

La mission de **GlaxoSmithKline** est d'améliorer la qualité de la vie pour que chaque être humain soit plus actif, se sente mieux et vive plus longtemps



Dossier Santé

Les tumeurs de l'ovaire

Sommaire

- Ce qu'il faut savoir
- Mieux comprendre en images
- Examens expliqués
- Traitements expliqués
- Conseils de tous les jours
- Vos questions
- Glossaire
- Adresses utiles
- En savoir plus
- Testez vos connaissances

• Ce qu'il faut savoir

DÉFINITION

Les ovaires

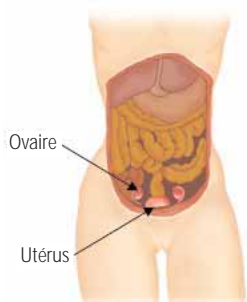
Les ovaires sont deux petites glandes de la forme et de la taille d'une amande, situés en profondeur dans le petit bassin (cavité pelvienne), de part et d'autre de l'utérus. Ils communiquent avec l'utérus par les trompes de Fallope.

(>> Voir mieux comprendre en image : coupe anatomique du système génital féminin, page 7)



Les ovaires sont recouverts par des cellules épithéliales et qui mises les unes à côté des autres forment ce qu'on appelle un épithélium.

Cet épithélium est en continuité avec le péritoine. Le péritoine est un tissu qui recouvre les organes situés dans l'abdomen et les relie entre eux. Les ovaires sont situés dans le péritoine ; on dit qu'ils sont intra-péritonéaux (dans la cavité péritonéale) contrairement aux autres organes génitaux féminins (trompes, utérus, vagin) qui sont eux sous le péritoine.



De la puberté à la ménopause, les ovaires sécrètent des hormones sexuelles : les oestrogènes et la progestérone et produisent des ovules qui seront éventuellement fécondés par des spermatozoïdes. (>> Voir mieux comprendre en image : Anatomie ovaires/abdomen, page 7)

Les tumeurs de l'ovaire

Les tumeurs de l'ovaire sont des excroissances qui se développent le plus souvent à partir des cellules de surface de l'ovaire (cellules épithéliales) ; ces tumeurs peuvent être bénignes ou malignes. Parfois le diagnostic entre la bénignité et la malignité n'est pas facile à établir.

Les tumeurs de l'ovaire sont souvent des kystes.

Il existe deux sortes de kystes : les kystes fonctionnels et les kystes organiques.

- Les kystes fonctionnels

Ils constituent la majorité des tumeurs de l'ovaire. Ils sont le résultat d'une maturation anormale d'un ou plusieurs ovules. Ils sont visibles la plupart du temps pendant la période d'activité génitale entre la puberté et la ménopause. Ils disparaissent en règle générale, spontanément, à la fin d'un ou deux cycles menstruels ou après un traitement oestroprogestatif. Cette disparition spontanée témoigne de la nature bénigne du kyste.

- Les kystes organiques

Les kystes organiques se distinguent quant à eux par la nature plus ou moins solide de la tumeur, leur taille, la présence éventuelle de végétations (excroissances) intra-kystiques, ... Leur croissance n'est pas en rapport avec un dysfonctionnement hormonal. Ils ne disparaissent pas spontanément. Il est possible qu'ils soient de nature cancéreuse et des examens complémentaires devront confirmer le diagnostic.

Le cancer de l'ovaire

Le cancer de l'ovaire est une tumeur maligne qui atteint un ou les deux ovaires.

Lorsqu'on évoque les cancers de l'ovaire, on exclut les cancers métastatiques (appelés aussi cancers secondaires) qui se sont formés à partir de cellules cancéreuses qui proviennent d'un autre organe (poumon, foie,...) et qui ont migré vers les ovaires.

Les cellules cancéreuses d'une tumeur maligne ovarienne ont la particularité de se détacher facilement de la lésion mère. Vu la situation intra-péritonéale des ovaires, les cellules malignes se répandent spontanément dans la cavité abdominale et se greffent sur les différents organes digestifs qui la remplissent ainsi que sur le péritoine.

Ceci explique la découverte souvent évoluée de ces cancers.

Il existe de nombreuses formes de cancers de l'ovaire ; les plus fréquents sont des cancers épithéliaux.

Les tumeurs borderline

Il existe une forme particulière de tumeur ovarienne, nommée « border- line » (frontière). Elle représente 10 à 15% des tumeurs ovariennes.

