

# Les traitements du cancer invasif du col de l'utérus

COLLECTION  
GUIDES PATIENTS

LE COL DE L'UTÉRUS

LE CHOIX DES TRAITEMENTS

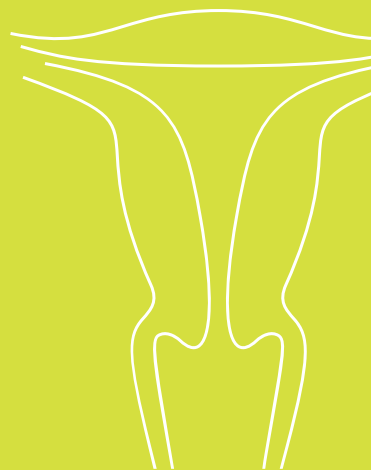
LA CHIRURGIE

LA RADIOTHÉRAPIE

LA CHIMIOTHÉRAPIE

LES PROFESSIONNELS

LA VIE QUOTIDIENNE



L'Institut National du Cancer est l'agence nationale sanitaire et scientifique chargée de coordonner la lutte contre le cancer en France.

Ce guide a été publié en juin 2011 avec le soutien financier de la Ligue nationale contre le cancer.



CE DOCUMENT S'INSCRIT DANS LA MISE  
EN ŒUVRE DU PLAN CANCER 2009-2013.

## Mesure 19

**Action 19.5** : Rendre accessible aux patients une information de référence sur les cancers afin d'en faire des acteurs du système de soins.

Ce document doit être cité comme suit : © *Les traitements du cancer invasif du col de l'utérus*, collection Guides patients Cancer info, INCa, juin 2011.

Il peut être reproduit ou diffusé librement pour un usage personnel et non destiné à des fins commerciales ou pour des courtes citations. Pour tout autre usage, il convient de demander l'autorisation auprès de l'INCa en remplissant le formulaire de demande de reproduction disponible sur le site [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr) ou auprès du département communication institutionnelle de l'INCa à l'adresse suivante : [diffusion@institutcancer.fr](mailto:diffusion@institutcancer.fr)



Vous avez appris que vous avez un cancer du col de l'utérus. La survenue de cette maladie provoque d'importants bouleversements. Elle s'accompagne aussi sans doute de nombreuses questions. En essayant d'y répondre concrètement, ce guide a pour objectif de vous accompagner dans la période des traitements qui commence.

Il explique les traitements qui peuvent vous être proposés, la façon dont ils sont choisis, leurs buts, leur déroulement, leurs effets secondaires. Il décrit le rôle des différents professionnels que vous rencontrez. Il aborde aussi les conséquences immédiates de la maladie sur la vie quotidienne : activité professionnelle, aides à domicile, mise en ALD (affection longue durée), soutien psychologique, rôle des proches...

Enfin, un glossaire définit les mots que vous entendrez peut-être au cours de vos traitements. Ils sont identifiés par un astérisque (\*) dans le texte.

Toutes les informations médicales sont issues des recommandations de bonne pratique en vigueur et ont été validées par des spécialistes du cancer du col de l'utérus.

Ce guide présente la prise en charge des formes invasives des cancers du col de l'utérus. Les traitements des lésions précancéreuses et des formes précoces de cancers, dites aussi cancers *in situ*, ne sont pas développés.

Les informations proposées ici peuvent ne pas correspondre précisément à votre situation qui est unique et connue de vous seule et des médecins qui vous suivent. Elles décrivent les situations et les techniques les plus couramment rencontrées, mais n'ont pas valeur d'avis médical. Ces informations sont destinées à faciliter vos échanges avec les médecins et l'ensemble des membres de l'équipe soignante. Ce sont vos interlocuteurs privilégiés ; n'hésitez pas à leur poser des questions.

Pour obtenir des informations sur le suivi et la vie après les traitements du cancer du col de l'utérus, vous pouvez vous rendre sur [www.e-cancer.fr/cancer-info](http://www.e-cancer.fr/cancer-info).



## Points clés

- Un cancer du col de l'utérus est une **maladie des cellules de la muqueuse du col de l'utérus**. Dans la très grande majorité des cas, c'est le *papillomavirus* humain ou HPV, un virus qui se transmet par voie sexuelle, qui est à l'origine de la maladie. Très fréquent, ce virus disparaît la plupart du temps naturellement. Parfois, il persiste au niveau de la muqueuse du col de l'utérus et, avec le temps, il peut en modifier les cellules créant des lésions dites précancéreuses. Ces lésions peuvent disparaître spontanément, persister ou évoluer progressivement, d'abord vers une forme précoce de cancer, appelée cancer *in situ*, puis, vers une forme plus avancée, appelée cancer invasif.
- **Chaque cancer est unique** et se définit notamment en fonction du type de cellules impliquées (type histologique), de la profondeur de la tumeur dans la muqueuse, de son extension aux organes voisins ou aux ganglions lymphatiques proches et de son extension à des organes éloignés (métastases à distance).
- **Le choix des traitements est adapté à votre situation**. Lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire, plusieurs médecins de spécialités différentes se réunissent pour discuter des meilleurs traitements possibles dans votre cas. Ils se basent pour cela sur des recommandations de bonne pratique. Ils peuvent également vous proposer de participer à un essai clinique.
- La prise en charge du cancer invasif du col de l'utérus peut faire appel, selon le stade de la maladie, à la chirurgie, la radiothérapie externe, la curiethérapie et la chimiothérapie, utilisées seules ou associées.
  - **La chirurgie** est principalement utilisée pour traiter des tumeurs limitées au col de l'utérus et de moins de 4 centimètres. L'enjeu est de retirer la totalité de la tumeur et de limiter le risque de récurrence. La chirurgie consiste le plus souvent en l'ablation de l'utérus, de certains tissus et organes voisins et des ganglions lymphatiques.

- Dans des situations particulières, une chirurgie dite conservatrice peut être proposée aux femmes jeunes qui souhaitent avoir des enfants. L'intervention consiste alors à retirer uniquement le col de l'utérus afin de conserver l'utérus.
  - Quelle que soit l'intervention pratiquée, la tumeur et l'ensemble des tissus retirés font l'objet d'un **examen anatomopathologique**. Cet examen permet de préciser l'étendue de la maladie et de décider si un traitement complémentaire est nécessaire après la chirurgie.
  - La radiothérapie externe, la chimiothérapie et la curiethérapie sont souvent utilisées en association au cours d'un traitement appelé **radiochimiothérapie concomitante**. C'est le traitement de référence des tumeurs limitées au col de l'utérus dont la taille est supérieure à 4 centimètres ou qui se sont propagées au-delà du col de l'utérus et ont atteint les structures et les organes voisins situés dans le pelvis. L'enjeu est d'éliminer la totalité de la tumeur, ainsi que les cellules cancéreuses qui se sont propagées. Parfois, une chirurgie est proposée en complément.
- Les traitements sont susceptibles d'engendrer des **effets secondaires** qui font également l'objet d'une prise en charge médicale.
  - **Votre prise en charge est globale** et comprend par ailleurs tous les soins et soutiens complémentaires dont vous pourriez avoir besoin pendant et après les traitements tels qu'un soutien psychologique pour vous et vos proches ou un accompagnement social.
  - L'équipe spécialisée qui vous prend en charge est constituée de **professionnels de différentes spécialités**: gynécologue, chirurgien, pathologiste, oncologue radiothérapeute, oncologue médical, radiologue, psychologue, spécialiste de la douleur, infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute, diététicien, assistant social... Ces professionnels travaillent en collaboration au sein de l'établissement de santé dans lequel vous recevez vos traitements et **en lien avec votre médecin traitant**.



## Sommaire

---

<b>1.</b>	<b>Un cancer du col de l'utérus, qu'est-ce que c'est ?</b>	<b>9</b>
1.1	Le col de l'utérus	9
1.2	Le développement d'un cancer du col de l'utérus	11
<b>2.</b>	<b>Les traitements du cancer du col de l'utérus</b>	<b>15</b>
2.1	Le choix de vos traitements	15
2.2	Les traitements possibles en fonction de l'étendue du cancer	17
2.3	Participer à un essai clinique	20
2.4	La prise en charge de la qualité de vie	21
<b>3.</b>	<b>La chirurgie</b>	<b>25</b>
3.1	Comment se préparer à l'intervention ?	25
3.2	Les voies d'abord ou comment accéder à la tumeur ?	26
3.3	En quoi consiste l'intervention ?	27
3.4	Que se passe-t-il après l'intervention ?	29
3.5	Quels sont les effets secondaires possibles ?	30
<b>4.</b>	<b>La radiothérapie</b>	<b>33</b>
4.1	Dans quels cas une radiothérapie est-elle indiquée ?	34
4.2	La radiothérapie externe	35
4.3	La curiethérapie	37
4.4	Quels sont les effets secondaires possibles ?	40
<b>5.</b>	<b>La chimiothérapie</b>	<b>45</b>
5.1	Dans quels cas une chimiothérapie est-elle indiquée ?	46
5.2	Quels sont les médicaments anticancéreux utilisés ?	46
5.3	Comment se déroule la chimiothérapie en pratique ?	47
5.4	Quels sont les effets secondaires possibles ?	48
<b>6.</b>	<b>Les modalités de la radiochimiothérapie concomitante</b>	<b>55</b>

---

<b>7.</b>	<b>Les professionnels et leur rôle</b>	<b>57</b>
<b>8.</b>	<b>Questions de vie quotidienne</b>	<b>61</b>
	8.1 Qu'est-ce que l'ALD ?	61
	8.2 La vie professionnelle pendant les traitements	62
	8.3 Les aides à domicile	62
	8.4 Bénéficier d'un soutien psychologique	63
	8.5 Les proches	64
<b>9.</b>	<b>Ressources utiles</b>	<b>65</b>
	9.1 La plateforme Cancer info	65
	9.2 Les associations	67
<b>10.</b>	<b>Glossaire</b>	<b>69</b>
<hr/>		
	Annexe : Les examens du bilan diagnostique	74
	Méthode et références	78
<hr/>		





# 1. Un cancer du col de l'utérus, qu'est-ce que c'est ?

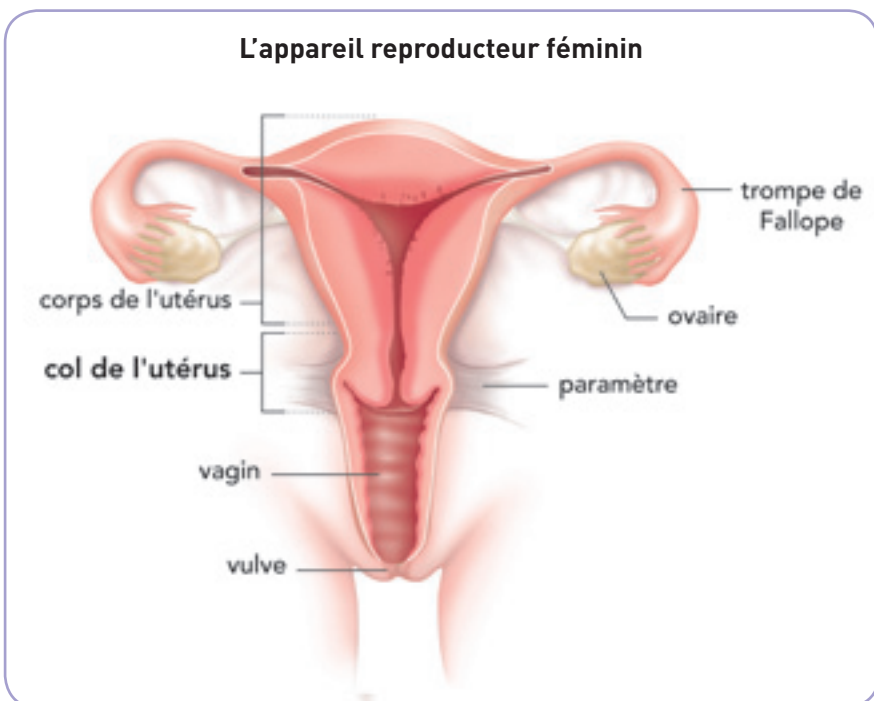
## LE COL DE L'UTÉRUS

### LE DÉVELOPPEMENT D'UN CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Un cancer du col de l'utérus est une maladie de la muqueuse du col de l'utérus, autrement dit du tissu qui le recouvre. Il se développe à partir d'une cellule initialement normale qui se transforme et se multiplie de façon anarchique.

## 1.1 LE COL DE L'UTÉRUS

Partie centrale de l'appareil reproducteur de la femme, l'utérus est un muscle creux en forme d'entonnoir dont la partie haute et large constitue le corps de l'utérus et la partie basse et étroite, le col de l'utérus.



## QUELLE EST LA FONCTION DU COL DE L'UTÉRUS ?

**G**âce aux glandes de sa muqueuse, le col de l'utérus sécrète en permanence un mucus, appelé glaire cervicale. Celle-ci permet la lubrification du vagin et constitue une barrière de protection de l'utérus contre les infections. La glaire cervicale a par ailleurs un rôle primordial dans la reproduction. Pendant une grande partie du cycle menstruel de la femme, elle est épaisse et bloque le passage des spermatozoïdes. Au moment de l'ovulation, elle devient très fluide pour faciliter leur déplacement du vagin vers l'utérus, à la rencontre de l'ovule expulsé par l'ovaire.

Le col de l'utérus joue aussi un rôle important lors de la grossesse et de l'accouchement. Pendant la grossesse, il est contracté pour maintenir le fœtus à l'intérieur de l'utérus. Lors de l'accouchement, il s'ouvre (on dit qu'il se dilate) pour permettre le passage du bébé.

Point de communication entre l'utérus et le vagin, le col de l'utérus mesure environ 2 centimètres de long et comprend deux parties :

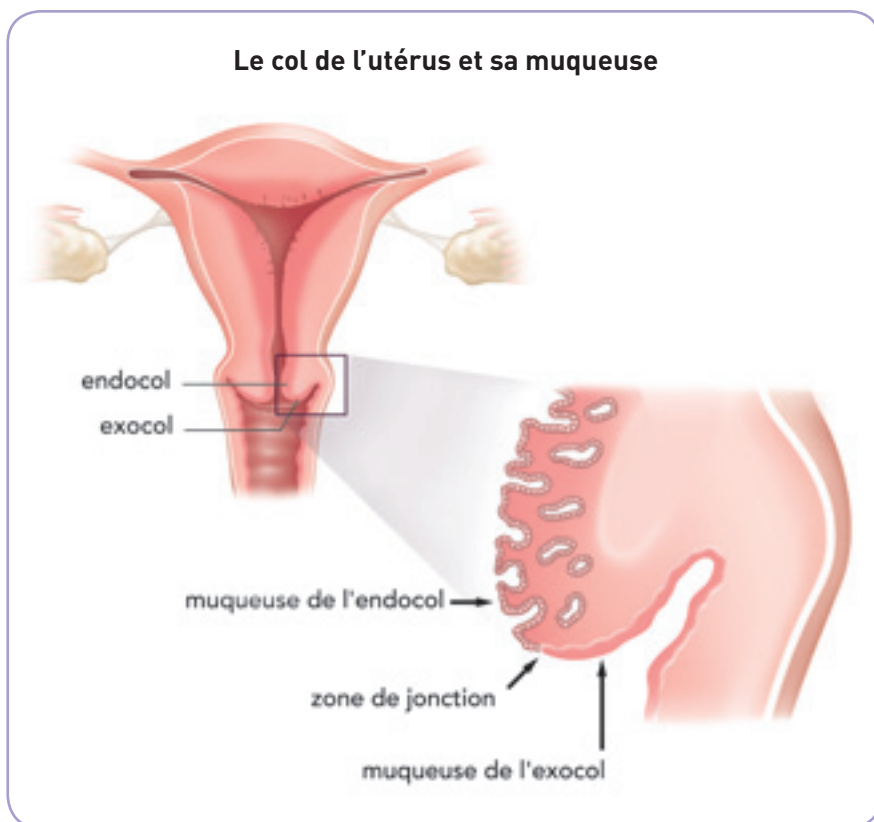
- une partie haute, appelée endocol ou canal endocervical, située du côté du corps de l'utérus ;
- une partie basse, appelée exocol. Situé du côté du vagin, l'exocol est visible à l'œil nu lors de l'examen gynécologique.

À la limite de l'endocol et de l'exocol, se trouve la zone de jonction. C'est ici que prennent naissance la plupart des cancers.

