les autres tissus de l'organisme, qui est impliqué dans la production d'énergie au sein des cellules. Une quantité accrue de lactate déshydrogénase dans le sang peut être le signe d'une lésion tissulaire, de certains types de cancers ou d'autres maladies. Autres noms : déshydrogénase lactique et LDH.

Laparoscopie

Intervention au cours de laquelle des instruments chirurgicaux sont introduits dans l'abdomen ou dans le bassin* par de petites incisions et avec l'aide d'une caméra.

Laparotomie

Incision chirurgicale pratiquée dans la paroi de l'abdomen.

Lavage péritonéal

Procédure réalisée durant une intervention chirurgicale, au cours de laquelle une solution saline est introduite dans la cavité péritonéale, puis éliminée

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

par aspiration. Le liquide extrait est ensuite analysé en laboratoire afin de détecter les cellules cancéreuses.

Ligature des trompes

Intervention consistant à fermer les trompes de Fallope. Cette opération empêche la grossesse en bloquant le passage des ovules des ovaires à l'utérus.

Lymphadénectomie

Une intervention chirurgicale au cours de laquelle les ganglions lymphatiques sont retirés et un échantillon de tissu est examiné au microscope afin d'y déceler les signes d'un cancer. Lors d'une lymphadénectomie régionale, quelques ganglions lymphatiques sont retirés dans la zone de la tumeur. Lors d'une lymphadénectomie radicale (ou étendu), la plupart ou la totalité des ganglions lymphatiques sont retirés dans la zone de la tumeur. Également appelé curage ganglionnaire.

Malin/maligne

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

Marqueur

Signe indiquant qu'une maladie pourrait se développer.

Médicaments inducteurs de l'ovulation

Médicament utilisé pour provoquer une ovulation chez la femme, dans l'objectif de faciliter la fertilité.

Mélan-A (antigène)

Antigène présent sur les mélanocytes normaux (les cellules qui fabriquent le pigment appelé mélanine) de la peau et de la rétine. On le trouve également sur la plupart des mélanomes (cancers qui apparaissent dans les mélanocytes). Des vaccins mettant en oeuvre des morceaux de Mélan-A sont en cours d'étude pour leur capacité à stimuler la réponse immunitaire contre les cellules cancéreuses chez les patients atteints de

mélanomes. Autres noms : antigène MART-1 et antigène du mélanome reconnu par les cellules T 1.

Ménarche

Premier cycle menstruel (menstruation) de la vie d'une femme, survenant habituellement pendant la puberté.

Ménopause

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

Mésentère/membrane mésentérique

Membrane péritonéale* qui relie l'intestin à la paroi postérieure 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 (primaire) d'origine. Le pluriel de métastase est métastases.

Mutation

Modification de la succession des paires de bases de l'ADN* qui forme un gène. La mutation[no-glossary] d'un gène ne modifie pas nécessairement le gène de façon définitive.

Neuro-endocrine

Lié aux interactions existant entre le système nerveux et le système endocrinien. Ce terme qualifie certaines cellules qui sécrètent des hormones dans le sang en réponse à des stimulations du système nerveux.

Neuropathie périphérique

Pathologie nerveuse causant des douleurs, des engourdissements, des picotements, des gonflements ou une faiblesse musculaire dans différentes parties du corps. Habituellement, elle apparaît tout d'abord dans les mains ou les pieds et s'empire avec le temps. La neuropathie périphérique peut être causée par une blessure physique, une infection, des substances toxiques, des maladies (telles que le cancer, le diabète, l'insuffisance rénale ou la malnutrition) ou des médicaments, y compris les médicaments anticancéreux. Autre nom : neuropathie.

Oestrogène

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 oestrogènes 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.

Palliatif/Traitement Palliatif

Traitement administré pour soulager les symptômes et réduire la souffrance causée par le cancer ou d'autres maladies graves. Les traitements palliatifs anticancéreux sont donnés conjointement avec d'autres traitements anticancéreux, dès le diagnostic,

au cours du traitement, lors d'une récurrence* de la maladie ou en fin de vie.

Paresthésie

Sensation anormale du toucher telle qu'une sensation de brûlure ou de picotement qui se produit sans stimulus extérieur.

Péritonéal

Relatif au péritoine.

Péritoine

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

Précancéreux/précancéreuse

Terme qualifiant un état ou une pathologie susceptible de devenir cancéreux ou cancéreuse.

Pronostic

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

Protéine

Nutriments essentiels constitués d'acides aminés. Les protéines sont essentielles pour le fonctionnement de nombreux organismes, y compris le corps humain. Elles sont responsables du transport et de la communication entre les cellules, des réactions chimiques et elles maintiennent la structure des cellules.