C'est une forme intermédiaire entre tumeur bénigne et cancer. Ces tumeurs surviennent à un âge plus précoce que le cancer de l'ovaire.

Elles sont beaucoup moins agressives que les précédentes et leur pronostic est bon.

FACTEURS DE RISQUES

Les tumeurs bénignes

Les kystes fonctionnels sont fréquents à l'adolescence.

Ils peuvent aussi se développer sous traitement médical :

- les pilules mini-dosées qui n'empêchent pas le développement des follicules, mais qui ne semblent pas augmenter l'apparition des kystes fonctionnels ;
- de même pour les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause ;
- au moment de la pose d'un stérilet, il semble que les kystes fonctionnels soient plus fréquents dans les premiers mois ;
- les traitements inducteurs de l'ovulation favorisent l'apparition de ces kystes, ils disparaissent à l'arrêt du traitement.

Le syndrome des ovaires micropolykystiques ou dystrophie kystique est dû à un dysfonctionnement hormonal. Il entraîne des troubles du cycle menstruel et une hypofertilité ainsi que la formation de multiples petits kystes (micropolykystique) à la surface des ovaires.

Les tumeurs cancéreuses

Même si les facteurs de risque du cancer de l'ovaire demeurent mal connus, on a pu mettre en évidence certaines prédispositions.

Des facteurs généraux :

- L'âge : le risque de développer un cancer de l'ovaire augmente avec l'âge, il est maximal à 74 ans.⁽¹⁾
- La nutrition : des études soulignent que plus la consommation de graisses et protéines animales est importante, plus les risques de cancer de l'ovaire sont majorés. L'obésité est aussi connue comme facteur de risque.

Les facteurs liés à l'activité de reproduction :

Les risques sont plus élevés pour les femmes qui n'ont pas eu d'enfant ou qui ont eu une première grossesse à un âge tardif, une puberté précoce ou une ménopause tardive ainsi que chez des femmes qui ont eu une stimulation de l'ovulation (entraînant alors des ovulations multiples) dans le cadre d'une procréation médicale assistée.

Il existerait un rapport entre la fréquence d'ovulation et la survenue d'un cancer de l'ovaire. A chaque ovulation, survient une rupture du follicule pour libérer l'ovocyte de l'épithélium ovarien. L'épithélium ovarien subit un traumatisme, il doit être réparé, cicatrisé. Plus le nombre d'ovulations est élevé, plus les cicatrices sont nombreuses et la survenue d'un cancer de l'ovaire serait risquée.

Concernant la relation entre le risque de survenue d'un cancer de l'ovaire et les Traitements Hormonaux Substitutifs (THS) de la ménopause, les avis médicaux sont très partagés.

Par contre, la prise de contraceptifs oraux (la pilule qui empêche l'ovulation), ainsi que le nombre de grossesses menées à terme et l'allaitement, auraient un effet protecteur sur le cancer de l'ovaire (pendant ces périodes, il n'y a pas d'ovulations).

Les facteurs familiaux :

5 à 10 % des cancers de l'ovaire surviennent dans un contexte héréditaire. Le risque de développer ce cancer est plus important chez les femmes qui appartiennent à ces familles, avec un âge de survenue plus précoce.⁽¹⁾

(1) Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. Ovaire ; B.Trétarre ; p119-120. http://www.invs.sante.fr/publication/2003/rapport_cancer2003/p119_ovaire.pdf

Les femmes qui présentent un risque héréditaire sont celles où on retrouve :

- soit l'association d'un cancer du sein et de l'ovaire dans la famille où il peut exister une anomalie chromosomique commune sur des gènes particuliers appelés BRCA1 et BRCA 2,
- soit l'association de plusieurs cancers (sein, utérus, ovaire, colon, ...),
- soit ayant au moins 3 cas de cancer de l'ovaire dans une même branche familiale.

Il est possible de dépister ces anomalies génétiques prédisposant au cancer de l'ovaire en analysant l'ADN cellulaire. Ce test est proposé aux femmes qui ont dans leur famille plusieurs cas (mère, sœur...) de cancer de l'ovaire. Si l'anomalie chromosomique est détectée chez l'une d'entre elles, elle sera surveillée très régulièrement, le risque étant réel.

Une ablation chirurgicale préventive des ovaires peut éventuellement être proposée.