Le col de l'utérus est entièrement recouvert d'une muqueuse, composée d'un tissu de surface appelé épithélium et d'un tissu conjonctif en profondeur. La frontière entre les deux tissus est appelée membrane basale.

Au niveau de l'endocol, l'épithélium contient des glandes qui produisent un mucus (épithélium glandulaire). Au niveau de l'exocol, l'épithélium est semblable à celui de l'épiderme de la peau (épithélium malpighien).

La quasi-totalité des cancers du col de l'utérus sont des carcinomes, c'est-à-dire des tumeurs qui naissent au niveau de l'épithélium. Environ 15% sont des adénocarcinomes qui se développent à partir de l'épithélium de l'endocol. Pour 85% d'entre eux, ce sont des carcinomes épidermoïdes : ils se développent à partir de l'épithélium de l'exocol.



## 1.2 LE DÉVELOPPEMENT D'UN CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Dans la très grande majorité des cas, le cancer du col de l'utérus est dû à une famille de virus qui se transmettent par voie sexuelle: les *papillomavirus* humains ou HPV. L'infection par ce virus est fréquente puisqu'elle touche 9 personnes sur 10 et, le plus souvent, sans conséquence puisqu'elle disparaît spontanément.

Cependant, il arrive que le virus persiste pendant plusieurs années au niveau du col de l'utérus. Il peut alors provoquer des lésions dites précancéreuses qui se traduisent par des modifications des cellules de l'épithélium: on parle de **dysplasies ou de néoplasies cervicales intra-épithéliales (CIN)**. Ces lésions peuvent évoluer de différentes

manières: elles peuvent disparaître spontanément, persister ou se transformer en cancer.

Le passage d'une lésion précancéreuse au cancer s'opère lorsque les cellules transformées ont totalement envahi l'épaisseur de l'épithélium.

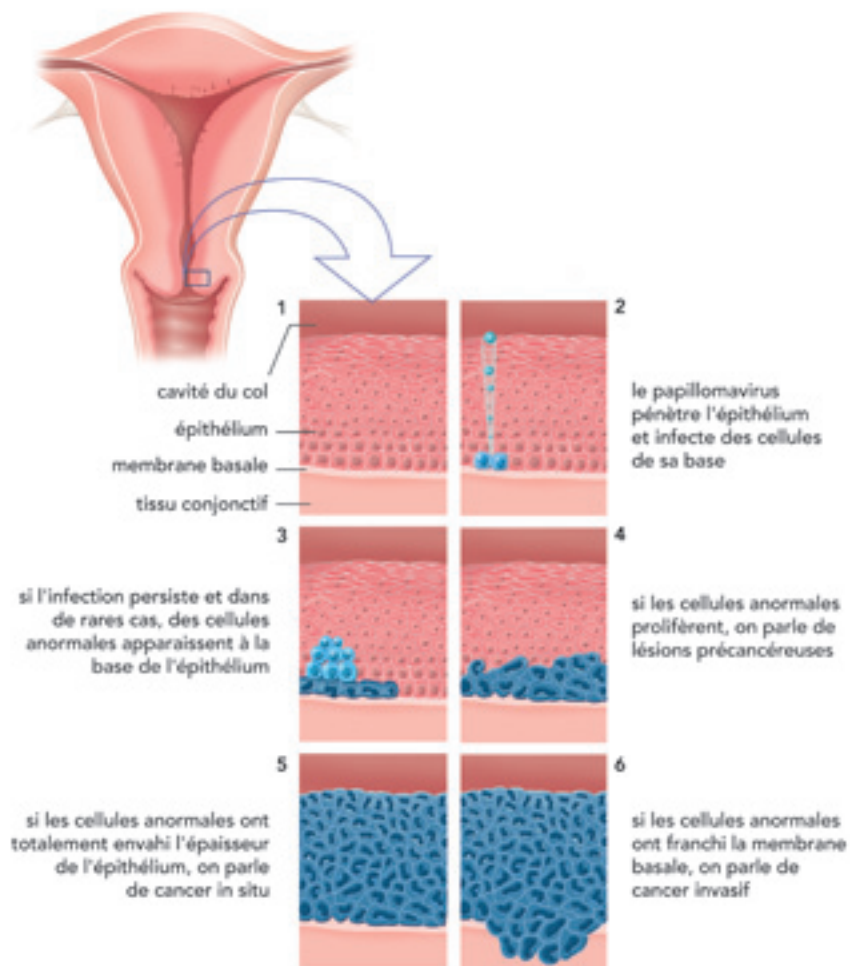
Si ces cellules n'ont pas franchi la membrane basale, on parle de **cancer *in situ***. Ce cancer très précoce ainsi que les lésions précancéreuses sont en général facilement détectables en réalisant des frottis\* réguliers. Le diagnostic de ces lésions est confirmé par biopsie (prélèvement d'un échantillon de tissu) ou par conisation. Cette opération chirurgicale simple consiste à découper en forme de cône la partie du col atteinte et à la retirer. Si l'examen du fragment enlevé confirme que toutes les cellules cancéreuses ont été retirées, le suivi repose uniquement sur une surveillance régulière.

En revanche, si les cellules transformées ont franchi la membrane basale, la tumeur\* s'étend plus profondément dans la muqueuse, on parle alors de **cancer invasif**. Le cancer peut s'étendre au-delà de l'utérus et envahir les organes voisins: le vagin, les paramètres (tissus qui soutiennent l'utérus), la vessie, le rectum. Des cellules cancéreuses peuvent également se détacher de la tumeur et emprunter les vaisseaux lymphatiques\* ou sanguins pour aller envahir d'autres parties du corps comme les ganglions lymphatiques\* proches ou encore les poumons ou, plus rarement, le foie ou le péritoine\*, où elles forment des métastases\*.

Au moment du diagnostic, les médecins étudient l'étendue du cancer afin de proposer le ou les traitements les mieux adaptés.

Ce guide est consacré à la prise en charge des cancers invasifs du col de l'utérus, c'est-à-dire des cancers qui ont franchi la membrane basale. Les chapitres suivants présentent les traitements proposés dans ce cas.

## Le développement du cancer du col de l'utérus



## QUELQUES CHIFFRES

Le nombre estimé de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus en France s'élève à près de 3 000 en 2010, ce qui place le cancer du col de l'utérus au 11<sup>e</sup> rang des cancers chez la femme. C'est autour de 40 ans que ce cancer est le plus souvent diagnostiqué. Il se développe en moyenne en 10 à 15 ans après l'infection persistante par le *papillomavirus*. Depuis 20 ans, le dépistage des lésions précancéreuses par la réalisation régulière d'un frottis a permis de diminuer de moitié le nombre des nouveaux cas, ainsi que le nombre des décès.

## EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

---

**Où le cancer est-il situé exactement ?**

**Connait-on son étendue ?**

**Quelle est sa gravité ?**

**Quelles sont les solutions de traitement ?**

## 2. Les traitements du cancer du col de l'utérus

LE CHOIX DE VOS TRAITEMENTS

LES TRAITEMENTS POSSIBLES EN FONCTION DE L'ÉTENDUE DU CANCER

PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE

LA PRISE EN CHARGE DE LA QUALITÉ DE VIE

---

Trois types de traitements sont utilisés pour traiter les cancers invasifs du col de l'utérus : la chirurgie, la radiothérapie (radiothérapie externe et curiethérapie) et la chimiothérapie. Ces traitements peuvent être utilisés seuls ou associés les uns aux autres. Ils ont pour objectif, selon les cas :

- de supprimer la tumeur\* et/ou les métastases\* ;
- de réduire le risque de récidive\* ;
- de ralentir le développement de la tumeur ou des métastases ;
- de traiter les symptômes engendrés par la maladie.

La chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie du cancer du col de l'utérus doivent être réalisées dans un établissement qui dispose d'une autorisation pour traiter les cancers gynécologiques (liste des établissements autorisés par région disponible sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)).

### 2.1 LE CHOIX DE VOS TRAITEMENTS

---

#### **Le choix de vos traitements est adapté à votre cas personnel**

Le choix de vos traitements dépend des caractéristiques du cancer dont vous êtes atteinte : l'endroit où il est situé, son type histologique, c'est-à-dire le type de cellules impliquées, et son stade, c'est-à-dire son degré d'extension. Ces caractéristiques sont déterminées grâce aux examens du bilan diagnostique (voir en annexe le tableau « Les examens du bilan diagnostique », page 74). Votre âge, vos antécédents médicaux et chirurgicaux, votre état de santé global, ainsi que vos souhaits et notamment votre désir éventuel d'enfant sont également pris en compte.

## **Le choix de vos traitements fait l'objet d'une concertation pluridisciplinaire**

La prise en charge de votre cancer relève de plusieurs spécialités médicales. Votre situation est donc discutée au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Cette réunion rassemble au moins trois médecins de spécialités différentes: gynécologue, chirurgien, pathologiste, oncologue radiothérapeute, oncologue médical, radiologue... (voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 57).

En tenant compte des spécificités de votre situation et en s'appuyant sur des outils d'aide à la décision appelés recommandations\*, les médecins établissent une proposition de traitement. La proposition de traitement peut aussi entrer dans le cadre d'un essai clinique\*.

## **Le choix de vos traitements est déterminé en accord avec vous**

Cette proposition de traitement est ensuite discutée avec vous lors d'une consultation spécifique, appelée consultation d'annonce. Lors de cette consultation, le médecin qui vous prend en charge vous explique les caractéristiques de votre maladie, les traitements proposés, les bénéfices attendus et les effets secondaires possibles.

Cette consultation est importante. Vous pouvez vous faire accompagner par l'un de vos proches. Prenez le temps de poser toutes vos questions afin de vous assurer que vous avez compris les informations reçues.

Lorsque vous avez donné votre accord sur la proposition de traitement, ses modalités sont décrites dans un document appelé programme personnalisé de soins (PPS). Il comporte les dates de vos différents traitements, leur durée, ainsi que les coordonnées des membres de l'équipe soignante. Ce document vous est remis et un exemplaire est transmis à votre médecin traitant. Le programme personnalisé de soins peut évoluer au fur et à mesure de votre prise en charge en fonction de votre état de santé et de vos réactions aux traitements.

Après cette consultation avec le médecin, une consultation avec un autre membre de l'équipe soignante, le plus souvent une infirmière, vous est proposée, à vous et à vos proches. Vous pouvez ainsi revenir



sur les informations qui vous ont été données par le médecin, vous les faire expliquer à nouveau ou poser d'autres questions. L'infirmière évalue aussi vos besoins en soins et soutiens complémentaires (sur le plan social ou psychologique par exemple) et vous oriente si besoin vers les professionnels concernés.

À chaque étape, vous pouvez être accompagnée par un proche ou la personne de confiance que vous avez choisie. La personne de confiance est la personne que le patient désigne, par écrit et s'il le souhaite, lors de son entrée à l'hôpital et qui sera consultée s'il se trouve dans l'incapacité de recevoir des informations sur son état de santé et d'exprimer sa volonté. Ce peut être un membre de la famille ou une personne extérieure. À tout moment, le patient peut modifier son choix.

## 2.2 LES TRAITEMENTS POSSIBLES EN FONCTION DE L'ÉTENDUE DU CANCER

---

Le choix et l'ordre des traitements dépendent notamment de l'étendue du cancer au moment du diagnostic, autrement dit de son stade.

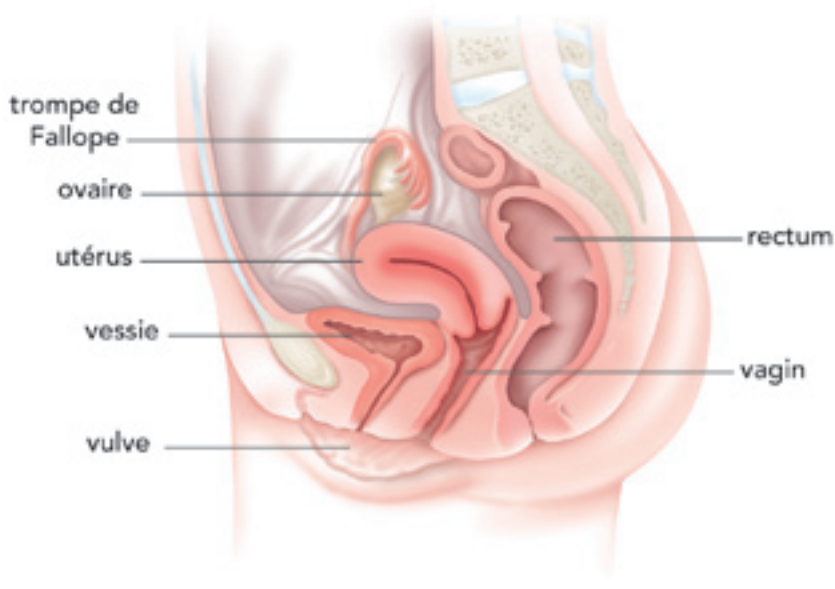
Pour définir le stade d'un cancer du col de l'utérus, les médecins prennent en compte la taille de la tumeur, sa profondeur dans la muqueuse du col, son extension éventuelle aux structures ou aux organes voisins ainsi que son extension éventuelle sous forme de métastases dans des parties du corps ou des organes plus éloignés.

Ces critères permettent de définir quatre stades, numérotés de I à IV :

- stade I: la tumeur est strictement limitée au col de l'utérus ;
- stade II: la tumeur s'est étendue localement au-delà du col, à la partie supérieure du vagin ou aux paramètres\* ;
- stade III: la tumeur a envahi le vagin dans sa totalité et/ou elle s'est étendue à la paroi du pelvis\* et/ou elle bloque un uretère (canal qui conduit l'urine du rein à la vessie) ce qui provoque un gonflement du rein, voire l'empêche de fonctionner ;
- stade IV: la tumeur s'est étendue jusqu'à la vessie ou au rectum ou bien elle s'est propagée au-delà de la cavité du pelvis et a formé des métastases dans des organes éloignés (poumons, foie, péritoine\*).

Cette classification des cancers du col de l'utérus a été élaborée par la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO). C'est la classification la plus utilisée.

### L'appareil reproducteur féminin et les organes voisins du pelvis (vue de profil)



Outre le stade ainsi défini, l'atteinte ou non des ganglions lymphatiques\* par des cellules cancéreuses est également un facteur important dans le choix des traitements. Les ganglions susceptibles d'être touchés sont ceux qui sont situés dans la région de l'utérus, c'est-à-dire dans le pelvis (ganglions pelviens), et dans la partie supérieure de l'abdomen appelée région lombo-aortique (ganglions lombo-aortiques).

Le tableau ci-après présente les possibilités de traitements en fonction de l'étendue du cancer au moment du diagnostic.

