

Comprendre et échanger sur votre prise en charge

GSK

Vous allez bénéficier d'une prise en charge pour le cancer de l'ovaire dont vous souffrez. La chirurgie est l'un des principaux traitements de cette maladie. Elle s'intègre dans un **parcours de soins personnalisé** dont il est essentiel de comprendre les enjeux et les différentes étapes.

Ce livret a pour objectif de vous apporter des informations complémentaires à celles de votre équipe soignante et de vous expliquer les spécificités de la prise en charge, notamment chirurgicale.

Des schémas à compléter sont disponibles à la fin de ce livret, que le chirurgien pourra utiliser pour délivrer une information précise sur l'intervention et les soins qui vous sont proposés.

Si des questions subsistent, vous pourrez les noter tout au long de votre lecture puis les poser lors de vos consultations.

Bon à savoir

Les mots marqués d'une étoile sont expliqués dans le lexique situé à la fin du livret.





Ce livret appartient à .....

Remis par le Dr .....

Date ..... / ..... / .....

L'évaluation initiale [1] : une étape essentielle

Les **principaux types de traitement du cancer de l'ovaire** sont la **chirurgie**, la **chimiothérapie**, les **thérapies ciblées** ainsi qu'un ensemble de soins et de soutiens qui les accompagnent. **L'équipe médicale va discuter des différents traitements** possibles et vous proposer ceux qui sont le mieux adaptés à votre cas. Pour cela, **elle a besoin de connaître différents facteurs** (caractéristiques du cancer, antécédents médicaux, état de santé général, présence de mutations génétiques spécifiques…) qui ont un rôle important dans les décisions.

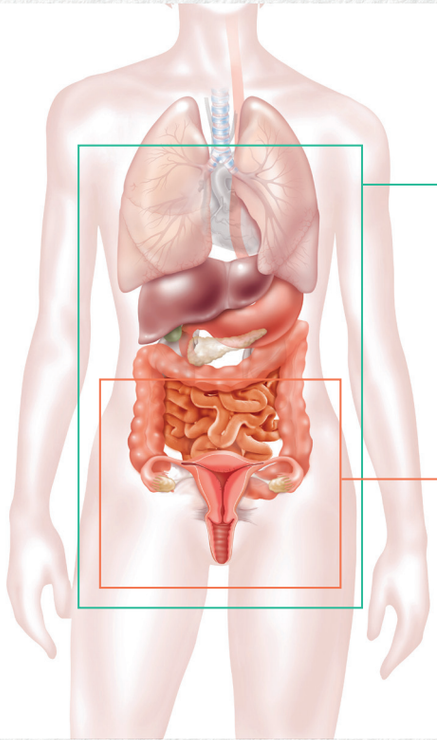
MOT DE L'EXPERT

« La chirurgie a pour objectif l'exérèse de l'intégralité de la tumeur visible. L'évaluation initiale est donc essentielle pour choisir le bon moment pour vous opérer : soit en début de traitement, soit après plusieurs cures de chimiothérapie. »

Déterminer le stade du cancer [2]

Les tumeurs sont classées selon un stade qui reflète l'étendue de la maladie, à l'aide du système de stadification FIGO. Les stades sont exprimés par un chiffre allant de 0 (le moins avancé) à IV (le plus avancé). Il existe également des sous-catégories (A, B, C) pour mieux préciser l'extension du cancer.

Ce stade est évalué grâce à des examens d'imagerie et des examens sanguins. Les résultats vont permettre de déterminer si l'atteinte tumorale est limitée aux ovaires ou aux organes voisins comme l'utérus ou la vessie. On parle alors de **stades précoces**. Si elle s'étend à des organes éloignés des ovaires comme la sphère digestive, on parle de **stades avancés**.