EPIDÉMIOLOGIE

D'après le Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France, le nombre d'hospitalisations pour une tumeur bénigne de l'ovaire concernerait 45 000 femmes par an et 32 000 seraient opérées (années 1998 et 1999).⁽²⁾

75% des kystes opérés sont organiques, 25% sont fonctionnels.⁽²⁾

1 à 4 % des kystes, a priori, bénins se sont révélés malins à l'intervention.⁽²⁾

En France, par an, presque 4500 cancers de l'ovaire sont diagnostiqués. Ils représentent 3.8% des nouveaux cas de cancer chez la femme et le cancer de l'ovaire se situe au 5^{ème} rang des cancers féminins après les cancers du sein, du colon, de l'utérus et de l'estomac.⁽¹⁾

Selon les études, les tumeurs border-line ne sont pas toujours référencées parmi les cancers de l'ovaire. Elles représentent 8,7% de ces cancers (quand elles sont référencées).⁽¹⁾

Le risque de développer un cancer de l'ovaire augmente jusqu'à l'âge de 74 ans. En 2000, la moyenne d'âge de découverte d'un cancer de l'ovaire était de 65 ans.⁽¹⁾

Le risque de développer un cancer de l'ovaire est plus important chez les femmes qui sont nées avant 1933, ce risque diminue dans les populations plus jeunes. Cette diminution correspond à la période de mise à disposition des contraceptifs oraux.⁽¹⁾

Le pronostic du cancer de l'ovaire est fonction du stade de découverte de la maladie, il est souvent redoutable parce qu'il est diagnostiqué tardivement.

Il n'y a pas de dépistage systématique de ce cancer. Néanmoins les femmes qui ont une prédisposition héréditaire doivent être suivies régulièrement. (>> voir les facteurs de risques, page 3)

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC

Les symptômes d'une tumeur de l'ovaire

La plupart des tumeurs de l'ovaire sont difficiles à diagnostiquer parce qu'elles sont souvent silencieuses, elles ne sont en général pas douloureuses au début de la maladie.

Elles peuvent être découvertes à l'occasion d'un examen gynécologique ou d'une échographie pelvienne de routine ou lors de l'apparition de complications. (>> Voir examen expliqué : échographie pelvienne, page 8)



(1) Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. Ovaire ; B.Trétarre ; p119-120. http://www.invs.sante.fr/publication/2003/rapport_cancer2003/p119_ovaire.pdf

(2) Recommandations pour la pratique clinique ; Prise en charge des kystes de l'ovaire présumés bénins (2001) : Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France. www.cnfgof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_09.HTM

Lorsque des symptômes existent, ils ne sont pas spécifiques d'une tumeur de l'ovaire et pourraient donc être volontiers confondus avec d'autres pathologies : utérine, digestive, urinaire par exemple.

Rarement, le kyste peut être de volume important, allant jusqu'à plusieurs litres et entraîner un retentissement loco-régional sur le transit intestinal, sur l'appareil urinaire, ...

Les circonstances de découverte clinique d'un cancer de l'ovaire sont variées et peu spécifiques et c'est souvent à un stade avancé de la maladie que les signes cliniques apparaissent :

- Une augmentation récente du volume de l'abdomen.
- Des douleurs pelviennes.
- Une sensation de pesanteur abdominale.
- Des troubles des règles ou l'apparition d'hémorragies chez la femme ménopausée.
- Des troubles urinaires : envie fréquente d'uriner, ...
- Des troubles digestifs : constipation, diarrhée, nausées voire vomissements, douleurs abdominales.

Diagnostic d'une tumeur de l'ovaire

Si au cours d'un examen clinique gynécologique de routine (ou non), le médecin découvre une anomalie ou une augmentation du volume des ovaires, le premier examen demandé sera une échographie : échographie pelvienne et échographie endovaginale. (>> voir examen expliqué, page 8)

Les tumeurs de l'ovaire sont souvent bénignes mais le médecin doit rechercher des caractéristiques échographiques qui pourraient orienter vers un cancer : le contenu de la tumeur : solide ou liquidienne, sa taille, sa forme, l'existence de végétations intra-kystiques, l'épaisseur de la paroi.

Un doppler peut être couplé à l'échographie pour évaluer la vascularisation du kyste.

La conduite à tenir sera différente selon que la tumeur semblera bénigne ou maligne.

Un scanner ou une IRM (Imagerie à Résonance Magnétique) abdomino-pelvienne est souvent prescrit pour orienter le diagnostic ou pour commencer à faire le bilan de l'extension d'un éventuel cancer.