Étendue de la maladie au moment du diagnostic	Possibilités de traitement
<p>La tumeur est limitée au col de l'utérus et de petite taille (invisible à l'œil nu, observable uniquement au microscope).</p>	<p>Après examen du fragment de col retiré par <u>conisation*</u> ayant permis de porter le diagnostic, deux options sont possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ une <b>surveillance simple</b> si les marges du fragment retiré sont saines, autrement dit si la totalité de la tumeur a été enlevée lors de la conisation, et si la patiente souhaite conserver son utérus ;</li> <li>■ une <b>chirurgie</b>, dans le cas contraire.</li> </ul> <p>Elle consiste à retirer l'utérus (hystérectomie) et, parfois, les paramètres et les ganglions lymphatiques du pelvis. Une chirurgie dite conservatrice peut être proposée, dans certains cas, pour préserver l'utérus et permettre une grossesse ultérieure. Le chirurgien ne retire alors que le col de l'utérus (trachélectomie), ainsi que les ganglions lymphatiques pelviens.</p> <p>Si les ganglions pelviens sont envahis par des cellules cancéreuses, une radiochimiothérapie concomitante est réalisée en complément.</p>
<p>La tumeur est limitée au col de l'utérus et directement visible à l'œil nu lors de l'examen gynécologique, mais de taille inférieure à 4 centimètres.</p>	<p>Les trois options sont la chirurgie, la radiochirurgie et la radiothérapie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ La <b>chirurgie</b> consiste le plus souvent à retirer l'utérus, le tiers supérieur du vagin et les paramètres (colpo-hystérectomie élargie) ainsi que les ovaires et les ganglions lymphatiques pelviens.</li> </ul> <p>Parfois, en fonction des caractéristiques de la tumeur, une chirurgie conservatrice peut être proposée.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ La <b>radiochirurgie</b> repose sur une curiethérapie suivie d'une colpo-hystérectomie élargie.</li> <li>■ Une <b>radiothérapie</b> qui associe une radiothérapie externe et une curiethérapie peut être proposée en cas de contre-indication à la chirurgie.</li> </ul> <p>Suite à une chirurgie ou une radiochirurgie, si les ganglions pelviens ou les marges de la pièce opératoire contiennent des cellules cancéreuses, une radiochimiothérapie concomitante est réalisée en complément.</p>

Étendue de la maladie au moment du diagnostic	Possibilités de traitement
<p>La tumeur est limitée au col de l'utérus et de taille supérieure à 4 centimètres ou elle s'est propagée au-delà du col (vagin, paramètres, vessie, rectum).</p>	<p>Le traitement de référence est la <b>radiochimiothérapie concomitante</b>. Elle associe une radiothérapie externe, une chimiothérapie et une curiethérapie.</p> <p>Avant ce traitement, une recherche est effectuée pour déterminer si les ganglions, en particulier ceux de la région lombo-aortique, sont envahis par des cellules cancéreuses. L'objectif est de déterminer précisément la région à irradier (pelvis seul ou pelvis et région lombo-aortique). Cette étude des ganglions se fait à partir des examens d'imagerie et/ou à partir d'une chirurgie qui consiste à retirer les ganglions pelviens et/ou lombo-aortiques (lymphadénectomie pelvienne et/ou lombo-aortique).</p> <p>Si un traitement par radiochimiothérapie n'est pas réalisable, une radiothérapie seule peut être proposée.</p> <p>Parfois, une chirurgie de l'utérus (voire plus étendue) peut être réalisée en complément de la radiochimiothérapie concomitante.</p>
<p>Le cancer a envahi des organes éloignés, sous la forme d'une ou plusieurs métastases.</p>	<p>Le traitement repose sur <b>une chimiothérapie et/ou une radiothérapie</b> (le plus souvent externe).</p>

## 2.3 PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE

L'équipe médicale peut vous proposer de participer à un essai clinique. Les essais cliniques sont des études scientifiques menées avec des patients. Leur objectif est de rechercher de meilleures modalités de prise en charge du cancer, notamment en termes de traitement ou de qualité de vie.

Le cancer du col de l'utérus fait l'objet d'études qui visent notamment :

- à tester de nouveaux médicaments anticancéreux (chimiothérapie ou thérapie ciblée\*) ou de nouvelles associations de médicaments ;
- à tester d'autres traitements (nouvelles techniques chirurgicales, immunothérapie\*) ;
- à évaluer différentes façons d'utiliser les traitements existants, notamment pour améliorer leur efficacité ou réduire leurs effets secondaires ;
- à comparer l'efficacité de différentes techniques de diagnostic (techniques d'imagerie médicale notamment) ou de dépistage.

Chaque essai clinique a un objectif précis et les patients qui y participent doivent répondre à un certain nombre de critères propres à chaque essai. Un essai clinique est proposé lorsqu'il est adapté à la situation du patient.

Les essais cliniques sont indispensables pour faire progresser la recherche. C'est grâce à ces études que des avancées sont sans cesse réalisées en matière de traitements contre les cancers. En outre, un essai clinique peut vous permettre de bénéficier d'un nouveau traitement.

Si le traitement administré dans le cadre de l'essai clinique ne vous convient pas, le médecin peut décider d'y mettre fin et vous proposer un autre traitement. À tout moment, vous pouvez également décider, de vous-même, de quitter un essai clinique et de bénéficier d'un des traitements de référence.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter le guide Cancer info *Les essais cliniques en cancérologie : les réponses à vos questions*. Pour connaître les essais cliniques en cours sur le cancer du col de l'utérus, consultez le registre des essais cliniques sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)

## 2.4 LA PRISE EN CHARGE DE LA QUALITÉ DE VIE

---

Votre prise en charge est globale. En plus des traitements spécifiques du cancer du col de l'utérus, des soins et soutiens complémentaires peuvent être nécessaires pour traiter les conséquences de la maladie

et de ses traitements : douleurs, fatigue, troubles alimentaires, besoin de soutien psychologique, problèmes sociaux...

Ces soins, appelés soins de support, sont assurés par l'équipe de soins qui vous prend en charge. Elle peut faire appel, en fonction de vos besoins, à d'autres professionnels spécialisés (spécialiste de la douleur, assistant social, diététicien, psychologue, kinésithérapeute, socio-esthéticienne, etc.). Voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 57.

Les soins de support comprennent notamment :

- la prise en charge des effets secondaires des traitements ;
- l'évaluation et le traitement de la douleur, qu'elle soit due au cancer ou aux traitements du cancer (douleur consécutive à une chirurgie par exemple) ;
- la possibilité pour vous et vos proches de rencontrer un psychologue ;
- la possibilité de rencontrer un assistant social pour vous aider dans vos démarches administratives.

Les soins de support font partie intégrante de votre prise en charge. Ils ne sont ni secondaires, ni optionnels. Ils visent à vous assurer la meilleure qualité de vie possible. N'hésitez pas à parler à votre médecin et aux autres membres de l'équipe de soins de la façon dont vous vivez la maladie et les traitements. Cela leur permet de vous apporter les soins et soutiens nécessaires, et de vous orienter au mieux.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter les guides *Douleur et cancer*, *Fatigue et cancer*, *Démarches sociales et cancer*, *Vivre pendant et après un cancer*.

## QUE PENSER DES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES ?

**H**oméopathie, plantes, vitamines, acupuncture, massages, ostéopathie, relaxation... De nombreux patients ont recours à des médecines complémentaires, appelées aussi médecines douces, parallèles ou alternatives. Ils en attendent souvent un soutien supplémentaire pour mieux supporter les traitements et leurs effets secondaires tels que la fatigue ou l'anxiété.

Si ces médecines peuvent soulager, elles ne peuvent en aucun cas remplacer les traitements habituels du cancer. Certaines peuvent avoir des effets secondaires ou interagir avec les traitements prescrits par le médecin qui vous prend en charge pour votre cancer. Il est important d'en parler avec lui.

## EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

---

***Quels sont les traitements préconisés dans ma situation ?***

***Pourquoi ?***

***Quels sont les objectifs de chacun de ces traitements ?***

***Quels en sont les effets secondaires ? Comment les prévenir/les soulager ?***

***Où et quand se déroulent les traitements ? Avec quels médecins/équipes médicales ?***

***Quelle est leur durée ?***

***Comment suis-je suivie pendant les traitements ? Qui puis-je contacter ?***





## 3. La chirurgie

COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?

LES VOIES D'ABORD OU COMMENT ACCÉDER À LA TUMEUR ?

EN QUOI CONSISTE L'INTERVENTION ?

QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ?

QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

La chirurgie est principalement utilisée pour traiter les tumeurs limitées au col de l'utérus, c'est-à-dire qui ne se sont pas propagées au-delà. La chirurgie a pour but de supprimer la totalité de la tumeur et d'éliminer le risque de récurrence. Pour cela, elle consiste le plus souvent à retirer l'utérus et le réseau de ganglions lymphatiques situés à proximité de l'utérus. Plusieurs types d'interventions existent. Le choix dépend de l'étendue précise du cancer. Mais votre âge et votre désir éventuel d'enfant peuvent aussi influencer ce choix.

L'intervention doit être réalisée par un chirurgien expérimenté en chirurgie des cancers du col de l'utérus et qui exerce dans un établissement autorisé pour la pratique de la chirurgie des cancers gynécologiques (liste des établissements autorisés par région disponible sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)).

### 3.1 COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?

Deux consultations sont programmées quelques jours avant l'intervention.

#### La consultation avec le chirurgien

Le chirurgien vous explique les objectifs de l'opération, la technique qu'il va utiliser, les suites et les complications possibles. Cette consultation est l'occasion de poser toutes vos questions au sujet de l'intervention. Elle vous permet notamment d'aborder les solutions éventuellement possibles, selon votre situation, pour préserver votre fertilité et envisager une grossesse, ainsi que les risques associés.

Lors de cette consultation, le chirurgien peut vous demander de signer un consentement afin qu'un échantillon de la tumeur soit conservé après l'opération dans une tumorotheque (bibliothèque de tumeurs) en vue de recherches ultérieures.

### La consultation avec l'anesthésiste

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. La consultation avec l'anesthésiste permet d'évaluer les risques liés à l'anesthésie, en prenant en compte vos antécédents médicaux et chirurgicaux.

Il est important de signaler tout problème de santé, notamment les allergies (rhume des foins, médicaments, etc.), les problèmes respiratoires (asthme, bronchite chronique), les problèmes cardiaques (hypertension par exemple), les problèmes de coagulation liés à une maladie ou à une prise régulière de médicaments (aspirine, anticoagulants), ainsi que votre consommation d'alcool et de tabac.

Il est prouvé que l'arrêt du tabac quelques semaines avant une intervention réduit les complications postopératoires.

## 3.2 LES VOIES D'ABORD OU COMMENT ACCÉDER À LA TUMEUR ?

Une voie d'abord désigne le chemin utilisé pour accéder à l'organe ou à la zone à opérer. Trois voies d'abord sont utilisées pour opérer un cancer du col de l'utérus : la laparotomie, la coelioscopie et la voie vaginale.

**La laparotomie** consiste à ouvrir l'abdomen. On parle également d'opération à ventre ouvert. Le chirurgien fait soit une incision verticale (souvent du dessous du nombril au pubis) soit une incision horizontale au-dessus du pubis dont la cicatrice peut être cachée par les poils pubiens. La laparotomie permet au chirurgien d'observer et de palper minutieusement la cavité abdominale avant de retirer l'utérus et, si nécessaire, les ganglions lymphatiques proches de l'utérus.

**La coelioscopie** (ou laparoscopie) est une technique chirurgicale plus récente. Elle est aussi appelée opération à ventre fermé. Au lieu d'ouvrir l'abdomen, le chirurgien réalise trois ou quatre petites incisions qui lui permettent d'insérer un système optique, ainsi que des instruments chirurgicaux à l'intérieur du pelvis\* et de l'abdomen. Le système optique est relié à un écran extérieur et le chirurgien opère en visualisant ses gestes à l'écran. La coelioscopie est aussi efficace que

la laparotomie pour enlever l'utérus et les ganglions lymphatiques. Elle présente plusieurs avantages comme diminuer la douleur et les complications après l'intervention, réduire la durée d'hospitalisation ou encore préserver la paroi abdominale avec un bénéfice esthétique (cicatrices de petite taille). La cœlioscopie est de plus en plus souvent utilisée dans la chirurgie des cancers du col de l'utérus.

**La voie vaginale ou voie basse** consiste à accéder à la tumeur par les voies naturelles en passant directement par le vagin. La principale limite de cette voie est l'impossibilité d'enlever les ganglions lymphatiques.

Le choix de la voie d'abord dépend des caractéristiques du cancer (taille et localisation de la tumeur), ainsi que des habitudes et de l'expérience de l'équipe chirurgicale.

### 3.3 EN QUOI CONSISTE L'INTERVENTION ?

---

L'intervention la plus fréquemment réalisée est la **colpo-hystérectomie élargie** aussi appelée intervention de Wertheim. Lors de cette intervention, le chirurgien retire l'utérus, les paramètres\* et la partie supérieure du vagin. Le plus souvent, les ovaires doivent également être retirés. La colpo-hystérectomie élargie est proposée pour traiter les **tumeurs limitées au col de l'utérus et de taille inférieure à 4 centimètres**.

La colpo-hystérectomie élargie peut être précédée d'une curiethérapie réalisée 6 à 8 semaines avant l'intervention. La curiethérapie pré-opératoire permet de réduire la taille de la tumeur pour favoriser son retrait en totalité lors de la chirurgie. Elle nécessite, le plus souvent, une hospitalisation d'environ une semaine.

Par ailleurs, il est souvent nécessaire de retirer les ganglions lymphatiques du pelvis. Cette intervention appelée curage ganglionnaire ou lymphadénectomie pelvienne peut être réalisée avant la chirurgie de l'utérus mais, le plus souvent, elle est réalisée en même temps que la colpo-hystérectomie élargie.

La technique du ganglion sentinelle est en cours d'évaluation. Elle consiste à retirer le ou les ganglions lymphatiques les plus proches

de la tumeur afin de déterminer s'ils ont été envahis par des cellules cancéreuses. Cette technique permettrait d'éviter de retirer la totalité des ganglions lymphatiques du pelvis si ce n'est pas nécessaire.

D'autres interventions peuvent être proposées dans des conditions particulières. Il s'agit de l'hystérectomie et de la trachélectomie.

**L'hystérectomie** consiste à retirer uniquement l'utérus (hystérectomie simple) et aussi, dans certains cas, les paramètres et les ganglions lymphatiques. On parle alors d'hystérectomie élargie. L'hystérectomie élargie a pour objectif d'éviter la propagation des cellules cancéreuses aux ganglions lymphatiques et de réduire le risque de récurrence locale. L'hystérectomie peut être proposée pour traiter **des tumeurs de petite taille limitées au col de l'utérus**.

**La trachélectomie** consiste à retirer uniquement le col de l'utérus et aussi, parfois, la partie supérieure du vagin, les paramètres et les ganglions lymphatiques (trachélectomie élargie). Lorsque le col est retiré, le chirurgien réalise des points de suture particuliers (on parle de cerclage) pour fermer partiellement l'utérus à l'endroit où se trouvait le col. Le nouvel orifice formé permet l'évacuation du sang, de l'utérus vers le vagin, lors des règles.

Cette intervention peut permettre de traiter **certaines tumeurs limitées au col de l'utérus dont la taille ne dépasse pas 2 centimètres, tout en préservant l'utérus**. Cette chirurgie dite conservatrice est une alternative qui peut être proposée aux femmes jeunes qui souhaitent conserver leur fertilité et envisagent une grossesse future. Très délicate, cette intervention est réalisée dans quelques centres spécialisés en France.

#### **CAS PARTICULIERS DES TUMEURS NON LIMITÉES AU COL DE L'UTÉRUS : LA CHIRURGIE EN TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE**

Lorsque la tumeur est de taille supérieure à 4 centimètres ou lorsqu'elle s'est propagée au-delà du col de l'utérus (sans former de métastase à distance), le traitement de référence repose sur une radiochimiothérapie concomitante (voir le chapitre 6, page 55). Cependant, ce traitement peut parfois être complété par une chirurgie. La nécessité de la chirurgie et le type de chirurgie à pratiquer sont discutés au cas par cas lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire.

### 3.4 QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ?

---

#### À votre réveil

Une fois l'intervention terminée, vous êtes amenée en salle de réveil où l'équipe médicale assure votre surveillance, notamment lors de votre réveil de l'anesthésie.

Comme après toute intervention chirurgicale, des douleurs sont fréquentes dans la zone opérée. Elles sont systématiquement traitées, généralement par de la morphine ou l'un de ses dérivés. Si vous n'êtes pas suffisamment soulagée, signalez-le sans tarder à l'équipe médicale afin que le traitement puisse être adapté.

Un ou plusieurs drains ont été mis en place au niveau de la zone opérée pendant l'intervention. Ces tuyaux très fins permettent d'évacuer les liquides (sang, lymphe\*) qui peuvent s'accumuler au cours de la cicatrisation. Ils sont retirés sur décision du chirurgien, souvent vers le quatrième jour suivant l'opération.

Une sonde urinaire a pu également être mise en place pour contrôler le fonctionnement des reins pendant quelques jours.

Enfin, pour éviter une phlébite\*, les médecins vous prescriront un médicament anticoagulant et vous demanderont de vous lever assez rapidement après l'intervention. De plus, le port de bas de contention est fréquemment préconisé.

#### La durée d'hospitalisation

La durée d'hospitalisation est en moyenne de 4 à 5 jours. Elle varie cependant en fonction de l'intervention pratiquée, de la façon dont vous l'avez supportée et de votre état de santé général.

#### Les analyses de la tumeur

L'ensemble de ce qui a été retiré lors de l'intervention chirurgicale - la pièce opératoire - est transmis au laboratoire ou au service d'anatomopathologie\* pour être analysé. Cet examen est réalisé par un médecin spécialiste appelé pathologiste. Il consiste à observer minutieusement, à l'œil nu puis au microscope, les tissus prélevés afin de déterminer jusqu'où les cellules cancéreuses se sont propagées.

Le pathologiste vérifie également si les bords du tissu qui entoure la tumeur (marges de sécurité) sont sains, ce qui prouve que la tumeur a bien été entièrement enlevée.

C'est grâce à cet examen que le stade du cancer, c'est-à-dire son degré d'extension, est confirmé et que les médecins décident si un traitement complémentaire est nécessaire après la chirurgie. Si tel est le cas, le traitement complémentaire repose le plus souvent sur une radiochimiothérapie concomitante (voir les chapitres 4, 5 et 6).