Récidive

Se dit d'un cancer ou d'une maladie (souvent auto-immune) qui réapparaît, généralement après une période durant laquelle le cancer ou la maladie était absent(e) ou ne pouvait être détecté(e). Le cancer ou la maladie peut réapparaître au même endroit que la tumeur d'origine (primaire) ou à un autre endroit du corps. Egalement désigné sous le nom de cancer ou de maladie récidivant(e).

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.

Sous-capsulaire (foie)

Zone située sous la membrane externe qui recouvre le foie. Terme qualifiant les pathologies se développant dans cette zone.

Syndrome de Cushing

Pathologie causée par un excès de cortisol* dans l'organisme. Le syndrome de Cushing peut être causé par une prise excessive de médicaments stéroïdiens ou par certains types de tumeurs. Les tumeurs qui produisent de l'hormone corticotrope (ACTH) obligent la glande surrénale à produire trop de cortisol*. Les symptômes du syndrome de Cushing incluent l'aspect bouffi du visage, la fonte musculaire des bras et des jambes, une fatigue chronique, une faiblesse musculaire, de l'hypertension artérielle, une glycémie

élevée, des vergetures pourpres ou roses sur la peau et une prise de poids, en particulier au niveau de l'abdomen.

Systeme nerveux

Le réseau organisé de tissus nerveux présent dans l'organisme. Il comprend le système nerveux central (le cerveau et la moelle épinière), le système nerveux périphérique (nerfs qui s'étendent de la moelle épinière au reste de l'organisme) et les autres tissus nerveux.

Tératome

Type de tumeur des cellules germinales* qui peut contenir plusieurs types de tissus, comme des cheveux, des muscles et des os. Les tératomes apparaissent plus souvent dans les ovaires chez les femmes, dans les testicules chez les hommes et dans le coccyx chez l'enfant. Les tératomes ne sont pas tous malins.

Testostérone

Une hormone synthétisée principalement dans les testicules (partie du système reproducteur mâle). Elle est nécessaire au développement et au maintien des caractéristiques sexuelles mâles, telles que les poils sur le visage, la voix grave et le développement musculaire. La testostérone peut également être synthétisée en laboratoire et est utilisée pour traiter certaines affections médicales.

Thérapie/schéma thérapeutique à base de platine

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

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.

Thyroglobuline (Tg)

Forme prise par l'hormone thyroïdienne lorsqu'elle est conservée dans les cellules de la thyroïde. Si la thyroïde a été réséquée, la thyroglobuline ne devrait pas apparaître dans les analyses de sang. Les médecins mesurent le niveau de thyroglobuline dans le sang pour détecter les cellules cancéreuses thyroïdiennes qui sont restées dans le corps après le traitement.

Thyroïde/tissus thyroïdiens

Glande située sous le larynx, et qui produit les hormones thyroïdiennes et la calcitonine. La thyroïde aide à réguler la croissance et le métabolisme. Autre nom : glande thyroïde.

Tomographie par émission de positons (PET)

Examen au cours duquel une petite quantité de glucose (sucre) radioactif est injectée dans une veine. Un scanner permet alors de prendre des images détaillées et informatisées des zones de l'organisme qui utilisent ce glucose. Comme les cellules cancéreuses utilisent souvent plus de glucose que les

cellules normales, ces images peuvent servir à les repérer dans l'organisme. Autres noms : PET, PET scan.

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.

Traitement hormonal de substitution

Thérapie caractérisée par l'administration d'hormones pour soulager certains symptômes, par exemple ceux liés à la ménopause.

Tumeur à la limite de la malignité/tumeur ovarienne maligne à la limite de la malignité

Maladie dans laquelle des cellules pouvant devenir cancéreuses apparaissent dans la mince couche de tissu qui recouvre l'ovaire. Dans cette maladie, les cellules tumorales se propagent rarement à l'extérieur

Cancer de l'ovaire : guide pour les patientes – Basé sur les recommandations de l'ESMO – v.2013.1

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

de l'ovaire. Autre nom : tumeur ovarienne à faible potentiel de malignité ou tumeur proliférative atypique.

Type histologique

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

Vincristine

L'ingrédient actif d'un médicament utilisé pour traiter la leucémie aiguë. Elle est utilisée en association avec d'autres médicaments pour traiter la maladie de Hodgkin, le lymphome non hodgkinien, le rhabdomyosarcome, le neuroblastome et la tumeur de Wilms. La vincristine fait en outre l'objet d'études dans le traitement d'autres types de cancer. Elle inhibe la croissance cellulaire en arrêtant la division des cellules. Il s'agit d'un vinca-alcaloïde et d'un type d'agent antiméiotique.

Virilisation

Développement des caractères sexuels secondaires mâles, comme une voix plus grave, une augmentation de la pilosité du corps et du visage, une diminution de la taille des seins, une hypertrophie du clitoris et une perte des cheveux au niveau des golfes et du sommet du crâne (comme chez les hommes).