Chez l'adolescente, les kystes organiques sont en général des kystes dermoïdes ; dans ces kystes, on peut retrouver du tissu dentaire, des cheveux, de l'os, ... ce sont des tumeurs bénignes.

Le diagnostic de bénignité ou de malignité est souvent confirmé au bloc opératoire voire après l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire.

Il est possible de doser des marqueurs tumoraux (le CA 125 pour le cancer de l'ovaire) grâce à une simple prise de sang. Les cellules de l'organisme sécrètent en effet certaines substances à des taux très bas et circulent dans le plasma sanguin.

Dans le cancer de l'ovaire, les cellules cancéreuses sécrètent ces mêmes substances en grandes quantités. La découverte d'un taux de CA 125 élevé chez une femme qui présente une masse ovarienne suspecte sera donc évocatrice d'un cancer de l'ovaire.

Cependant, dans les petits cancers débutants, le CA 125 peut être normal.

La chirurgie permet de confirmer le diagnostic de malignité ou de bénignité et d'enlever la tumeur dans la mesure du possible.

La coelioscopie diagnostique est la méthode chirurgicale de prédilection devant un kyste d'allure bénigne.

(>> Voir traitement expliqué : la coelioscopie, page 8)

EVOLUTION ET COMPLICATIONS

Les kystes fonctionnels disparaissent en quelques cycles.

Les kystes quels qu'ils soient, peuvent grossir, se rompre, se tordre et saigner.

La torsion du kyste de l'ovaire est une complication qui peut être grave. C'est une urgence chirurgicale.

Il est possible que l'ovaire soit impliqué dans la torsion, il faut le détordre rapidement avant que les troubles de la vascularisation ne soient irréversibles et obligent le chirurgien à faire une castration (c'est-à-dire une ablation de l'ovaire tordu).

Un kyste peut aussi saigner, soit à l'intérieur même de la tumeur, soit à l'extérieur et donner un hémopéritoine. L'hémorragie, si elle est importante, peut constituer une urgence chirurgicale.

L'évolution des tumeurs bénignes

Les **kystes fonctionnels** de l'ovaire disparaissent au bout de un, deux ou trois cycles. Une surveillance échographique s'impose jusqu'à ce qu'ils aient complètement disparu.

S'ils augmentent de volume, si des changements de morphologie ou de consistance apparaissent, il est nécessaire d'aller les opérer et les analyser.

Les **kystes organiques** qui ne présentent pas de signe de malignité seront quand même enlevés ; en effet, la bénignité ne sera confirmée que sur l'analyse anatomopathologique de la pièce opératoire.

L'évolution des tumeurs cancéreuses de l'ovaire

Les cancers de l'ovaire, comme tous les cancers, sont classés selon l'extension de la tumeur, des stades sont déterminés ; la prise en charge de la maladie sera différente selon le stade d'évolution du cancer.

- **Les stades 1 et 2** sont des formes précoces du cancer de l'ovaire.
- **Les stades 3 et 4** constituent des formes avancées du cancer de l'ovaire.

La gravité du cancer n'est pas en rapport avec la taille de la tumeur. Ainsi, certaines tumeurs volumineuses peuvent être peu agressives.

Les tumeurs border- line se développent très lentement.

(>> Voir mieux comprendre en image : anatomie ovaire/abdomen, page 7)

PRISE EN CHARGE

Le traitement des kystes fonctionnels

L'abstention thérapeutique est la règle pour les kystes fonctionnels. Une surveillance régulière doit néanmoins être instaurée. Il doit disparaître au bout de 2 ou 3 cycles. S'il ne disparaît pas il faudra le considérer comme un kyste organique et l'opérer.

Ils sont fréquents chez la jeune adolescente entre 10 et 16 ans. ⁽²⁾

(2) Recommandations pour la pratique clinique ; Prise en charge des kystes de l'ovaire présumés bénins (2001) : Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France. www.cnfgof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_09.HTM

La prise en charge des kystes organiques

Ils sont en règle générale opérés.

Le chirurgien, devant un kyste organique d'apparence bénin à l'échographie, aura toujours une attitude très prudente. Si la tumeur ne présente pas de signe de malignité, il proposera une coelioscopie diagnostique voire curatrice. Il visualisera le kyste ; si celui-ci ne présente aucun signe de malignité, il pourra l'enlever. Le kyste entier sera envoyé dans un laboratoire d'anatomopathologie pour un examen minutieux au microscope.