### 3.5 QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

---

Les effets secondaires ne sont pas systématiques. De plus, ils varient selon les personnes, le type de chirurgie pratiqué ou encore les effets des autres traitements du cancer.

Certains effets secondaires peuvent se manifester immédiatement après l'intervention ou quelques semaines plus tard. En général, ils sont temporaires. D'autres peuvent se manifester bien après l'intervention et durer longtemps.

#### Troubles urinaires

Une difficulté pour uriner, voire un blocage, peut survenir si les paramètres ont été retirés lors de la chirurgie. Cette rétention urinaire est due à l'ablation des nerfs qui contrôlent la vessie et qui sont localisés dans les paramètres. Ce trouble nécessite parfois des autosondages lors du retour au domicile (évacuation des urines par une sonde posée par la patiente elle-même), mais il disparaît habituellement en quelques jours ou quelques mois.

Deux autres complications urinaires peuvent se produire, mais elles sont rares :

- une ouverture anormale (appelée fistule) entre les uretères\* et le vagin ou entre la vessie et le vagin. La fistule peut induire un passage des urines par le vagin. Cette complication survient dans le mois qui suit l'opération. Elle implique la mise en place d'une sonde dans l'uretère. Si elle persiste, une nouvelle intervention chirurgicale est parfois nécessaire ;
- un rétrécissement des uretères (sténose). La sténose se manifeste

par des symptômes (notamment des douleurs lombaires ou de la fièvre) ou bien elle est découverte lors d'un examen radiologique. Elle peut survenir longtemps après l'opération. Elle peut nécessiter de mettre en place une sonde dans l'uretère pendant plusieurs mois.

### Troubles du système lymphatique\*

Une accumulation de lymphes (appelée lymphocèle) peut se produire dans la région où les ganglions lymphatiques ont été retirés. Seules les lymphocèles qui provoquent des symptômes (gêne, douleur, dysfonctionnement rénal) sont traitées. Le plus souvent, une ponction ou un drainage est réalisé pour évacuer le liquide.

Un œdème dû à l'obstruction d'un vaisseau lymphatique\* (lymphœdème) peut se former au niveau de l'une ou des deux jambes et provoquer leur gonflement. Pour traiter ce trouble, le médecin vous prescrit des bas de contention et vous informe des précautions à prendre, comme éviter les blessures, les piqûres, les injections, les coups de soleil, les températures extrêmes ou les voyages en avion. Par ailleurs, il vous prescrit aussi un médicament antibiotique si l'œdème est associé à une inflammation d'un ou plusieurs vaisseaux lymphatiques (lymphangite).

### Hématome ou infection au niveau de la plaie

Les hématomes ou les infections au niveau de la plaie sont généralement traités à l'aide de soins locaux. Toutefois, s'ils ne disparaissent pas, une nouvelle opération est parfois nécessaire.

### Fatigue

La fatigue est due notamment à l'anesthésie, à la perte de sang ou encore à l'anxiété générée par l'opération. Si vous en avez besoin, un séjour en maison de convalescence peut vous aider à récupérer. Renseignez-vous auprès de l'équipe soignante pour obtenir les adresses et organiser votre séjour.

### Impact sur la fertilité

L'ablation de l'utérus provoque un arrêt définitif des règles et rend impossible une grossesse future.

Si une chirurgie conservatrice de l'utérus (trachélectomie) a pu être réalisée, une grossesse est possible, mais elle présente des risques (fausses couches, accouchement prématuré). Par ailleurs, en raison de la suture réalisée pour refermer l'utérus, le recours à une césarienne est impératif.

### Troubles de la sexualité

La chirurgie du cancer du col de l'utérus ne provoque pas nécessairement de troubles sexuels. Les éventuels troubles dépendent du type de chirurgie pratiquée et des traitements associés: une ménopause survient si les ovaires sont retirés lors de la chirurgie ou si la chirurgie est associée à une radiothérapie.

Cette ménopause due à l'arrêt de la production des hormones par les ovaires se manifeste par l'arrêt des règles et par des symptômes tels que des bouffées de chaleur, une prise de poids ou des troubles du sommeil. Il est possible que surviennent une sécheresse vaginale, une baisse de libido (désir) ou des douleurs pendant les rapports sexuels. En l'absence de contre-indications, un traitement hormonal de substitution peut être proposé afin de soulager ces symptômes.

N'hésitez pas à parler de ces troubles à votre médecin. Il peut vous proposer des solutions ou vous orienter vers un spécialiste des problèmes sexuels.

L'activité sexuelle peut reprendre lorsque le vagin est cicatrisé, soit 6 à 8 semaines après l'opération. Il est cependant indispensable qu'un examen gynécologique soit effectué avant la reprise des rapports pour confirmer la cicatrisation du fond du vagin.

## EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

---

**Comment l'opération se déroule-t-elle ?**

**Quels en sont les risques ?**

**Comment puis-je me préparer au mieux ?**

**À quoi dois-je m'attendre après l'opération ?**

**Je souhaite avoir un enfant, cela me sera-t-il possible après cette opération ?**



## 4. La radiothérapie

DANS QUELS CAS UNE RADIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

LA RADIOTHÉRAPIE EXTERNE

LA CURIETHÉRAPIE

QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

La radiothérapie utilise des rayonnements ionisants pour détruire les cellules cancéreuses. Elle consiste à diriger précisément ces rayonnements (appelés aussi rayons ou radiations) sur les cellules cancéreuses, tout en préservant le mieux possible les tissus sains et les organes avoisinants, dits organes à risque. La radiothérapie du cancer du col de l'utérus repose sur deux techniques : la radiothérapie externe et la curiethérapie. Elles peuvent être utilisées seules, mais souvent, elles sont associées.

### LES RAYONNEMENTS IONISANTS, QU'EST CE QUE C'EST ?

Les rayonnements ionisants sont des faisceaux de particules qui transportent une énergie telle qu'elle leur permet de traverser la matière et de la modifier. Le soleil émet des rayonnements ionisants naturels ; ce sont les rayons ultraviolets ou UV.

Dans le domaine médical, les rayonnements ionisants font l'objet de nombreuses applications, ils sont en particulier à la base des techniques de radiothérapie. Dans ce cas, ils peuvent être produits par un accélérateur, un appareil qui fait tourner les particules à une très grande vitesse ce qui leur confère une forte énergie (radiothérapie externe). Mais on peut aussi utiliser des matériaux radioactifs dont la propriété est d'émettre spontanément et en continu des rayonnements ionisants (curiethérapie).

La radiothérapie doit être réalisée au sein d'un établissement qui dispose d'une autorisation à pratiquer ce traitement (liste des établissements autorisés par région disponible sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)).

La radiothérapie repose sur un travail d'équipe entre des manipulateurs, un physicien, un dosimétriste, coordonnés par l'oncologue radiothérapeute (voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 57).

Avant de démarrer le traitement par radiothérapie, le médecin qui vous prend en charge pour ce traitement vous explique le principe et les objectifs, la

technique qu'il va utiliser, ainsi que les effets secondaires possibles dans votre situation et les solutions qui permettront de les anticiper. N'hésitez pas à lui soumettre toutes les questions que vous vous posez au sujet de ce traitement.

#### 4.1 DANS QUELS CAS UNE RADIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

Le plus souvent, la radiothérapie est administrée dans le cadre d'une radiochimiothérapie concomitante. Ce traitement qui associe une radiothérapie externe, une curiethérapie et une chimiothérapie (voir le chapitre 6, page 55) est indiqué dans deux cas :

- comme traitement de référence des tumeurs de taille supérieure à 4 centimètres ou des tumeurs qui se sont propagées au-delà de l'utérus, dans la cavité du pelvis\*. L'objectif est d'éliminer la totalité de la tumeur, ainsi que les cellules cancéreuses qui se sont propagées ;
- après la chirurgie des tumeurs limitées au col de l'utérus de moins de 4 centimètres, s'il s'avère après examen de la pièce opératoire que les ganglions lymphatiques ont été envahis par des cellules cancéreuses. L'objectif est de réduire le risque de récurrence.

La radiothérapie peut être administrée dans d'autres cas :

- avant la chirurgie des tumeurs limitées au col de l'utérus et de taille inférieure à 4 centimètres (et généralement supérieure à 2 centimètres). Dans ce cas, la radiothérapie consiste en une curiethérapie réalisée 6 à 8 semaines avant l'intervention. L'objectif est de réduire la taille de la tumeur pour favoriser son retrait en totalité lors de la chirurgie. Elle réduit aussi le risque de récurrence locale ;
- en remplacement de la chirurgie des tumeurs limitées au col de l'utérus et de taille inférieure à 4 centimètres si la chirurgie est contre-indiquée. La radiothérapie repose alors sur l'association d'une radiothérapie externe et d'une curiethérapie ;
- en remplacement du traitement de référence des tumeurs supérieures à 4 centimètres ou qui se sont propagées au-delà de l'utérus dans la cavité du pelvis, si la radiochimiothérapie concomitante n'est pas réalisable. Dans ce cas, une radiothérapie seule peut être proposée ;

- pour traiter les cancers présentant des métastases à distance (au-delà de la cavité du pelvis). C'est le plus souvent une radiothérapie externe qui est réalisée. La radiothérapie peut être utilisée, seule ou associée à une chimiothérapie. Elle permet de ralentir le développement de la tumeur et des métastases et de soulager les symptômes, comme la douleur, causés par la tumeur ou les métastases.

## 4.2 LA RADIOTHÉRAPIE EXTERNE

---

### Le principe

La radiothérapie externe utilise un appareil appelé accélérateur linéaire de particules. Celui-ci permet de produire des rayons et de les diriger, à travers la peau, vers la tumeur et certains tissus voisins.

La technique de radiothérapie externe la plus souvent utilisée pour traiter les cancers du col de l'utérus est la radiothérapie conformationnelle en trois dimensions (3D). Cette technique consiste à faire correspondre le plus précisément possible (autrement dit à conformer) le volume sur lequel vont être dirigés les rayons, au volume de la tumeur.

### La radiothérapie externe en pratique

Avant le traitement proprement dit, la radiothérapie comporte une étape de préparation ou de repérage de la zone à traiter et une étape de calcul de la distribution de la dose (dosimétrie). C'est pourquoi il existe toujours un temps d'attente entre la prise de décision de la radiothérapie et le début effectif du traitement.

### Le repérage

L'oncologue radiothérapeute repère précisément la cible sur laquelle les rayons vont être dirigés et les organes à protéger (rectum, vessie, côlon sigmoïde, intestin grêle...). Pour cela, un scanner\* centré sur la zone à traiter est réalisé afin d'obtenir une image en trois dimensions de la tumeur et des organes voisins.

Pendant ce repérage, votre position est soigneusement définie. Vous devrez la reprendre lors de chaque séance. Des contentions spécialement adaptées à votre morphologie (cales, coques de mousse, matelas thermoformés, etc.) peuvent être réalisées.

## La dosimétrie

Outre la dimension et l'orientation des faisceaux, l'étape de dosimétrie consiste à déterminer, par une étude informatisée, la distribution (autrement dit la répartition) de la dose de rayons à appliquer à la zone à traiter. Avec l'oncologue radiothérapeute, le physicien et le dosimétriste optimisent ainsi l'irradiation de façon à traiter au mieux la tumeur tout en épargnant les tissus sains voisins. Cette étape ne nécessite pas votre présence.

Le plan de traitement définitif établit notamment la dose et ses modalités de délivrance (dose par séance, nombre et fréquence des séances...).

La dose de rayons en radiothérapie est exprimée en gray (abrégé en Gy), du nom d'un physicien anglais. 1 Gy correspond à une énergie de 1 joule absorbée dans une masse de 1 kilo.

## Le traitement

La salle dans laquelle se déroule la radiothérapie est une pièce qui respecte les normes de protection contre les rayonnements ionisants.

Vous êtes installée par le manipulateur sur la table de traitement dans la position qui a été déterminée lors de la phase de repérage. Les rayons sont dirigés de façon précise vers la région à traiter et vous devez éviter de bouger.

Pendant la séance, vous êtes seule dans la salle, mais vous restez en lien continu avec les manipulateurs : vous pouvez communiquer avec eux par le biais d'un interphone et vous êtes surveillée par une caméra vidéo. La salle reste éclairée pendant la séance. En cas de besoin, le traitement peut être immédiatement interrompu.

Le temps de présence dans la salle de traitement est généralement de 15 minutes environ. Le temps d'irradiation lui-même est de courte durée, de l'ordre de quelques minutes. L'appareil tourne autour de vous sans jamais vous toucher. L'irradiation est invisible et indolore. Vous ne ressentez aucune sensation particulière.

Il est désormais prévu de mesurer directement sur vous la dose réelle de rayons que vous recevez lors de la première ou de la deuxième séance, ainsi qu'à chaque modification du traitement. On parle de dosimétrie *in vivo*. Elle permet de s'assurer que la dose délivrée ne diffère pas de façon significative de la dose prescrite. La dosimétrie *in vivo* est en cours de mise en place dans tous les centres de radiothérapie.

Les séances de radiothérapie externe ne rendent pas radioactif: il n'y a donc pas de précaution à prendre vis-à-vis de votre entourage une fois la séance terminée.

Le plus souvent, le traitement est réalisé en ambulatoire: vous rentrez chez vous quand la séance est terminée. Néanmoins, une hospitalisation complète est possible si votre traitement est réalisé loin de votre domicile ou si votre état général le nécessite.

### Le suivi

Durant toute la durée du traitement, des consultations avec le radiothérapeute sont programmées régulièrement (environ une fois par semaine). L'objectif est de s'assurer que le traitement se déroule dans les meilleures conditions.

Des visites de contrôle sont également planifiées à l'issue du traitement.

## 4.3 LA CURIETHÉRAPIE

### Le principe

La curiethérapie est une radiothérapie interne. Elle consiste à placer des éléments radioactifs (de l'iridium ou du césium) directement à l'intérieur de l'organisme, soit au contact de la tumeur, soit dans la tumeur elle-même.

Dans le premier cas, les éléments radioactifs, qu'on appelle aussi sources radioactives, sont insérés dans un applicateur qui a été introduit dans le vagin et placé contre la tumeur. On parle de curiethérapie

endocavitaire ou endoluminale. C'est la technique la plus couramment utilisée pour la curiethérapie du cancer du col de l'utérus.

Dans le second cas, les sources radioactives sont introduites par de fins cathéters qui sont implantés de façon très précise dans la tumeur. On parle de curiethérapie interstitielle. Elle est rarement utilisée pour traiter les tumeurs du col de l'utérus.

Du fait de sa radioactivité, la source libère spontanément au cours du temps des rayons qui vont détruire les cellules cancéreuses. La curiethérapie permet de délivrer de façon ciblée sur le col de l'utérus des doses plus élevées que lors de la radiothérapie externe. Son objectif est donc d'optimiser la destruction des cellules cancéreuses en préservant les organes voisins.

### La curiethérapie en pratique

Le traitement du cancer du col de l'utérus par curiethérapie endocavitaire nécessite, dans un premier temps, la mise en place à l'intérieur du vagin de l'applicateur qui recevra les sources radioactives. L'applicateur peut être conçu à partir d'une empreinte de votre vagin réalisée avant l'hospitalisation. Le plus souvent, l'applicateur est mis en place sous anesthésie générale. Sa position par rapport à la tumeur et aux organes voisins est contrôlée par la réalisation de radiographies\* de face et de profil ou, dans certains cas, d'un scanner ou d'une IRM qui permet d'obtenir des images en trois dimensions. Ces images permettent ensuite de calculer, par une étude informatisée, la quantité et la répartition des rayons qui seront libérés par la source, ainsi que la durée du traitement (dosimétrie).

Après la mise en place de l'applicateur dans le vagin et le calcul de la dosimétrie, le traitement à proprement dit peut démarrer. Pour cela, le manipulateur relie l'applicateur à l'aide de câbles à un conteneur placé dans votre chambre qui renferme les sources radioactives et qui va les diffuser (on dit aussi les projeter, d'où son nom de projecteur de sources).

Selon le débit avec lequel la source radioactive est projetée, on distingue les curiethérapies à bas débit de dose, à débit pulsé et à haut débit de dose. Les curiethérapies à bas débit de dose et à débit pulsé sont les plus couramment utilisées pour traiter les tumeurs du col de l'utérus.