Stades avancés (IIb à IVb)

Cancer étendu à d'autres organes pelviens, atteinte abdominale ou à d'autres organes (métastases)

Stades précoces (Ia à IIa)

Cancer limité aux ovaires ou aux trompes de Fallope

Confirmer le diagnostic [1]

Si le stade est présumé précoce, une chirurgie va être programmée. Les examens approfondis de la tumeur se feront sur la tumeur qui sera retirée pendant l'intervention. Si on suspecte un stade avancé, le chirurgien pratique généralement une **cœlioscopie* exploratrice** pour déterminer précisément quels organes sont atteints par le cancer.

Lors de cette intervention, il prélève des échantillons de différents tissus (aussi appelés biopsies) qui seront analysés pour confirmer s'ils sont touchés ou non. La cœlioscopie permet donc de **préciser l'extension** du cancer.

Dans certains cas, nous réalisons, à la place de la cœlioscopie, une biopsie sous scanner.

MOT DE L'EXPERT

*« L'extension du cancer peut être décrite et précisée par un score d'évaluation : le **PCI** (Index de Carcinose Péritonéale de Sugarbaker). Il est établi en fonction de la distribution des nodules tumoraux et de leur taille. »*

EN PRATIQUE

La cœlioscopie [3]

La cœlioscopie* (ou laparoscopie*) est une technique qui permet d'observer et d'opérer à l'intérieur de l'abdomen en ne faisant que de petites incisions.

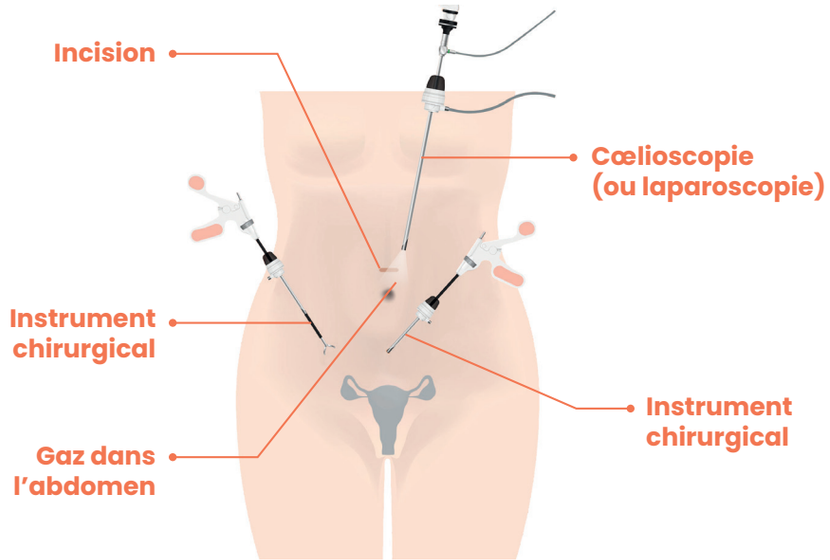
Du gaz carbonique est insufflé dans l'abdomen par une petite incision d'environ 1 cm au-dessus du nombril, pour faciliter l'accès aux organes.

Il est alors possible d'introduire une mini-caméra ainsi que des instruments chirurgicaux par d'autres incisions pour examiner les organes et réaliser des gestes chirurgicaux, une ponction de l'ascite* ou des prélèvements de tissus (biopsies).

Pour une cœlioscopie*, vous êtes généralement hospitalisée le matin du jour de l'intervention.

L'opération se déroule sous anesthésie générale. La durée d'hospitalisation dépend de l'intervention. Vous pouvez ressortir le soir même, on parle alors de chirurgie ambulatoire, ou quelques jours plus tard.

Pour toutes informations sur la cœlioscopie*, demandez à votre chirurgien.



EN PRATIQUE

La biopsie [1]

La biopsie sous scanner est un examen qui consiste à prélever des petits fragments de tissu qui seront ensuite examinés en **anatomopathologie*** afin de faire un diagnostic et d'orienter les traitements.