Avant l'opération, la patiente sera avertie d'une éventuelle conversion de la coelioscopie en laparotomie. En effet, si la tumeur visualisée est très grosse ou présente des signes de malignité, il vaudra mieux pratiquer une intervention classique à ventre ouvert.

Chez l'adolescente, la présence d'un kyste organique avec des marqueurs tumoraux normaux sera souvent un kyste dermoïde bénin et la coelioscopie sera le traitement de choix de ces kystes.

Chez les femmes jeunes, le chirurgien effectuera un geste conservateur dans la mesure du possible, c'est-à-dire qu'il fera tout pour respecter les ovaires.

Chez la femme proche de la ménopause ou ménopausée, les ovaires seront en général enlevés avec le kyste.

Une surveillance régulière sera établie : examens gynécologiques, échographies.

La prise en charge des tumeurs borderline

Les tumeurs border- line doivent aussi être opérées, le diagnostic n'étant définitif qu'après l'analyse anatomopathologie de la tumeur. Ce sont des tumeurs très peu agressives. Elles ne nécessitent en général pas de traitement complémentaire. Les patientes seront régulièrement surveillées (examen gynécologique, échographies) après l'intervention.

Les traitements du cancer de l'ovaire : chirurgie et chimiothérapie

Chirurgie

Elle est la pierre angulaire du traitement, l'objectif est d'enlever la tumeur ainsi que les éventuelles greffes cancéreuses dans l'abdomen si le cancer en est à un stade évolué.

Le chirurgien doit enlever la tumeur ou au moins réduire sa taille. Il enlèvera l'ovaire atteint, l'autre ovaire, les trompes et l'utérus.

Si des métastases existent sur le péritoine, le colon ou l'intestin, il est parfois possible d'enlever tout ou partie de ces organes.

Les femmes en âge de procréer et dont la découverte d'un cancer de l'ovaire est faite à un stade précoce pourront bénéficier d'un traitement conservateur du deuxième ovaire s'il n'est pas atteint afin de préserver une éventuelle future grossesse.

Chimiothérapie

Selon le stade d'évolution de la tumeur de l'ovaire, une chimiothérapie sera mise en route après la chirurgie de résection ou réduction tumorale.

La plupart des patientes auront des cures de chimiothérapie en complément de la chirurgie.

Une chimiothérapie est parfois prescrite avant le traitement chirurgical afin de diminuer le volume d'une grosse tumeur.

Radiothérapie

La radiothérapie de « consolidation » après chirurgie et chimiothérapie est moins utilisée aujourd'hui, même dans les cas de stade avancé.

La surveillance des patientes

Les patientes sont surveillées régulièrement par des examens gynécologiques et des échographies, le dosage du CA 125 est aussi un élément de surveillance. C'est un bon marqueur d'une reprise éventuelle de la maladie.

Lors d'une rechute, une nouvelle chimiothérapie est mise en route dans le but de contrôler la maladie et d'améliorer la qualité de vie. Les protocoles de traitement sont beaucoup plus légers et donc mieux supportés par ces patients.

La consultation d'onco-psychologie

Comme tous les cancers, le cancer de l'ovaire ayant souvent de fortes répercussions psychologiques sur la vie sociale et intime des patientes, il est important qu'elles puissent exprimer leurs émotions et leur anxiété ; un psychologue (ou un onco-psychologue) pourra

éventuellement les soutenir dans leur combat contre la maladie.

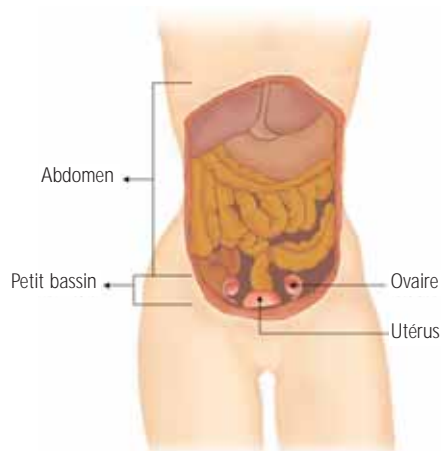
Existe-t-il une prévention contre les cancers de l'ovaire ?