### La curiethérapie à bas débit de dose

Lors d'une curiethérapie à bas débit de dose, les sources radioactives de césium sont diffusées en continu par l'intermédiaire des câbles auxquels vous êtes reliée en permanence. Cette curiethérapie nécessite une hospitalisation dont la durée varie de 2 à 6 jours en général. Du fait de l'utilisation de sources radioactives, vous êtes hospitalisée dans un service spécialisé en chambre protégée. Il s'agit d'une chambre d'aspect extérieur normal (avec fenêtre), mais dont les murs disposent d'une protection renforcée vis-à-vis des rayonnements radioactifs.

Pendant la durée de l'hospitalisation, vous restez allongée la plupart du temps et vous ne pouvez pas sortir de la chambre protégée jusqu'au retrait du dispositif. Vous pouvez recevoir vos proches quelques minutes par jour. Leur visite doit être systématiquement signalée aux infirmières de façon à ce que le traitement soit interrompu. Cependant, chaque interruption représente un temps d'irradiation qui devra être rattrapé.

### La curiethérapie à débit pulsé

Lors d'une curiethérapie à débit pulsé, la source radioactive d'iridium est projetée pendant 15 à 30 minutes, toutes les heures. La source avance à l'intérieur des câbles, non pas en continu, mais par pas de 2,5 à 5 millimètres. La durée de l'arrêt entre chaque pas définit une quantité donnée de rayonnements, ce qui permet ainsi d'adapter au mieux l'irradiation à la forme de la tumeur.

Contrairement à la curiethérapie à bas débit de dose, vous ne devez être isolée que le temps de l'impulsion. Chaque heure, vous disposez d'un temps libre d'environ 30 minutes qui vous permet éventuellement de vous lever (après déconnexion des câbles qui vous relient à la machine de traitement), de vous déplacer ou de recevoir vos proches.

### La curiethérapie à haut débit de dose

La curiethérapie à haut débit de dose est plus rarement utilisée pour traiter les tumeurs du col de l'utérus. Cette curiethérapie utilise une

source radioactive d'iridium qui possède une activité radioactive beaucoup plus élevée que celle utilisée pour la curiethérapie à débit pulsé. Par ailleurs, la source est délivrée pendant un temps très court (quelques minutes). Dans ce cas, la curiethérapie est réalisée en ambulatoire. Vous vous rendez à l'hôpital pour la séance (30 minutes environ) et rentrez ensuite à votre domicile. Le nombre de séances varie de 2 à 6, réparties en une à plusieurs fois par semaine.

À l'issue de la curiethérapie, l'applicateur est retiré. Cette intervention n'est généralement pas réalisée sous anesthésie. L'utilisation d'un gaz antidouleur peut vous être proposée pour supprimer les éventuelles douleurs.

Dès lors, vous ne présentez plus de risque de radioactivité pour votre entourage. Une ordonnance vous est remise afin de vous prescrire des soins locaux (lavages vaginaux) et éventuellement des médicaments contre la douleur. Par ailleurs, un rendez-vous de contrôle est pris avec le médecin qui vous suit.

#### 4.4 QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

---

En irradiant une tumeur, on ne peut pas éviter totalement d'irradier et donc d'altérer des cellules saines situées à proximité. C'est ce qui explique l'apparition des effets secondaires.

Les effets secondaires varient selon la zone traitée, la dose de rayons délivrée, la technique utilisée, l'effet des autres traitements, votre propre sensibilité et votre état de santé général. Le traitement est soigneusement planifié et administré de façon à les réduire le plus possible. L'équipe médicale vous informe sur ceux qui peuvent se produire dans votre situation et sur les moyens d'y faire face. Un suivi régulier permet de les détecter et de réajuster le traitement si nécessaire.

L'action très localisée de la curiethérapie limite considérablement ses effets secondaires. La curiethérapie peut cependant entraîner une accentuation des pertes blanches et une reprise des saignements d'origine utérine (symptômes possibles d'un cancer du col de l'utérus). Ces effets secondaires précoces sont prévenus par des soins locaux (lavages vaginaux).



L'action de la radiothérapie externe, même si elle reste ciblée, touche une région plus étendue. Dans le cas du cancer du col de l'utérus, c'est le pelvis, autrement dit le bassin, et parfois la partie supérieure de l'abdomen (région lombo-aortique) qui sont irradiés. Les effets secondaires peuvent alors concerner l'ensemble des organes de cette région et leurs fonctions.

### Les effets secondaires immédiats de la radiothérapie externe

Les effets secondaires dits immédiats, aigus ou précoces se produisent pendant le traitement et les quelques semaines qui suivent. Ils sont souvent transitoires.

#### Troubles digestifs

Toute radiothérapie réalisée au niveau du pelvis peut provoquer des troubles digestifs et notamment des diarrhées.

Les diarrhées se manifestent le plus souvent après les deux premières semaines de traitement. Si elles sont accompagnées de fièvre, contactez rapidement votre médecin.

#### CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES DIARRHÉES

##### À faire

- Boire beaucoup, au moins deux litres de liquide (eau, thé, tisane, eau de riz, bouillon de légumes, jus de carottes ou boissons gazeuses à température ambiante).
- Privilégier une alimentation pauvre en fibres, à base de riz, pâtes, pommes vapeur, bananes bien mûres, gelée de coings, biscottes et carottes.

##### À éviter

- Le café, les boissons glacées, les fruits et les légumes crus, les céréales, le pain complet et le lait.

D'autres troubles digestifs comme des douleurs abdominales ou des crises hémorroïdaires peuvent survenir. Des nausées et des vomissements peuvent apparaître si l'irradiation a été étendue à la partie supérieure de l'abdomen.

Des médicaments tels que des anti-diarrhéiques, des antalgiques ou des antiémétiques\* peuvent vous être prescrits pour limiter ces troubles.

## Troubles génito-urinaires

Une inflammation de la muqueuse\* du vagin se produit systématiquement mais, le plus souvent, elle ne provoque pas de symptôme. Lorsque le vagin a été irradié en totalité, des réactions cutanées au niveau de la vulve peuvent se produire en fin de traitement. Elles sont traitées par des soins locaux. Parfois, des troubles urinaires surviennent, comme une envie fréquente d'uriner. Il est recommandé de ne pas prendre de médicament contre ces troubles sans avis médical.

L'activité sexuelle doit être interrompue pendant la durée de la radiothérapie.

## Troubles cutanés

Les troubles cutanés se manifestent par la perte transitoire des poils pubiens ou par une rougeur de la peau (érythème), notamment au niveau du sillon interfessier. L'érythème est traité par l'application d'éosine.

### CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES ROUGEURS DE LA PEAU

#### À faire

- Utiliser un savon surgras.
- Se sécher sans frotter.
- Porter des vêtements en coton et éviter le frottement au niveau de la zone irradiée.
- Appliquer une crème hydratante entre les séances (mais jamais juste avant la séance de radiothérapie).

#### À éviter

- Éviter les douches et les bains trop chauds.
- Éviter de savonner directement la zone irradiée.
- Éviter de frictionner la zone irradiée avec de l'eau de toilette, de l'alcool, du déodorant, du talc, de la crème...
- Éviter les expositions au soleil, au moins durant la première année qui suit la fin du traitement.

## Fatigue

L'appréhension des examens et des traitements, les déplacements fréquents, l'attente lors des rendez-vous et la radiothérapie elle-même peuvent provoquer une fatigue physique ou morale. La fatigue dépend de votre tolérance à ce traitement et des autres effets secondaires. Elle ne doit pas être banalisée. Signalez-la à l'équipe soignante afin qu'elle soit prise en charge le mieux possible.

## Les effets secondaires tardifs de la radiothérapie externe

Les effets secondaires tardifs, appelés aussi complications ou séquelles, peuvent apparaître plusieurs mois après la fin du traitement, voire plus tard. Les progrès des techniques ont rendu ces effets secondaires moins fréquents. Lorsque des effets secondaires surviennent, ils sont intriqués avec ceux des autres traitements.

### Troubles digestifs

Le trouble le plus fréquent est une colite, autrement dit une inflammation du côlon. Elle se traduit par des épisodes inflammatoires, souvent accompagnés de diarrhées. Les diarrhées se manifestent suite à l'ingestion d'aliments qui contiennent des fibres ou qui ont des vertus laxatives. Pour faire face à ce trouble, le régime alimentaire doit être adapté.

Une inflammation du rectum, aussi appelée rectite, peut se produire et entraîner des saignements lors de l'évacuation des selles. Si les saignements sont importants au point de modifier le taux des globules et des plaquettes, les vaisseaux sanguins impliqués peuvent être traités par laser (cautérisation).

Plus rarement, une inflammation de l'intestin grêle peut engendrer une occlusion intestinale: les selles et les gaz sont bloqués. Cette complication grave peut nécessiter une hospitalisation et, dans certains cas, une intervention chirurgicale.

### Troubles des fonctions génitales

Ces troubles peuvent se traduire par une sécheresse vaginale et des douleurs lors des rapports sexuels. Un dilatateur vaginal et un traitement hormonal à base d'œstrogènes sont proposés pour prévenir ces troubles. L'activité sexuelle qui a dû être interrompue pendant la durée de la radiothérapie peut reprendre quelques semaines après la fin du traitement, si l'état local du col de l'utérus et du vagin le permet. N'hésitez pas à poser des questions à votre médecin.

Une ménopause prématurée peut être induite par la radiothérapie externe. Elle se manifeste par l'arrêt des règles et par des symptômes tels que des bouffées de chaleur, une prise de poids ou des troubles du

sommeil. En l'absence de contre-indications, un traitement hormonal de substitution peut être proposé afin de soulager ces symptômes.

L'irradiation de l'utérus ou des ovaires entraîne l'impossibilité d'une grossesse ultérieure.

### Troubles urinaires

La radiothérapie peut provoquer une irritation de la vessie (cystite) qui se traduit par une douleur et/ou une envie fréquente d'uriner, parfois associées à la présence de sang dans les urines. Si les saignements sont importants au point de modifier le taux des globules et des plaquettes, les vaisseaux sanguins impliqués peuvent être traités par laser (cautérisation).

La radiothérapie peut entraîner une perte de contrôle des muscles qui retiennent les urines dans la vessie. Cette incontinence urinaire est traitée par des séances de kinésithérapie et par des médicaments antispasmodiques urinaires qui permettent de contrôler la contraction des muscles de la vessie.

### Fistule

Il arrive qu'une fistule, ouverture anormale, se crée entre le rectum et le vagin ou entre la vessie et le vagin. C'est une complication grave, mais rare. Le traitement des fistules dépend de leur étendue. Elles peuvent nécessiter une intervention chirurgicale.

## EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

---

**Quels sont les objectifs de la radiothérapie ?**

**Comment se déroule le traitement ?**

**Combien de temps dure-t-il ?**

**Quels sont les effets secondaires possibles ?**

**Quels conseils dois-je suivre pour les limiter ?**

**Comment et par qui est effectué le suivi ?**

## 5. La chimiothérapie

DANS QUELS CAS UNE CHIMIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?  
QUELS SONT LES MÉDICAMENTS DE CHIMIOTHÉRAPIE UTILISÉS ?  
COMMENT SE DÉROULE LA CHIMIOTHÉRAPIE EN PRATIQUE ?  
QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

---

La chimiothérapie repose sur l'administration de médicaments anticancéreux. Elle est aussi appelée traitement médical. Lorsqu'une chimiothérapie est utilisée pour traiter un cancer du col de l'utérus, elle est très souvent associée à une radiothérapie dans le cadre d'une radiochimiothérapie concomitante. Cette association constitue notamment le traitement de référence des tumeurs dont la taille est supérieure à 4 centimètres ou qui se sont propagées au-delà du col de l'utérus dans le pelvis\*.

Les médicaments de chimiothérapie détruisent les cellules cancéreuses en agissant sur leurs mécanismes de division.

La chimiothérapie est un traitement général (appelé aussi traitement systémique) qui agit dans l'ensemble du corps. Cela permet d'atteindre les cellules cancéreuses quelle que soit leur localisation, même si elles sont isolées et n'ont pas été détectées lors du diagnostic.

Autre forme de traitement médical, les thérapies ciblées\* ne sont actuellement utilisées, dans le cas des tumeurs du col de l'utérus, que dans le cadre d'essais cliniques (voir page 20).

La chimiothérapie doit être réalisée au sein d'un établissement qui dispose d'une autorisation à pratiquer ce traitement (liste des établissements autorisés par région disponible sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)).

Avant de démarrer le traitement par chimiothérapie, le médecin qui vous prend en charge pour ce traitement vous explique le principe, les objectifs ainsi que les effets secondaires possibles dans votre situation et les solutions qui permettront de les anticiper. N'hésitez pas à lui soumettre toutes les questions que vous vous posez au sujet de ce traitement.

## 5.1 DANS QUELS CAS UNE CHIMIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

---

Une chimiothérapie n'est pas proposée de façon systématique. Son utilité et son efficacité dépendent du stade du cancer, autrement dit de son étendue.

Le plus souvent, la chimiothérapie est administrée dans le cadre d'une radiochimiothérapie concomitante. Ce traitement qui associe une radiothérapie externe, une curiethérapie et la chimiothérapie (voir le chapitre 6, page 55) est indiqué dans deux cas :

- comme traitement de référence des tumeurs dont la taille est supérieure à 4 centimètres ou des tumeurs qui se sont propagées au-delà de l'utérus dans la cavité du pelvis. L'objectif est d'éliminer la totalité de la tumeur, ainsi que les cellules cancéreuses qui se sont propagées ;
- après la chirurgie des tumeurs limitées au col de l'utérus et inférieures à 4 centimètres, s'il s'avère après examen de la pièce opératoire que des cellules cancéreuses ont envahi les ganglions lymphatiques. L'objectif est de réduire le risque de récurrence.

Une chimiothérapie peut être proposée pour traiter les cancers présentant des métastases\* à distance (au-delà de la cavité du pelvis). La chimiothérapie est alors utilisée seule ou associée à une radiothérapie, le plus souvent externe. Elle permet de ralentir, voire d'arrêter, la progression de la maladie.

*La radiochimiothérapie concomitante occupe une place prépondérante dans le traitement des cancers du col de l'utérus. Les informations qui suivent sont essentiellement consacrées aux spécificités de la chimiothérapie administrée dans ce cadre.*

## 5.2 QUELS SONT LES MÉDICAMENTS ANTICANCÉREUX UTILISÉS ?

---

La chimiothérapie administrée lors de la radiochimiothérapie concomitante repose le plus souvent sur des médicaments à base de sels de platine comme le cisplatine, associés éventuellement au fluoro-uracile (5FU).

Pour en savoir plus sur ces médicaments, vous pouvez consulter le répertoire des spécialités pharmaceutiques sur le site de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé [www.afssaps.fr](http://www.afssaps.fr)

Un médicament de chimiothérapie peut être employé seul (monothérapie), mais le plus souvent, il est associé à d'autres médicaments (polythérapie).

Les médicaments employés, les doses administrées, ainsi que le rythme des cures\* varient d'une personne à l'autre, en fonction des caractéristiques du cancer et de la tolérance au traitement. C'est pourquoi le plan de traitement est déterminé au cas par cas.

### 5.3 COMMENT SE DÉROULE LA CHIMIOTHÉRAPIE EN PRATIQUE ?

Le déroulement du traitement est soigneusement planifié par l'équipe médicale en fonction de votre situation. Le médecin qui vous prend en charge vous remet un calendrier qui détermine le lieu et les jours de traitement, ainsi que les noms des médicaments utilisés.

La durée totale du traitement est variable. Il se déroule soit de façon continue, tous les jours pendant une période donnée, soit de façon fractionnée, par cycles qui alternent une cure et une période de repos. Dans le cas le plus fréquent de la radiochimiothérapie concomitante, la chimiothérapie dure habituellement 5 semaines, à raison d'une cure par semaine.

Avant chaque cure, un examen clinique et des examens de sang sont réalisés pour vérifier que votre état de santé permet de poursuivre le traitement. En cas d'anomalies (baisse importante du taux de globules blancs par exemple), le traitement peut être remis à plus tard ou modifié.

Les médicaments sont généralement injectés dans une veine, par perfusion\*.

La chimiothérapie réalisée lors de la radiochimiothérapie concomitante nécessite parfois la pose d'une chambre implantable\*.

Pour en savoir plus sur la chambre implantable, vous pouvez consulter le guide Cancer info *Comprendre la chimiothérapie*.

La chimiothérapie se déroule le plus souvent à l'hôpital en ambulatoire, c'est-à-dire que vous ne restez que le temps de la perfusion et rentrez chez vous le jour même. On parle aussi d'hospitalisation de jour.