Cet examen est réalisé par **un médecin radiologue interventionnel**, assisté d'**un manipulateur en électroradiologie** dans une salle dédiée. Sous guidage du scanner, après une anesthésie locale et une prémédication antalgique, le radiologue introduit avec précision une fine aiguille coaxiale jusqu'à la lésion à biopsier. Il introduit ensuite à travers ce coaxial l'aiguille à biopsie et réalise plusieurs prélèvements.

Un scanner de contrôle est réalisé de façon systématique en fin de procédure. **L'examen dure en moyenne une vingtaine de minutes et est suivi d'une surveillance d'environ 1 heure**. Les résultats vous seront ensuite communiqués par votre médecin référent.



MOT DE L'EXPERT

« Sur cette biopsie, on peut à la fois faire le diagnostic de cancer, en déduire l'origine (ovaire, péritoine, côlon, autre..) et s'il s'agit d'un cancer de l'ovaire de haut grade, compléter par une analyse génétique qui permet de guider la suite du traitement. »

Importance de l'enquête génétique [1,4]

Beaucoup de cancers de l'ovaire sont liés à des mutations génétiques. En cas de cancer de haut grade, une recherche de mutation, notamment sur les gènes BRCA1 et 2 mais également pour d'autres anomalies, sera faite à partir de la biopsie initiale. Cette analyse fait partie de l'évaluation de votre situation, car la connaissance des mutations est importante :

- **Pour vous-même,** pour orienter les décisions thérapeutiques et évaluer la sensibilité à certains traitements ;
- **Pour votre entourage familial,** (ascendants/descendants, garçons/filles), l'altération génétique BRCA étant héréditaire et transmissible.

En fonction de votre âge, de votre histoire familiale, des caractéristiques de la tumeur, vous pourrez être adressée en consultation d'oncogénétique. La consultation d'oncogénétique permet de vous informer des possibles répercussions personnelles et familiales des résultats des tests génétiques BRCA.

MOT DE L'EXPERT

« Dans certains cas, un consentement pourra vous être demandé pour la recherche de certaines anomalies génétiques. »

VOS QUESTIONS

Notez ici toutes les questions que vous avez besoin de poser à votre équipe soignante.

.....

.....

.....

.....

BRCA (BReast CAncer) : Gène de prédisposition aux cancers du sein et des ovaires.

Proposer les traitements [1]

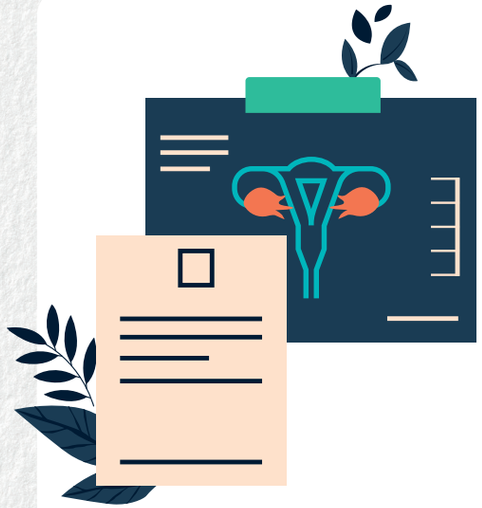
Quand l'équipe médicale regroupant différents spécialistes (gynéco-oncologue, radiothérapeute, chirurgien…) a collecté toutes les informations nécessaires à l'analyse de votre situation, elle discute des options de traitement lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Les modalités de la proposition de traitement sont présentées dans un document appelé Programme Personnalisé de Soins (PPS).

Ce PPS précise la nature et la date de réalisation des différents traitements (chirurgie, chimiothérapie*…) ainsi que la proposition de soins complémentaires comme un support nutritionnel ou psychologique par exemple. Ce document vous permet d'avoir une vision globale de votre parcours de soins.