Les femmes qui ont dans leur famille plusieurs femmes (mère, sœur...) atteintes d'un cancer de l'ovaire, après une consultation d'onco-génétique, se voient proposer un test de dépistage avec une analyse de leur ADN à la recherche d'une anomalie chromosomique.

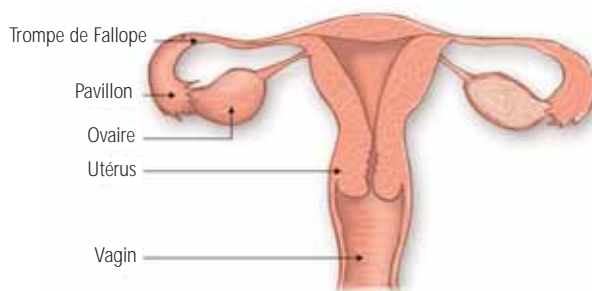
Les femmes pour lesquelles ce test s'avère positif sont placées sous étroite surveillance. Une ovariectomie préventive (ablation des ovaires) peut éventuellement être proposée.

• Mieux comprendre en image

ANATOMIE OVAIRES/ABDOMEN



COUPE ANATOMIQUE DU SYSTÈME GÉNITAL FÉMININ



• Examens expliqués

www.fnclcc.fr/fr/sor/pdf/patient/ssp_ovaire_integral.pdf

Echographie pelvienne

C'est une technique basée sur l'utilisation des ultrasons. Une sonde d'échographie envoie des ultrasons et reçoit l'écho renvoyé par les organes. Un système informatique traduit cet écho et reproduit une image qui représente l'organe à analyser (ovaires, utérus, trompes, ...) sur un écran d'ordinateur.

Cet examen est effectué avec la vessie pleine, c'est pourquoi il faut boire un demi litre d'eau trois quart d'heure avant le début de l'échographie et ne pas aller aux toilettes tant que l'examen n'est pas terminé.

Le médecin applique un gel sur la peau en regard de la région à analyser ; ce gel facilite la propagation des ultrasons.

L'examen ne dure pas longtemps, il est complètement indolore.



Echographie transvaginale

Le principe est le même que pour l'échographie pelvienne (utilisation d'ultrasons) mais le médecin introduit une sonde (sonde vaginale) dans le vagin.

Cet examen permet d'avoir une meilleure approche de l'anatomie des ovaires.

La sonde de forme cylindrique est recouverte d'un préservatif.

Cet examen est indolore, il peut provoquer une légère sensation de froid à cause de l'utilisation d'un lubrifiant sur le préservatif.

A la différence de l'échographie pelvienne, il n'est pas nécessaire d'avoir la vessie pleine.

• Traitements expliqués

La coelioscopie

La coelioscopie gynécologique existe depuis plus de 20 ans maintenant. Elle permet de pratiquer un certain nombre d'interventions chirurgicales sans faire de grande cicatrice de laparotomie barrant tout le ventre. Les suites opératoires sont beaucoup plus simples et la durée d'hospitalisation plus courte.

Une fibre optique reliée à une caméra est introduite dans le ventre, le plus souvent à travers le nombril, après avoir fait une toute petite incision.

Les organes sont visualisés par la fibre optique et la caméra et l'image est reproduite sur un écran de télévision.

Pour avoir suffisamment de place pour travailler, l'abdomen est distendu (en général, il est dilaté avec du gaz carbonique), ceci permet au chirurgien de déplacer les organes et de mieux les visualiser.

Les instruments de chirurgie sont minuscules (quelques millimètres) ; ils sont situés au bout d'un long manche. Ils sont introduits dans le ventre à travers des trocars de tout petit diamètre. Les trocars sont installés de part et d'autre de l'organe à traiter.

La coelioscopie se pratique sous anesthésie générale.



Quelquefois une coelioscopie diagnostique est pratiquée pour faire un diagnostic : observation d'un kyste ovarien, bilan d'une stérilité avec la recherche de la perméabilité des trompes, Aucun geste thérapeutique n'est effectué pendant ce temps chirurgical.

Une coelioscopie diagnostique peut devenir opératoire dans un deuxième temps, le geste chirurgical thérapeutique sera pratiqué dès que le diagnostic est fait (ablation d'un kyste bénin, traitement d'une grossesse extra-utérine, reperméabilisation d'une trompe...).

Les patientes seront averties avant l'intervention que la coelioscopie peut éventuellement se transformer en laparotomie c'est-à-dire que le chirurgien devra ouvrir le ventre parce que le geste coelioscopique ne serait pas adapté à la pathologie diagnostiquée.