## 5.4 QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

Les effets secondaires de la chimiothérapie varient selon les personnes, les médicaments utilisés, les dosages et les associations de traitements. La chimiothérapie réalisée lors de la radiochimiothérapie concomitante n'a pas les mêmes effets secondaires qu'une chimiothérapie seule.

La radiochimiothérapie concomitante étant le protocole le plus fréquemment utilisé dans les cancers du col de l'utérus, ce sont les effets secondaires spécifiques des médicaments administrés dans ce cadre qui sont présentés ci-après. Votre médecin vous indique de façon précise ceux qui peuvent vous concerner.

Certains effets secondaires peuvent être limités ou évités grâce à des traitements préventifs ou des conseils pratiques. Néanmoins, s'ils deviennent trop importants ou si vous ne supportez pas l'un des médicaments utilisés, le traitement peut être modifié ou interrompu pour permettre à l'organisme de récupérer.

### À NOTER

La présence ou l'absence d'effets secondaires n'est pas liée à l'efficacité de la chimiothérapie. Ne ressentir aucun effet secondaire ne signifie pas que le traitement est inefficace sur vous et, inversement, ressentir de nombreux effets secondaires ne signifie pas qu'il est particulièrement actif.

### Nausées et vomissements

Les nausées commencent souvent le soir ou le lendemain de la perfusion. Elles durent rarement plus de 72 heures après le traitement. Elles ne sont pas systématiquement accompagnées de vomissements.

Des phénomènes de nausées anticipatoires peuvent survenir : elles commencent parfois dès l'entrée dans l'hôpital, avant le début de la



perfusion. Ces nausées sont liées à l'anxiété provoquée par le traitement et peuvent être réduites notamment par des techniques de relaxation. Lorsque des vomissements surviennent, il est conseillé de se rincer la bouche avec de l'eau froide et d'attendre 1 à 2 heures avant de manger. Les vomissements ne persistent en général pas plus de 48 heures après le traitement.

Un traitement est le plus souvent prescrit avant ou pendant la chimiothérapie pour réduire les risques de nausées et de vomissements, y compris anticipatoires. Il s'agit de médicaments appelés antiémétiques. Si ces effets secondaires apparaissent malgré le traitement préventif, signalez-le à votre médecin.

#### CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES NAUSÉES ET VOMISSEMENTS

##### À faire

- Privilégier les aliments froids ou tièdes qui sont moins odorants que les aliments chauds.
- Privilégier plusieurs petits repas, plutôt que deux repas traditionnels plus longs à digérer.
- Manger lentement afin de faciliter la digestion.
- Manger légèrement avant et après le traitement.

##### À éviter

- Éviter les aliments lourds difficiles à digérer comme les aliments frits, gras ou épicés.
- Éviter de boire pendant les repas, mais boire plutôt avant ou après. Les boissons gazeuses fraîches, à base de cola notamment, aident parfois à diminuer les nausées.
- Supprimer le tabac.

## Diarrhées

Des diarrhées peuvent survenir pendant la chimiothérapie. Un traitement préventif (antidiarrhéique) peut vous être prescrit.

#### CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES DIARRHÉES

Privilégier une alimentation pauvre en fibres à base de riz, pâtes, pommes de terre vapeur, carottes, bananes bien mûres, gelée de coings, fromage à pâte cuite et biscottes.

Une hospitalisation en urgence doit être envisagée en cas de diarrhée persistante ou associée à de la fièvre ou des vomissements.

## Baisse des globules blancs, des globules rouges et des plaquettes

Les médicaments de chimiothérapie peuvent avoir des effets secondaires sur le sang et la moelle osseuse. Ils peuvent entraîner :

- une baisse du nombre de globules blancs (leucopénie), en particulier des polynucléaires neutrophiles (neutropénie) ou des lymphocytes (lymphopénie). Cette baisse entraîne un risque accru d'infection, car les moyens de défense du corps sont réduits. **Il est important de noter que les médicaments de chimiothérapie délivrés dans le cadre de la radiochimiothérapie concomitante entraînent peu ou pas de neutropénie ;**
- une baisse des globules rouges (anémie), chargés de transporter l'oxygène dans tout le corps. L'anémie se manifeste principalement par une pâleur et une fatigue qui ne s'atténue pas avec le repos ;
- une baisse du nombre de plaquettes (thrombopénie), responsables de la coagulation du sang. Une diminution des plaquettes augmente le risque d'hématomes\* et de saignements.

Une baisse importante et simultanée du nombre des globules blancs, des globules rouges et des plaquettes peut se produire. On parle alors d'aplasie.

Avant chaque cure de chimiothérapie, des prises de sang permettent de vérifier les taux de globules blancs, globules rouges et plaquettes. En dessous d'un certain seuil, la séance de chimiothérapie peut être remise à plus tard.

Il est parfois nécessaire de prescrire des facteurs de croissance\* lorsque la baisse du nombre de globules blancs ou de globules rouges est trop importante. Dans de rares cas, une transfusion de globules rouges ou de plaquettes peut être réalisée.

En cas de fièvre (plus de 38°C pendant plus de 6 heures) ou si vous ne vous sentez pas bien (frissons, diarrhées ou vomissements importants), consultez immédiatement votre médecin.

## Lésions de la bouche

Certains médicaments de chimiothérapie (5FU, par exemple) peuvent entraîner des lésions à l'intérieur de la bouche et le long du tube

digestif (aphtes, rougeurs, douleurs). On parle de mucite (inflammation d'une muqueuse\*) ou encore de stomatite (mucite de la bouche).

#### CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES LÉSIONS DE LA BOUCHE

##### À faire

- Après les repas, réaliser des bains de bouche prescrits par le médecin.
- Se brosser régulièrement les dents avec une brosse à dents souple.
- Sucrer des glaçons, de la glace pilée, des glaces à l'eau et des sorbets, des bonbons à la menthe.
- Boire beaucoup (eau minérale, thé, tisane, boisson à base de cola).
- Privilégier les aliments moelleux ou mixés.
- S'hydrater les lèvres en appliquant un lubrifiant gras (lanoline, vaseline, beurre de cacao).

##### À éviter

- Les aliments qui favorisent l'apparition d'aphtes, comme les noix, le gruyère ou l'ananas.
- Les bains de bouche à base d'alcool : ils dessèchent la muqueuse de la bouche et risquent de provoquer des sensations de brûlures.
- Le tabac et l'alcool, surtout dans les semaines qui suivent le traitement.
- Les aliments trop épicés ou acides (jus de citron, vinaigrette, moutarde), secs, croquants ou durs.

Dès que vous constatez des aphtes ou des douleurs, prévenez votre médecin afin de recevoir un traitement antidouleur adapté.

### Sensations d'engourdissement ou de fourmillement

Certains médicaments de chimiothérapie ont un effet toxique sur les nerfs (notamment les médicaments dérivés du platine, comme le cisplatine). Ils peuvent entraîner des troubles de la sensibilité, appelés paresthésies, qui se manifestent par des sensations d'engourdissement, de fourmillements ou de picotements qui peuvent être douloureuses et handicapantes. Si ces symptômes persistent entre deux cures de chimiothérapie ou s'ils entraînent une gêne fonctionnelle (difficulté à saisir un objet ou à marcher, par exemple), votre médecin arrêtera le traitement et le remplacera par d'autres médicaments.

### Perte d'appétit

Parfois, une chimiothérapie entraîne une perte de l'appétit. Un diététicien peut vous conseiller sur la façon de mieux vous alimenter pendant votre traitement.

## Chute des cheveux

**La chute des cheveux (appelée alopecie) est rare lors de la radiochimiothérapie concomitante.** Si elle survient, elle peut être difficile à vivre, car elle est un signe concret et visible de la maladie. Elle est souvent progressive et toujours temporaire. Elle commence en général 2 à 3 semaines après la première perfusion. Les cheveux commencent à repousser environ 6 à 8 semaines après la fin du traitement. Les cils, les sourcils et les poils pubiens peuvent également tomber provisoirement.

Vous trouverez des informations complémentaires dans le guide *Cancer info Traitements du cancer et chute des cheveux* et sur [www.e-cancer.fr/cancer-info](http://www.e-cancer.fr/cancer-info)

## Troubles cutanés

Certains médicaments de chimiothérapie (5FU, par exemple) peuvent entraîner des troubles au niveau de la peau : rougeurs, plaques, dessèchement, tiraillement...

Parmi ces troubles, le syndrome main-pied peut se manifester au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds. Il se caractérise par des rougeurs, un gonflement, une sécheresse ou des cloques.

### CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES TROUBLES CUTANÉS

#### À faire

- Appliquer régulièrement et généreusement un agent hydratant sur la peau.
- Réaliser une manucure et une pédicure avant de commencer le traitement, si les mains et les pieds sont déjà un peu abîmés (présence de corne).
- Porter des vêtements amples et des chaussures souples.

#### À éviter

- L'exposition des mains et des pieds à la chaleur (soleil, bains chauds).
- Les activités qui entraînent un frottement de la peau ou une pression sur les mains (activités ménagères, conduite, jardinage...).
- Les pansements adhésifs ou les bandages serrés.
- La marche et la course à pied.

Si, malgré l'application de ces conseils, votre peau devient rouge ou sensible, signalez-le à votre médecin sans attendre que les symptômes n'empirent. Des médicaments antidouleur ou des soins locaux peuvent les soulager.

### Réactions allergiques

Comme tout médicament, les médicaments de chimiothérapie peuvent être source d'allergie. Alertez votre médecin en cas de gonflement du visage, des lèvres et de la langue, d'essoufflement, de fièvre, de réactions cutanées graves (démangeaisons, rougeurs, boutons), de difficultés à respirer ou de tout autre trouble inhabituel.

### Fatigue

En dehors de la fatigue causée par la maladie elle-même, par l'appréhension des examens ou encore par les déplacements quotidiens, la fatigue peut être liée à la chimiothérapie. Cette fatigue dépend de votre tolérance à ce traitement, du nombre de cures et des effets secondaires. En effet, une anémie, une perte d'appétit, des nausées et des vomissements, une fièvre ou encore des douleurs peuvent y contribuer.

La fatigue ne doit pas être banalisée. Signalez-la à l'équipe soignante afin qu'elle soit prise en charge le mieux possible.

## EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

---

- Quel type de chimiothérapie me sera administré ? De quelle façon ?***
- Quels sont les objectifs du traitement ?***
- Combien de temps dure-t-il ?***
- Quels sont les effets secondaires ? Que puis-je faire pour les limiter ?***
- Comment sont-ils traités ?***
- Comment et par qui est effectué le suivi ?***
- Y a-t-il des conseils alimentaires particuliers à suivre ?***



## 6. Les modalités de la radiochimiothérapie concomitante

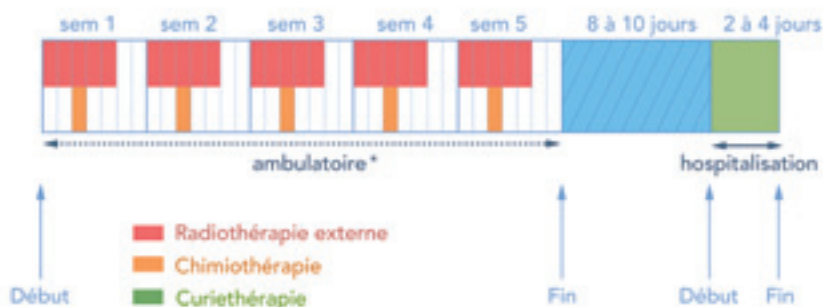
La radiochimiothérapie concomitante associe une radiothérapie externe, une chimiothérapie et une curiethérapie.

Cette association a pour but de renforcer l'action respective de chacun des traitements. La chimiothérapie a sa propre action de destruction des cellules cancéreuses, mais elle les rend aussi plus sensibles aux rayonnements. L'action combinée de la radiothérapie externe et de la curiethérapie permet de cibler précisément la tumeur et de délivrer la dose de rayonnements optimale pour à la fois détruire le tissu cancéreux et préserver le mieux possible les tissus et les organes sains situés à proximité.

Concrètement, le protocole consiste le plus souvent à réaliser 5 séances de radiothérapie externe et une séance de chimiothérapie, par semaine, pendant 5 semaines. Les séances de radiothérapie externe et de chimiothérapie sont réalisées en ambulatoire, c'est-à-dire que vous ne restez à l'hôpital que le temps des séances et rentrez chez vous le jour même. Parfois, une séance de chimiothérapie est proposée pendant la curiethérapie.

Huit à 10 jours après la fin des séances de radiothérapie externe, la curiethérapie est réalisée. Dans le cas le plus fréquent d'une curiethérapie à bas débit de dose ou à débit pulsé, une hospitalisation de 2 à 4 jours est nécessaire. Le délai entre la radiothérapie externe et la curiethérapie doit être respecté, car tout retard peut avoir une incidence sur l'efficacité du traitement.

## Schéma du protocole de radiochimiothérapie concomitante le plus fréquemment utilisé pour le cancer du col de l'utérus



\* La patiente n'est présente à l'hôpital que le temps de la séance de traitement, elle rentre chez elle le jour même.

Avant le traitement par radiochimiothérapie concomitante, il est nécessaire de déterminer si les ganglions, en particulier ceux de la région lombo-aortique, sont envahis par des cellules cancéreuses. Cette étude des ganglions se fait à partir des examens d'imagerie et/ou à partir d'une chirurgie qui consiste à retirer tous les ganglions pelviens et/ou tous les ganglions lombo-aortiques, on parle de lymphadénectomie pelvienne et de lymphadénectomie lombo-aortique. L'objectif est de déterminer précisément la région à irradier lors de la radiothérapie externe : le pelvis\* seul ou le pelvis ainsi que la région lombo-aortique.



## 7. Les professionnels et leur rôle

---

Au cours de la maladie, vous rencontrez ou pouvez solliciter de nombreux professionnels, que ce soit dans l'établissement dans lequel vous êtes suivie ou en ville. Voici, en quelques mots, en quoi consiste leur activité.

L'**aide-soignant** participe à vos soins en collaboration avec les infirmiers.

L'**anatomopathologiste** ou **pathologiste** est un médecin spécialiste qui examine au microscope les cellules et les tissus prélevés au cours d'une biopsie ou d'une chirurgie. Son rôle est déterminant pour le diagnostic et l'orientation du choix des traitements lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire.

L'**anesthésiste-réanimateur** est un médecin spécialiste chargé de vous endormir ou de vous insensibiliser lors d'une opération chirurgicale. Avant l'opération, il vous examine au cours d'une consultation préanesthésique afin de déterminer la technique d'anesthésie la plus appropriée. Pendant l'intervention, il effectue et surveille l'anesthésie. Il assure ensuite votre suivi en salle de réveil et prend en charge la douleur éventuelle.

L'**assistant social** est un professionnel du domaine social qui vous accompagne et vous aide à résoudre vos difficultés économiques et sociales. Vous pouvez contacter un assistant social au sein de l'établissement de santé où vous êtes suivie ou en ville.

Le **chimiothérapeute** est un médecin spécialiste des traitements des cancers à l'aide de médicaments, appelé aussi oncologue médical. Un chimiothérapeute peut proposer différents types de traitements contre le cancer : une chimiothérapie ou une thérapie ciblée\* (dans le cadre d'un essai clinique\* pour le cancer du col de l'utérus). Des consultations régulières permettent au chimiothérapeute de vérifier le bon déroulement du traitement et de traiter d'éventuels effets secondaires.

Le **chirurgien** est un médecin spécialiste qui pratique des opérations chirurgicales pour, par exemple, diagnostiquer un cancer, enlever une tumeur, des tissus ou des organes atteints ou remédier à certaines complications.

Le **diététicien** guide les choix alimentaires et, sur prescription médicale, prend en charge les problèmes nutritionnels en rapport avec le cancer et ses traitements.

Le **dosimétriste** participe, avec l'oncologue radiothérapeute et le physicien, au calcul de la dose de rayons nécessaire à la radiothérapie et à la planification du traitement.

Le **gynécologue** est un médecin spécialiste de l'appareil génital de la femme. Il assure le suivi gynécologique, notamment par la réalisation de frottis\*, ainsi que celui de la contraception. Il s'occupe des maladies des seins, de l'utérus et du vagin. Le **gynécologue-obstétricien** est un chirurgien. Il effectue en particulier le suivi de la grossesse et de l'accouchement. Une consultation chez un gynécologue n'impose pas une consultation préalable chez votre médecin traitant : vous pouvez vous rendre directement chez le gynécologue de votre choix.