Il peut évoluer et être complété au cours de votre prise en charge, selon les résultats des différents traitements dont vous allez bénéficier, selon l'évolution de vos besoins, etc.

Vous pouvez présenter ce document aux autres professionnels de santé qui peuvent être amenés à vous accompagner, en dehors de l'hôpital notamment.

Un principe de PPS vous est proposé dans les pages suivantes. Vous pouvez le remplir avec votre médecin.



Participation à un essai clinique [1]

L'équipe médicale peut vous proposer de participer à un essai clinique. Il s'agit d'une étude scientifique visant à évaluer ou à comparer des traitements, des stratégies de prise en charge. Avant de prendre la décision d'intégrer un essai clinique, le déroulement et les conditions de l'étude vous seront présentés et vous pourrez poser toutes les questions nécessaires.

La chirurgie [1,5]

La chirurgie tient une place importante dans le traitement du cancer de l'ovaire. Les techniques chirurgicales employées et les traitements associés dépendent du stade d'évolution de la maladie et seront proposés en fonction des résultats des examens que vous avez passés et des analyses des biopsies.

L'objectif de l'opération est de retirer la tumeur partout où elle se trouve. Quand cela est réalisable, on parle alors de cytoréduction complète (CC0). Il peut être nécessaire d'intervenir au-delà de la sphère gynécologique, sur le système digestif notamment. De par sa complexité, l'opération doit être réalisée par un chirurgien ou une équipe de chirurgiens spécialistes des interventions gynécologiques et de la chirurgie digestive.

MOT DE L'EXPERT

« Avant de réaliser la chirurgie, vous allez bénéficier d'un accompagnement spécifique, car c'est une étape essentielle de votre parcours. Une prise en charge nutritionnelle, physique, voire psychologique peut vous être proposée. On se prépare à une chirurgie comme on prépare une épreuve sportive ! »



La préparation de l'intervention [1]

Les consultations

Avec le chirurgien

Avant l'intervention vous allez rencontrer le chirurgien qui va vous expliquer précisément comment se déroulera l'opération et les différents actes qui seront réalisés comme par exemple la biopsie. Il vous exposera comment vous y préparer au mieux et les étapes qui viendront ensuite.

Avec l'anesthésiste

L'opération se déroule sous anesthésie générale. Lors de la consultation avec l'anesthésiste, celui-ci vous questionne sur vos antécédents médicaux (existence d'autres pathologies que le cancer, utilisation régulière de traitements médicamenteux…), chirurgicaux et aussi sur vos habitudes de vie (consommation de tabac, d'alcool) pour évaluer les possibles risques de l'anesthésie. Il pourra aborder avec vous la question de la gestion de la douleur après l'intervention afin de vous soulager au mieux (proposition d'analgésie péridurale par exemple).

Vos médecins pourront lors de vos échanges répondre à toutes vos questions, n'hésitez pas à les solliciter.



Le saviez-vous ?

La chirurgie du cancer de l'ovaire peut intégrer une approche spécifique dite de pré-habilitation et/ou de réhabilitation améliorée après chirurgie.

Certains besoins sont évalués avant et après la chirurgie comme notamment l'état nutritionnel. Il peut être nécessaire, si votre médecin le juge utile, d'enrichir votre alimentation ou de prendre des compléments nutritionnels oraux afin de corriger ou de prévenir une dénutrition.

Une approche spécifique : la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC)[6-8]

La chirurgie du cancer de l'ovaire peut intégrer une approche spécifique dite de pré-habilitation et/ou de réhabilitation améliorée après chirurgie.

Cette approche de prise en charge globale a pour objectif de vous permettre de retrouver plus rapidement vos capacités après l'opération.

Votre parcours opératoire est réfléchi à chaque étape afin d'optimiser votre prise en charge, et vous jouez un rôle actif dans la démarche.

Vous allez également rencontrer une infirmière d'annonce qui va reprendre tous les détails de cette prise en charge et vous donner des conseils personnalisés.