Comme pour toute intervention chirurgicale, des effets secondaires propres à l'anesthésie peuvent survenir comme des nausées, vomissements...

L'insufflation de gaz dans l'abdomen peut aussi entraîner des douleurs post-opératoires pouvant remonter dans les épaules.

Il est possible de prendre des douches dès le lendemain de l'opération, il est conseillé en revanche d'attendre une semaine avant de prendre un bain.

Si des symptômes apparaissent à la suite de l'opération : fièvre, douleurs, il est nécessaire de consulter son médecin.

Chimiothérapie

Le but de la chimiothérapie est de réduire des tumeurs qui n'auront pas pu être entièrement enlevées au cours de la chirurgie mais aussi d'éliminer les cellules cancéreuses qui ne sont pas détectables à l'œil nu.

Plusieurs médicaments sont associés, le protocole suivi est différent selon le stade d'évolution de la maladie, le type de tumeur.

Les effets secondaires des médicaments de chimiothérapie sont variables et nombreux, en effet, ils sont toxiques pour les cellules cancéreuses mais aussi pour les cellules normales de l'organisme : tels que asthénie et fatigue, troubles gastro-intestinaux,

douleurs abdominales, chute des cheveux, fièvre, réactions allergiques, chute des globules rouges et blancs, pouvant aller jusqu'à l'aplasie médullaire, douleurs articulaires et musculaires, neuropathies (pathologies nerveuses). Ces effets secondaires sont en général passagers. Tout rentre souvent dans l'ordre quand les cures de chimiothérapie sont terminées.

Chez une patiente souffrant d'un cancer de l'ovaire à un stade avancé, une chimiothérapie intensive est parfois possible grâce à une autogreffe de cellules de moelle osseuse.

Cette technique permet d'administrer de fortes doses de médicaments afin de détruire le maximum de cellules cancéreuses. Cette chimiothérapie étant particulièrement toxique pour l'organisme et les cellules sanguines, une autogreffe de moelle peut permettre de passer la période critique d'aplasie médullaire.

• Conseils de tous les jours

Le dépistage systématique du cancer de l'ovaire n'existe pas.

Des rendez-vous réguliers chez le médecin sont recommandés, quels que soient les antécédents personnels et familiaux.

Un examen gynécologique sera réalisé : le toucher vaginal permettra parfois de « sentir » une anomalie ovarienne. Une échographie sera prescrite au moindre doute.

Le médecin pratiquera un frottis du col de l'utérus (prélèvement de quelques cellules cervicales) dans le cadre d'un dépistage systématique du cancer du col.

• Questions

Ma grand-mère a eu un cancer de l'ovaire, elle avait 60 ans. Quelle est la probabilité pour moi de développer un cancer de l'ovaire ?

Si c'est la seule personne de la famille atteinte de cette maladie, on peut considérer que c'est un cancer sporadique et non héréditaire, vous avez donc les mêmes risques qu'une autre personne d'avoir un cancer de l'ovaire. D'après les experts, il faut au moins que 3 personnes dans la même branche familiale aient été atteintes pour dire qu'il existe un facteur de prédisposition génétique.

Il n'empêche que la présence d'un cas de cancer de l'ovaire dans une famille, sensibilise les femmes de cette famille ainsi que le médecin et la surveillance pourrait être plus ciblée mais sans raison objective.

Je suis enceinte de 2 mois, mon gynécologue a trouvé un kyste sur un ovaire, dans quelle mesure dois-je m'inquiéter ?

Les kystes sont fréquents en début de grossesse, ils sont alors en général fonctionnels et régressent spontanément vers 16 semaines d'aménorrhée.

S'ils persistent il faut bien entendu les surveiller et puis il ne faudrait pas qu'un kyste mal placé empêche le bébé de sortir au moment de l'accouchement, auquel cas une césarienne serait programmée.

Un kyste fonctionnel peut-il disparaître tout seul ?

Oui, c'est la définition même du kyste fonctionnel. Il régresse en règle générale au bout de quelques cycles (3 maximum d'après les experts).

Quel est l'intérêt de l'échographie transvaginale par rapport à l'échographie pelvienne ?