L'**infirmier** est chargé de réaliser des soins et de surveiller et administrer les traitements prescrits par le médecin. Il exerce son activité au sein d'un établissement de soins ou en libéral.

Le **kinésithérapeute** ou **masseur-kinésithérapeute** aide à rééduquer différentes parties du corps grâce à des mouvements adaptés. Sur prescription médicale, il réalise des actes manuellement ou à l'aide d'appareils, et vous apprend des gestes ou des techniques qui permettent de remédier à vos déficits.

Le **manipulateur de radiothérapie** est un technicien responsable du maniement des appareils de radiothérapie. Il est chargé de veiller au bon déroulement des séances. Il s'occupe de vous en salle de traitement, vous aide à vous installer, vous explique le déroulement de la séance et vérifie que les régions à traiter sont bien délimitées. Il s'assure également que vous ne présentez pas de réactions anormales.

Lors d'une curiethérapie, ce sont des manipulateurs spécialisés dans ce domaine qui assurent ces fonctions.

Le **médecin généraliste** suit vos différents problèmes de santé. Il a un rôle très important pour le diagnostic d'un cancer, pendant les traitements et lors de la surveillance après les traitements. Il assure le lien avec l'hôpital ou la clinique par des contacts téléphoniques, des comptes rendus et des courriers médicaux. C'est souvent lui qui est choisi comme médecin traitant.

Le **médecin nucléaire** est un médecin spécialiste de médecine nucléaire qui utilise des éléments radioactifs pour réaliser un diagnostic ou un traitement. En cancérologie, les examens prescrits et réalisés par le médecin nucléaire sont, par exemple, une TEP\* ou une scintigraphie osseuse.

Le **médecin traitant** est le médecin que vous avez choisi et déclaré auprès de votre caisse d'Assurance maladie. Il coordonne vos soins, vous guide vers d'autres professionnels de santé, gère votre dossier médical et assure une prévention personnalisée. Le médecin traitant est souvent un médecin généraliste, mais ce peut être un autre spécialiste. Il peut être conventionné ou non, exercer dans un cabinet, à l'hôpital ou dans toute autre structure de soins. C'est lui qui établit la demande de prise en charge à 100 % de votre maladie auprès de l'Assurance maladie.

L'**oncologue** ou **cancérologue** est un médecin spécialiste du cancer et de ses traitements. Ce peut être un chirurgien spécialisé en cancérologie, un spécialiste de la chimiothérapie (oncologue médical), un spécialiste de la radiothérapie (oncologue radiothérapeute) ou un spécialiste d'organe (gynécologue).

Le **physicien** est une personne compétente en physique médicale, spécialiste des appareils de radiothérapie, de radiologie et de médecine nucléaire. Pour une radiothérapie, il choisit en concertation avec le radiothérapeute les modalités précises du traitement : le type de rayons, leur dosage, leur répartition pour chaque séance et s'assure du bon fonctionnement des différents appareils. On parle aussi de radiophysicien ou de physicien médical.

Le **psychiatre** est un médecin spécialiste des maladies mentales et des troubles psychologiques (dépression ou anxiété face à la maladie, difficultés relationnelles ou comportementales...). Comme tout médecin, il peut prescrire des médicaments. Lorsqu'il travaille en oncologie, on parle de psycho-oncologue ou d'oncop psychiatre.

Le **psychologue** est un professionnel spécialiste de l'écoute et formé à aider des personnes en situation de souffrance psychique. Il peut assurer un soutien et un suivi psychologique par des entretiens individuels ou en groupe. Lorsqu'il travaille en oncologie, on parle aussi de psycho-oncologue ou d'oncop psychologue.

Le **radiologue** est un médecin spécialiste qui réalise et interprète des images de parties du corps ou d'organes lors des examens de radiologie tels que la radiographie ou l'échographie. Il est assisté par un manipulateur de radiologie.

Le **radiothérapeute** est un médecin spécialiste des traitements des cancers par radiothérapie, appelé aussi oncologue radiothérapeute. En collaboration avec une équipe spécialisée qui comprend un physicien et un dosimétriste, le radiothérapeute calcule la dose de rayons nécessaire au traitement de la tumeur (radiothérapie externe et/ou curiethérapie), identifie les zones à traiter et celles à protéger et planifie les séances de radiothérapie. Des consultations régulières permettent au radiothérapeute de vérifier le bon déroulement du traitement et de prescrire des médicaments pour traiter d'éventuels effets secondaires.

Le **sexologue** est un médecin ou psychologue formé à la sexologie, ce qui lui permet de vous aider, vous ou votre partenaire, à gérer les difficultés sexuelles liées à la maladie et ses traitements.

La **socio-esthéticienne** aide à la qualité de vie des personnes hospitalisées par la mise en œuvre de soins esthétiques : coiffure, maquillage, manucure, etc.

Le **sophrologue** propose des techniques de soutien fondées sur des exercices de respiration consciente, de visualisations positives et de relaxation.

L'**urologue** est un médecin spécialiste des problèmes urinaires.

# 8. Questions de vie quotidienne

QU'EST-CE QUE L'ALD ?

LA VIE PROFESSIONNELLE PENDANT LES TRAITEMENTS

LES AIDES À DOMICILE

BÉNÉFICIER D'UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

LES PROCHES

---

La survenue de la maladie et la mise en place de vos traitements entraînent d'importants changements dans votre vie quotidienne. Des solutions existent afin d'assurer la meilleure conciliation entre votre prise en charge médicale et votre vie au quotidien.

## 8.1 QU'EST-CE QUE L'ALD ?

---

Selon la définition de l'Assurance maladie, une affection de longue durée (ALD) est une maladie qui nécessite un suivi et des soins prolongés (plus de 6 mois), ainsi que des traitements coûteux ouvrant droit à une prise en charge à 100%. Le cancer fait partie des affections de longue durée.

Le taux de prise en charge à 100% concerne les soins et les traitements en rapport avec votre maladie. Cependant, certains frais ne sont pas pris en charge à 100%. Il s'agit notamment du forfait hospitalier (coût de l'hébergement, de la restauration et de l'entretien des chambres pendant une hospitalisation) et des soins dont le coût dépasse le tarif de la Sécurité sociale. La part non remboursée par l'Assurance maladie est à votre charge ou peut être remboursée par votre mutuelle complémentaire si vous en avez une.

C'est votre médecin traitant qui établit le formulaire pour demander votre prise en charge à 100%. Il adresse ce document, appelé protocole de soins, au médecin conseil de l'Assurance maladie. Après accord de ce dernier, le protocole de soins vous est remis et expliqué par votre médecin traitant. Il vous informe sur la prise en charge médicale de votre maladie, sur la durée de la prise en charge et sur vos remboursements.

## 8.2 LA VIE PROFESSIONNELLE PENDANT LES TRAITEMENTS

---

La vie professionnelle est souvent perturbée par la maladie, soit parce que vous êtes trop fatiguée, soit parce que les effets secondaires causés par le cancer ou les traitements vous empêchent de travailler.

Pendant les traitements, un arrêt de travail de quelques semaines ou quelques mois est fréquent. Vous pouvez alors bénéficier d'indemnités journalières qui compensent en partie la perte de vos revenus professionnels. Les conditions pour obtenir ces indemnités sont variables selon les statuts professionnels (salarié, fonctionnaire, travailleur indépendant, demandeur d'emploi, profession libérale, etc.).

Pensez à prévenir votre ou vos employeurs dès le premier jour de votre arrêt de travail. Cela permettra de conserver un bon contact et facilitera, à terme, une reprise du travail dans les meilleures conditions.

## 8.3 LES AIDES À DOMICILE

---

Lorsque l'on suit un traitement ou que l'on rentre chez soi après une hospitalisation, il est parfois difficile de s'occuper des tâches quotidiennes. Une aide à domicile peut alors s'avérer utile. Derrière ce terme, outre l'aide à domicile, on trouve différents métiers tels que l'auxiliaire de vie sociale ou la technicienne de l'intervention sociale et familiale.

Ces professionnels ont diverses compétences et peuvent vous aider pour :

- les gestes du quotidien comme le lever, la toilette ou l'alimentation ;
- les activités domestiques comme l'entretien du logement et du linge, les courses ou la préparation des repas ;
- les démarches administratives ;
- l'organisation de la vie familiale comme aller chercher les enfants à l'école.

Il est parfois possible de bénéficier d'un soutien financier qui prend en charge une partie des frais engendrés par l'aide à domicile. Plusieurs dispositifs existent. Ils sont conditionnés par votre âge, votre situation ou vos ressources.

Pour en savoir plus sur vos droits, sur les aides et sur les démarches (y compris sur le plan professionnel), vous pouvez prendre contact avec votre caisse d'Assurance maladie, consulter le guide *Cancer info Démarches sociales et cancer*, ou encore faire appel à l'assistante sociale de l'établissement dans lequel vous êtes suivie.

## 8.4 BÉNÉFICIER D'UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

La maladie peut être source de souffrance psychologique. L'angoisse du lendemain, la perte de repères, l'altération de l'image du corps, les répercussions des traitements sur un éventuel désir de grossesse, la difficulté à communiquer avec ses proches sont autant de facteurs qui peuvent être déstabilisants et rendre vulnérable.

Chacun vit la maladie et les traitements de manière différente, selon son histoire, sa personnalité et ses relations familiales, sociales, professionnelles. Dans tous les cas, il est important d'exprimer ses doutes et ses craintes, notamment à l'équipe soignante. Vous pourrez ainsi être écoutée et bénéficier, si nécessaire, d'un soutien psychologique.

Selon vos besoins et vos souhaits, vous pouvez être orientée vers un professionnel, vers des groupes de parole ou vers des associations de patients.

### Consulter un professionnel

La consultation d'un psychiatre est remboursée par l'Assurance maladie. En revanche, la consultation d'un psychologue n'est prise en charge que lorsqu'elle a lieu à l'hôpital ou dans un centre médico-psychologique (CMP).

Des consultations gratuites avec un psychologue peuvent être proposées par des associations de patients ou des réseaux de santé.

### Participer à un groupe de parole

Des groupes de parole peuvent être organisés à l'initiative de l'établissement hospitalier ou d'associations. Animés par des professionnels, ils permettent d'échanger, de rencontrer des personnes confrontées aux mêmes problèmes ou aux mêmes inquiétudes.

Ces groupes peuvent vous aider à vous exprimer, notamment sur des sujets que vous n'évoquez pas forcément avec votre entourage.

### **Rencontrer une association de patients**

Il existe de nombreuses associations de patients ou de proches de personnes malades. Leurs modes d'intervention sont variés, mais leur rôle est important. Elles peuvent vous apporter, ainsi qu'à vos proches, des informations ainsi qu'un soutien sur le plan humain ou social. Elles constituent aussi un moyen de rencontre et d'échange.

Pour en savoir plus sur les aspects psychologiques de la maladie, consultez le guide *Vivre pendant et après un cancer*. Pour connaître les coordonnées des associations près de chez vous, rendez-vous sur [www.e-cancer.fr/cancer-info](http://www.e-cancer.fr/cancer-info)

## **8.5 LES PROCHES**

---

Accompagner une personne atteinte d'un cancer est une épreuve difficile. L'investissement personnel auprès d'une personne malade est éprouvant, tant sur le plan physique que psychologique.

Proposer à vos proches de lire ce guide peut les aider à mieux comprendre la période que vous traversez.

Des psychologues et psychiatres sont généralement présents dans les établissements de santé et accueillent autant les personnes malades que leurs proches. Par ailleurs, des associations d'anciens patients et de bénévoles proposent un soutien particulier aux proches, notamment à travers des groupes de parole. N'hésitez pas à vous renseigner auprès de l'établissement où vous êtes suivie ou de la Ligue nationale contre le cancer.

Des informations détaillées destinées aux proches figurent dans le guide *Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer*.



# 9. Ressources utiles

## LA PLATEFORME CANCER INFO LES ASSOCIATIONS

---

### 9.1 LA PLATEFORME CANCER INFO

---

- ▶ **Cancer info, le service téléphonique : 0810 810 821** (prix d'un appel local)  
Une équipe constituée de spécialistes de l'information sur les cancers répond à vos questions d'ordre pratique, médical ou social, du lundi au samedi, de 9 heures à 19 heures. Vous pouvez aussi accéder à un service d'écoute animé par des psychologues et à une permanence juridique animée par des avocats.
  
- ▶ **Cancer info, la rubrique internet : [www.e-cancer.fr/cancer-info](http://www.e-cancer.fr/cancer-info)**  
La rubrique Cancer info du site internet de l'Institut national du cancer donne accès à des informations détaillées sur le cancer du col de l'utérus, les facteurs de risque, le dépistage, le diagnostic, les traitements, le suivi après les traitements, la vie pendant et après la maladie, les associations près de chez vous, etc.
  
- ▶ **Cancer info, les guides**  
(disponibles gratuitement sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr))
  - **Comprendre la radiothérapie (2009)**  
Ce guide a pour but d'aider les personnes traitées par radiothérapie à mieux comprendre le principe de ce traitement, à faciliter la prise en charge de ses effets secondaires et à mieux le vivre au quotidien.
  
  - **Démarches sociales et cancer (2009)**  
Support d'information sur les droits sociaux, ce guide a pour but d'aider les personnes malades et leurs proches à s'orienter dans leurs démarches auprès des différents services sociaux et administratifs.

- **Traitements du cancer et chute des cheveux (2009)**

Ce guide répond de manière complète, pratique et illustrée, aux questions qui peuvent se poser sur la chute des cheveux associée à certaines chimiothérapies ou radiothérapies.

- **Comprendre la chimiothérapie (2008)**

Ce guide a pour but d'aider les personnes traitées par chimiothérapie à mieux comprendre le principe de ce traitement, à faciliter la prise en charge de ses effets secondaires et à mieux le vivre au quotidien.

- **Les essais cliniques en cancérologie : les réponses à vos questions (2008)**

Ce guide répond aux questions que les patients peuvent se poser lorsqu'un essai clinique leur est proposé : quel est l'objectif ? existe-t-il des risques ? comment prendre la décision ? etc.

- **Douleur et cancer (2007)**

Ce guide a pour objectif de répondre aux questions des patients sur les douleurs liées au cancer et de faciliter leur prise en charge.

- **Vivre pendant et après un cancer (2007)**

Ce guide a pour but d'accompagner le patient dans les changements que peuvent entraîner la maladie et ses traitements, sur le plan psychologique, émotionnel, relationnel ou familial.

- **Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer (2006)**

Ce guide a pour objectif de permettre aux proches de mieux cerner le rôle qu'ils peuvent jouer auprès de la personne malade.

- **Fatigue et cancer (2005)**

Ce guide a pour objectif d'aider les patients et leurs proches à comprendre les causes de la fatigue associée au cancer et à faciliter sa prise en charge.

## 9.2 LES ASSOCIATIONS

---

### **Ligue nationale contre le cancer**

La Ligue nationale contre le cancer apporte aux malades et à leurs proches un soutien moral, psychologique, matériel et financier. Elle est présente partout en France à travers ses 103 comités départementaux. Pour connaître et accéder à ses services : appelez le 0810 111 101 (prix d'un appel local) ou connectez-vous sur [www.ligue-cancer.net](http://www.ligue-cancer.net)

### **1000 femmes 1000 vies**

L'association 1 000 femmes 1 000 vies accompagne les femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus en leur proposant un soutien, des conseils et un lieu de rencontre. L'association a aussi pour objectif d'informer le public sur le cancer du col de l'utérus et ses causes afin de promouvoir les pratiques de dépistage et de prévention. Pour contacter l'association, écrivez à [contact@1000femmes1000vies.org](mailto:contact@1000femmes1000vies.org) ou, pour connaître ses activités, connectez-vous sur [www.1000femmes1000vies.org](http://www.1000femmes1000vies.org)



# 10. Glossaire

---

Ce glossaire définit les termes scientifiques que vous pouvez entendre tout au long des traitements.

## a

---

**anatomopathologie** : spécialité médicale qui consiste à observer des tissus ou des cellules prélevés sur le patient pour repérer et analyser des anomalies liées à une maladie. L'examen se fait d'abord à l'œil nu, puis au microscope. On parle aussi d'anatomocytopathologie ou encore d'« anapath ».

**antiémétique** : médicament qui agit contre les nausées et les vomissements.

## C

---

**cancer** : maladie provoquée par la transformation de cellules qui deviennent anormales et prolifèrent de façon excessive. Ces cellules dérégulées finissent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne.