La consultation d'annonce infirmière a notamment pour but de vous proposer des soins de support dont l'accompagnement psychologique. Lors de cette consultation, vos besoins seront évalués et l'accompagnement sera personnalisé. Des informations sur l'organisation du parcours chirurgical vous seront données.

Avant l'opération : la phase pré-opératoire

Il s'agit des jours qui vont précéder l'opération. L'objectif est de vous y préparer au mieux, en vous informant (consultation dédiée), en évaluant votre santé en général (évaluation des comorbidités, recherche d'éventuelles carences nutritionnelles) et en optimisant votre condition physique (adaptation des traitements, anémie, nutrition, sevrages, etc.).

Un programme personnalisé vous sera proposé, mais **voici quelques conseils généraux :**

- **Préparation physique et respiratoire :**
  Vous pouvez effectuer, seule ou supervisée par un kinésithérapeute, des exercices d'endurance et de renforcement musculaire d'intensité modérée (marche, footing, vélo, natation).
  Il est conseillé d'arrêter le tabac et l'alcool.
- **Préparation nutritionnelle :**
  Des compléments nutritionnels adaptés peuvent vous être prescrits.
  Afin d'optimiser la cicatrisation et le rétablissement général, consommez suffisamment de protéines (viandes, volailles, poissons, œufs, produits laitiers), et pensez à bien vous hydrater (1,5 à 2l d'eau par jour).
  Surveillez régulièrement votre poids, et enrichissez votre alimentation si nécessaire.

Vous recevrez également de l'information pour préparer votre sortie de l'hôpital.

Le jour de l'opération : la phase peropératoire

Le jour de l'intervention, pour préserver votre confort et limiter au maximum les effets indésirables, des mesures préventives sont mises en place (alimentation, traitements).

Durant l'opération, les procédés d'anesthésie et de chirurgie sont optimisés pour minimiser les conséquences du « stress » chirurgical, favoriser une meilleure récupération et prévenir les complications post-opératoires.

Après l'opération : la phase post-opératoire

Différentes mesures vont être mises en place afin de faciliter le retour à l'autonomie, comme par exemple un lever et une mobilisation précoce : on vous mobilisera dans les 24h suivant la chirurgie, la durée de ce premier lever dépendra de vous. Vous pourrez boire dans les heures qui suivent l'opération. La mastication de chewing-gum est un moyen simple pour accélérer la reprise du transit intestinal après opération.

Dans les jours qui suivent, nous vous encourageons à vous mobiliser au plus vite pour permettre une récupération rapide.

À la sortie de l'hôpital, un suivi est assuré.

Quelques conseils/précautions à suivre à votre sortie :

- Évitez de porter des charges lourdes
- Portez votre ceinture abdominale jusqu'à la consultation post-opératoire
- Reprenez une alimentation normale et fractionnée si perte d'appétit
- Marchez régulièrement

VOS QUESTIONS

Notez ici toutes les questions que vous avez besoin de poser à votre équipe soignante.

La chirurgie des stades précoces [1,5]

Si votre cancer est d'un stade présumé précoce (limité à l'ovaire ou aux trompes de Fallope), l'intervention repose généralement sur :

- **une ablation de l'utérus** (hystérectomie*) ;
- **une ablation des trompes de Fallope et des ovaires** (annexectomie ou salpingo-ovariectomie bilatérale*) ;
- **une ablation de l'épiploon, qui est une partie du péritoine qui forme un repli sous l'estomac et recouvre le côlon** (omentectomie*).