Les ovaires sont vus sous un angle différent. Pour une échographie trans (ou endo) vaginale, la sonde d'échographie est mise profondément dans le vagin, dans les culs-de-sac vaginaux, de part et d'autre du col de l'utérus, alors que pour une échographie pelvienne, la sonde est posée sur la peau de l'abdomen. De plus, la patiente n'a pas besoin d'avoir la vessie pleine.

Comment peut-on prévenir le cancer de l'ovaire ?

Il n'y a pas de prévention particulière du cancer de l'ovaire.

Il n'y a pas d'examen de dépistage systématique du cancer de l'ovaire. Une surveillance régulière, précoce est néanmoins mise en place chez ces femmes à risque : échographies pelviennes et transvaginales et examens gynécologiques fréquents.

Certaines femmes à risque (avec plusieurs cancers de l'ovaire dans la même branche familiale) pourraient éventuellement avoir une ablation des ovaires mais les experts ne sont pas totalement certains de l'intérêt de ce geste et les effets secondaires d'une castration chez les femmes jeunes ne sont pas anodins (stérilité, ostéoporose, pathologies cardio-vasculaires).

• Glossaire

- **Anatomopathologie** : c'est l'étude des aspects morphologiques (macroscopiques et microscopiques) des lésions et des tissus d'un organe malade sur une biopsie ou sur l'organe lui-même enlevé au cours d'une chirurgie.
- **Aplisie médullaire** : c'est un défaut de fonction de la moelle osseuse. Elle ne produit plus de cellules sanguines. Elle est souvent secondaire à des traitements comme la chimiothérapie anti-cancéreuse.
- **Ascite** : Accumulation de liquide dans l'abdomen, au niveau de l'espace entouré par le péritoine, la cavité péritonéale.
- **Autogreffe** : le patient est à la fois donneur et receveur : autogreffe de moelle osseuse.
- **Épithélium** : tissu formé de cellules en une ou plusieurs couches et qui sert de revêtement aux organes : la peau est recouverte par un épithélium ; le tube digestif, les bronches, le nez, la bouche sont tapissés par un épithélium ; de même la rate, le foie, les ovaires, ... sont recouverts par ce tissu cellulaire.

- **Follicule** : c'est un kyste naturel qui se trouve dans l'ovaire et à la surface de l'ovaire qui contient les ovocytes (ovules). Il évolue jusqu'à l'ovulation pendant la première partie du cycle menstruel où il expulse l'ovocyte, puis il va se dégrader en corps jaune dans la seconde partie du cycle.
- **Hémopéritoine** : présence de sang dans la cavité péritonéale
- **Laparotomie** : opération chirurgicale dont la technique est d'ouvrir l'abdomen et le péritoine.
- **Oestro-progestatifs** : c'est une classe de médicaments qui contient soit des oestrogènes soit des progestatifs soit les deux. La pilule et les Traitements Hormonaux substitutifs (THS) sont des traitements oestro-progestatifs.
- **Ovule** : c'est la cellule qui est expulsée d'un follicule ovarien au moment de l'ovulation.
- **Péritoine** : c'est une grande poche située dans l'abdomen et qui contient dans ses replis les organes de l'abdomen ainsi que les ovaires : on dit que ces organes sont intra-péritonéaux, ils sont dans la cavité péritonéale. Les organes qui ne sont pas dans la cavité péritonéale sont extra-péritonéaux.

• Adresses utiles

- **Ligue Nationale contre le cancer**
Site : <http://www.ligue-cancer.net/>
Cancer info service : 10 810 821 (prix appel local)
- **Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer**
Site : <http://www.fnclcc.fr/>

• Pour en savoir plus

- *Comprendre le cancer de l'ovaire*, guide d'information et de dialogue à l'usage des patientes et de leurs proches, disponible à la Ligue Nationale contre le Cancer, Tel 01 53 55 24 00.
- Pr D. K. Tran, *Les cancers de l'ovaire*, Impact Médecin Heddo n° 477, 28 janvier 2000.
- Pr Alain Brémond, *Tumeurs de l'ovaire*, La Revue du Praticien, 2002, 52.

• Testez vos connaissances

1°) Une tumeur de l'ovaire est un cancer ?

Oui Non

2°) Les kystes fonctionnels sont toujours opérés ?

Oui Non

3°) On peut prévenir le cancer de l'ovaire ?

Oui Non

4°) Les cancers de l'ovaire sont toujours héréditaires

Oui Non

Réponses :

- 1°/Non - 2°/Non - 3°/Non - 4°/Non