**cellule** : unité de base de la vie qui constitue tout organisme. Le corps humain est composé de plusieurs milliards de cellules de différents types (cellules de peau, des os, du sang...) qui, pour la plupart, se multiplient, se renouvellent et meurent. Des cellules identiques assemblées entre elles forment un tissu. Une cellule devient cancéreuse lorsqu'elle se modifie et se multiplie de façon incontrôlée.

**chambre implantable** : petit boîtier placé sous la peau (généralement au niveau du thorax) et relié à un tuyau souple et fin, appelé cathéter, glissé dans une veine. Une chambre implantable permet d'injecter un médicament dans le sang à travers la peau. Elle facilite les perfusions de chimiothérapie et permet de ne pas abîmer les veines. On parle aussi de port-à-cath® ou de PAC.

**conisation** : ablation d'un fragment du col de l'utérus en forme de cône en vue de son analyse anatomopathologique.

**cure** : séance au cours de laquelle sont administrés les médicaments de chimiothérapie.

## e

**essai clinique** : étude scientifique menée avec les patients, dont l'objectif est de rechercher de meilleures modalités de prise en charge du cancer. Un essai clinique peut porter sur la prévention, le dépistage, le diagnostic, un traitement ou la qualité de vie.

## f

**facteur de croissance** : substance qui régule la fabrication ou la croissance de certaines cellules. Les facteurs de croissance agissent par l'intermédiaire de récepteurs disposés à la surface des cellules.

**frottis** : prélèvement de cellules du col de l'utérus par léger frottement de sa surface à l'aide d'un coton-tige spécial ou d'une petite brosse. Ces cellules sont ensuite examinées au microscope pour en analyser l'aspect et déceler d'éventuelles anomalies. On parle aussi de frottis cervico-utérin.

## g

**ganglion lymphatique** : petit renflement le long des vaisseaux lymphatiques\*. Souvent disposés en chaîne ou en amas, les ganglions sont soit superficiels (dans le cou, l'aisselle, l'aîne), soit profonds (dans le pelvis, l'abdomen, le thorax). Ils assurent un rôle essentiel dans la protection du corps contre les infections ou les cellules cancéreuses.

## h

**hématome** : accumulation de sang localisée sous la peau ou dans une cavité à la suite d'une rupture de vaisseaux sanguins\*.

## i

**immunothérapie**: traitement qui vise à stimuler les défenses de l'organisme contre les cellules cancéreuses.

## l

**lymph**: liquide légèrement coloré produit par le corps. La lymphe transporte les globules blancs et évacue les déchets des cellules. Elle circule dans des vaisseaux, appelés vaisseaux lymphatiques\*.

## m

**métastase**: tumeur formée à partir de cellules cancéreuses qui se sont détachées d'une première tumeur (tumeur primitive\*) et ont migré par les vaisseaux lymphatiques\* ou les vaisseaux sanguins\* dans une autre partie du corps où elles se sont installées.

**muqueuse**: tissu qui tapisse les cavités de l'organisme, notamment les organes génitaux (comme l'utérus et le vagin), le tube digestif (de la bouche au rectum) et les bronches.

## p

**paramètre**: tissu qui soutient l'utérus en le reliant latéralement à la paroi du pelvis\*.

**pelvis**: partie basse du ventre contenant notamment la vessie, le rectum et les organes internes de la reproduction (utérus et vagin chez la femme, prostate chez l'homme).

**perfusion**: injection lente et continue d'un liquide (médicament, solution nutritive), le plus souvent dans une veine. On parle aussi de goutte-à-goutte.

**péritoine**: membrane qui tapisse l'intérieur de l'abdomen et recouvre les organes abdominaux : côlon, estomac, foie, pancréas, etc.

**phlébite** : inflammation d'une veine pouvant provoquer son obturation par la formation d'un caillot de sang.

## r

**radiographie** : examen qui permet d'obtenir des images d'une partie du corps à l'aide de rayons X. Une radio est un examen d'imagerie.

**récidive** : réapparition de cellules cancéreuses, au même endroit ou dans une autre région du corps. Une récurrence peut survenir très tôt après la fin des traitements, mais aussi après une longue période de rémission. On parle aussi de rechute.

**recommandation** : document destiné à aider les professionnels de santé à proposer au patient les solutions de prises en charge (diagnostic, traitement, suivi) les mieux adaptées selon le type de cancer et son stade\*. L'élaboration des recommandations s'appuie sur l'analyse des essais cliniques\* et sur l'avis d'experts. On parle parfois de recommandations de bonne pratique.

## S

**scanner** : examen qui permet d'obtenir des images du corps en coupes à l'aide de rayons X. Les images sont reconstituées par ordinateur, ce qui permet une analyse précise de différentes régions du corps. On parle aussi de tomodensitométrie ou TDM. Le terme scanner désigne aussi l'appareil utilisé pour réaliser cet examen.

**stade** : degré d'extension d'un cancer au moment du diagnostic. Le stade du cancer est généralement déterminé au moyen d'un système de classification qui donne des informations sur la taille de la tumeur et sur la présence de cellules cancéreuses dans les ganglions\* ou dans d'autres parties du corps. Ces informations permettent d'adapter le traitement.

**système lymphatique** : système comprenant les vaisseaux lymphatiques\*, les ganglions lymphatiques\* et d'autres organes chargés de défendre l'organisme contre les agents étrangers, notamment infectieux.



## t

**TEP (tomographie par émission de positons)**: examen qui permet d'obtenir des images précises du corps en coupes fines grâce à l'injection d'un produit faiblement radioactif appelé traceur. Ces images sont reconstituées en trois dimensions sur un écran d'ordinateur.

**thérapie ciblée**: traitement à l'aide de médicaments qui, selon leur cible, visent à freiner ou bloquer la croissance de la cellule cancéreuse, en l'affamant, en commandant sa mort, en dirigeant le système immunitaire contre elle ou en l'incitant à redevenir normale.

**tumeur**: grosseur plus ou moins volumineuse due à une multiplication excessive de cellules normales (tumeur bénigne) ou anormales (tumeur maligne).

**tumeur primitive**: tumeur principale à partir de laquelle peuvent s'échapper des cellules cancéreuses qui vont former des métastases\* dans d'autres parties du corps.

## u

**uretère**: canal qui conduit l'urine du rein à la vessie.

## v

**vaisseau lymphatique**: canal par lequel circule la lymphe\*. Les vaisseaux lymphatiques relient les ganglions\* entre eux pour former le système lymphatique, impliqué dans la défense de l'organisme.

**vaisseau sanguin**: canal par lequel circule le sang (artère, veine ou petit vaisseau capillaire).

# Annexe : les examens du bilan diag

Des examens sont réalisés pour obtenir le plus d'informations possibles sur le cancer dont vous êtes atteinte. Cette étape peut sembler longue, mais un bilan précis est indispensable pour vous proposer un traitement adapté. Le tableau ci-dessous présente les examens

EXAMEN	DESCRIPTION
Examen clinique	L'examen clinique est réalisé lors d'une consultation qui comprend tout d'abord un entretien avec la patiente. L'examen clinique repose sur un examen gynécologique (examen au spéculum et toucher vaginal), un examen du rectum (toucher rectal) et un examen de l'abdomen et des aires ganglionnaires.
Frottis cervico-utérin	Prélèvement de cellules par grattage de la surface du col de l'utérus à l'aide d'une spatule ou d'une petite brosse.
Colposcopie	Examen qui consiste à observer le vagin et le col de l'utérus à l'aide d'un spéculum et d'une loupe binoculaire.
Biopsie	Prélèvement d'un échantillon de tissu. Les biopsies cervicales sont réalisées directement si la lésion est bien visible ou à l'aide d'un colposcope, notamment si la lésion est de petite taille ou le frottis anormal.
Examen anatomopathologique	Examen de tissus ou de cellules prélevés lors d'un frottis ou d'une biopsie ou retirés lors d'une chirurgie (pièce de conisation, pièce opératoire). Cet examen est réalisé au microscope par un pathologiste.

# nostique

les plus souvent réalisés dans le cas d'un cancer du col de l'utérus et leurs objectifs. L'ordre dans lequel ils sont réalisés peut varier d'une personne à l'autre. Tous ces examens ne sont pas systématiques et, si besoin, d'autres peuvent vous être proposés.

	OBJECTIF
	<p>Déceler des signes visibles et « palpables » d'un cancer du col de l'utérus et de son extension éventuelle aux organes voisins (vagin, rectum) et aux ganglions.</p>
	<p>Analyser l'aspect des cellules de la muqueuse cervicale et déceler d'éventuelles modifications qui peuvent être signe de lésions précancéreuses, susceptibles d'évoluer en cancer si elles ne sont pas traitées.</p>
	<p>Pratiqué le plus souvent suite à un frottis anormal, cet examen permet de déceler des lésions précancéreuses ou un cancer débutant en repérant des zones d'aspect anormal. Il est alors complété par une biopsie.</p>
	<p>Analyser des échantillons de tissus apparemment anormaux afin de déterminer s'ils sont de nature cancéreuse ou non.</p>
	<p>C'est l'examen indispensable pour confirmer le diagnostic de cancer. Réalisé sur la biopsie, il permet d'établir le diagnostic et de déterminer les caractéristiques du tissu cancéreux (type histologique). Réalisé sur la pièce opératoire, donc après la chirurgie, il permet de définir le stade du cancer.</p>

# Annexe : les examens du bilan diag

EXAMEN	DESCRIPTION
Analyses de sang	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mesure de la qualité et de la quantité des différentes cellules sanguines (on parle de numération formule sanguine ou d'hémogramme).</li><li>• Mesure de la composition biochimique du sang afin de contrôler le fonctionnement du foie et des reins (bilan hépatique et rénal).</li><li>• Dosage du marqueur tumoral SCC (<i>squamous cell carcinoma</i>) dans le cas des cancers épidermoïdes.</li></ul>
IRM pelvienne	Examen qui consiste à créer des images en coupes des organes, tissus, os et vaisseaux sanguins, grâce à des ondes radioélectriques et un champ magnétique. Un ordinateur assemble ces images en clichés en trois dimensions (3D).
En complément	
Tomographie par émissions de positons (TEP)	Examen qui permet de réaliser des images en coupes du corps, après injection dans le sang d'un traceur, un produit faiblement radioactif. Ce traceur a la particularité de se fixer sur les cellules cancéreuses. La TEP fournit des images de la répartition du traceur et donc des cellules cancéreuses dans tout le corps.
Cystoscopie	Examen qui permet d'étudier l'intérieur de la vessie au moyen d'un endoscope, instrument composé d'un tube et de fibres optiques.
Rectoscopie	Examen qui permet d'étudier l'intérieur du rectum au moyen d'un endoscope, instrument composé d'un tube et de fibres optiques.

# nostique (suite)

## OBJECTIF

Ces analyses fournissent des renseignements sur l'état de santé général de la patiente. Elles permettent également de détecter une éventuelle contre-indication à l'un des traitements du cancer, notamment à certaines chimiothérapies. Le dosage du marqueur tumoral SCC lors du diagnostic peut être utile pour le suivi ultérieur.

C'est l'examen d'imagerie de référence. L'IRM permet d'estimer la taille de la tumeur et d'évaluer son extension locale dans le pelvis (extension dans l'utérus, au-delà de l'utérus, dans les ganglions).

La TEP peut être proposée en réunion de concertation pluridisciplinaire en complément de l'IRM, notamment pour les tumeurs de grande taille (plus de 4 centimètres), plus susceptibles de se propager. Son objectif est de rechercher d'éventuelles métastases.

La cystoscopie peut être réalisée en cas de suspicion, lors de l'IRM, d'une extension de la tumeur à la vessie.

La rectoscopie peut être réalisée en cas de suspicion, lors de l'IRM, d'une extension de la tumeur au rectum.

# Méthode et références

Ce guide fait partie de Cancer info, la plateforme d'information de référence à destination des malades et des proches. Cette plateforme est développée par l'Institut national du cancer en partenariat avec la Ligue nationale contre le cancer. Elle vise à rendre accessible une information validée pour permettre au patient d'être acteur du système de soins. Les contenus de Cancer info sont élaborés à partir des recommandations destinées aux professionnels de santé et selon une méthodologie pluridisciplinaire associant professionnels et usagers. Ils sont régulièrement mis à jour en fonction des avancées médicales et réglementaires.

## Sources

- Guide médecin ALD n°30 - Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique - Cancer invasif du col utérin. HAS-INCa, janvier 2010 ;
- Référentiel de bon usage du médicament hors GHS - Cancers gynécologiques - INCa/HAS/AFSSAPS (2010) ;
- Prise en charge des cancers gynécologiques : référentiel col utérin, Société française d'oncologie gynécologique, janvier 2010 ;
- Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus – État des connaissances - Actualisation 2008, Institut national de veille sanitaire ;
- Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010 - Col de l'utérus, Institut national de veille sanitaire ;
- Le cancer du col de l'utérus en France : état des lieux 2010, Collection Rapport & synthèse, INCa, juillet 2010 ;
- Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie, HAS-INCa, 2006 ;
- Circulaire N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.

## Conception et coordination

Emmanuelle Bara, responsable du département information des malades et des proches, directrice adjointe de l'information des publics, Institut national du cancer

**Stéphanie Belaud**, chef de projet, département information des malades et des proches, Direction de l'information des publics, Institut national du cancer  
**Valérie Delavigne**, linguiste, département information des malades et des proches, Direction de l'information des publics, Institut national du cancer

### Relecture médicale

**Dr Anne Garnier**, département dépistage, Direction de la santé publique, Institut national du cancer

**Dr Christine Haie-Meder**, radiothérapeute, chef du service de radiothérapie, Institut Gustave Roussy, Villejuif

**Florence Kania**, directrice des soins, Hôpital Saint-Louis, Paris et membre du comité consultatif des professionnels de santé (CCPS) de l'Institut national du cancer

**Pr Philippe Morice**, chirurgien, chef du service de chirurgie gynécologique, Institut Gustave Roussy, Villejuif

**Pr Denis Vinatier**, gynécologue obstétricien, service de chirurgie gynécologique et mammaire, Hôpital Jeanne de Flandre, Lille

### Conformité aux recommandations professionnelles

**Dr Marie de Montbel**, département des recommandations pour les professionnels de santé, Direction des soins et de la vie des malades, Institut national du cancer

**Dr Valérie Mazeau-Woynar**, responsable du département des recommandations pour les professionnels de santé, Direction des soins et de la vie des malades, Institut national du cancer

### Relecture usagers

**Élodie Affri**, patiente

**Marianick Lambert**, secrétaire générale du Collectif interassociatif sur la santé (CISS) et membre du comité des malades, des proches et des usagers (CMPU) de l'Institut National du Cancer

**Marie Lanta**, chargée de mission informations des malades et des proches de la Ligue nationale contre le cancer

**Frédérique Stenger**, accompagnatrice en santé, Espace de rencontres et d'information, Centre hospitalier Lyon Sud

Merci aux patientes qui ont relu ce guide et ont souhaité garder l'anonymat.









Pour en savoir plus et télécharger ou commander  
gratuitement ce guide :



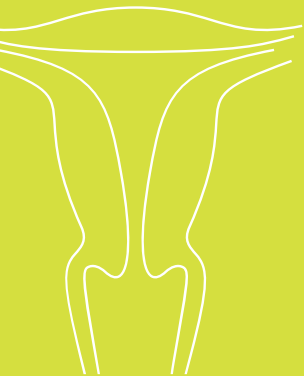
Édité par l'Institut National du Cancer  
Tous droits réservés – Siren 185 512 777  
Conception : INCa  
Réalisation : Le Square  
Couverture : Olivier Cauquil  
Illustrations médicales : Anne-Christel Rolling  
Impression : Comelli  
ISSN 2104-953X

DEPÔT LÉGAL JUIN 2011

Vous avez appris que vous avez un cancer du col de l'utérus. La survenue de cette maladie provoque d'importants bouleversements. Ce guide a pour objectif de vous accompagner dans la période des traitements qui commence.

Quels sont les traitements ? Quels sont leurs objectifs et leurs effets secondaires ? Quelles sont leurs conséquences sur votre vie quotidienne ? Qui sont les professionnels que vous rencontrez ? Voilà les questions auxquelles ce guide tente de répondre en fournissant des informations médicales de référence et validées par des spécialistes du cancer du col de l'utérus.

Cependant, votre situation face au cancer est unique. Les informations de ce guide ne peuvent donc pas remplacer un avis médical. Ce guide constitue, avant tout, un support pour vos échanges avec vos médecins et l'équipe soignante.



Ref. GUICOLUTERUS11