Le retrait des ganglions lymphatiques de la zone concernée (appelé curage ganglionnaire) est discuté par l'équipe médicale au cas par cas. L'intervention permet également de réaliser des biopsies péritonéales multiples. L'analyse des tissus et des ganglions retirés permet de confirmer le stade et d'envisager, si nécessaire, la mise en place d'une chimiothérapie* pour les tumeurs de haut grade, après l'opération. C'est ce que l'on appelle une stadification chirurgicale. Certains cancers au stade le plus précoce peuvent être opérés par cœlioscopie*. Les interventions sur des formes plus évoluées nécessitent une laparotomie*, c'est-à-dire une incision de la paroi de l'abdomen. Cette technique opératoire est expliquée dans les pages suivantes.

Cancer de l'ovaire et désir de grossesse [1]



Si vous avez un désir d'enfant et que le cancer est peu agressif et localisé sur un seul ovaire, l'équipe médicale évaluera s'il est possible ou non d'envisager une future grossesse et vous informera en détail des modalités. Parlez absolument de votre désir de grossesse avant de commencer les traitements.

MOT DE L'EXPERT

« Des consultations d'oncofertilité existent, afin d'informer sur le risque d'infertilité et proposer dans la mesure du possible une solution adaptée. »

Des schémas anatomiques sont proposés dans les pages suivantes. Votre chirurgien est là pour vous indiquer précisément quels organes vont être concernés par l'intervention chirurgicale. N'hésitez pas à lui poser toutes les questions nécessaires à votre bonne compréhension.

La chirurgie des stades avancés [1]

Si le cancer est diagnostiqué à un stade avancé, il s'étend sur plusieurs organes dont le péritoine (membrane qui tapisse l'abdomen).

La préparation de l'intervention dépend alors de l'extension des lésions cancéreuses. L'objectif de l'opération est d'enlever l'ensemble des lésions cancéreuses visibles, c'est ce que les chirurgiens appellent la résection complète. L'intervention est similaire à celle des stades précoces avec :

- **une ablation de l'utérus** (hystérectomie*), avec une chirurgie digestive dans la majorité des cas ;
- **une ablation des trompes de Fallope et des ovaires** (annexectomie ou salpingo-ovariectomie bilatérale*) ;
- **une ablation des lésions sur tous les organes touchés,** notamment les organes digestifs. Le curage ganglionnaire n'est plus recommandé et n'est plus systématique (sauf cas particulier). [9]

Quand réaliser la chirurgie ? [5]

Deux options sont évaluées par l'équipe médicale en fonction notamment de l'étendue de votre cancer :

- **soit opérer d'emblée avant la chimiothérapie***

CHIRURGIE → **CHIMIOTHÉRAPIE**

- **soit opérer après quelques séances de chimiothérapie** (généralement 3 ou 4) avec pour objectif d'améliorer l'accès à la tumeur et de réaliser l'ablation de la totalité de la tumeur visible. Dans ce cas, la chimiothérapie* est appelée chimiothérapie* néoadjuvante et la chirurgie est dite d'intervalle.

CHIMIOTHÉRAPIE → **CHIRURGIE** → **CHIMIOTHÉRAPIE**

3 à 4 séances — 3 à 4 séances

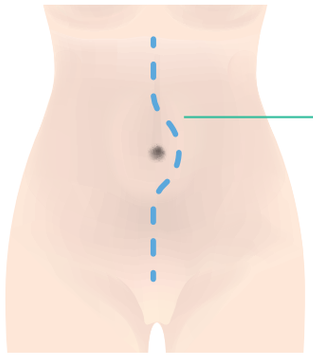
EN PRATIQUE

La laparotomie [1]

La laparotomie* consiste à pratiquer **une incision verticale de l'abdomen**.

Le chirurgien peut alors accéder à l'ensemble de la cavité abdominale, repérer puis enlever les lésions cancéreuses. L'intervention est pratiquée **sous anesthésie générale**.

Sa durée dépend du type de chirurgie, elle peut être longue et dure généralement plusieurs heures.



Incision verticale
pour accéder à l'ensemble de la cavité abdominale

Dans certains cas, une chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale (CHIP) peut également être effectuée durant l'opération. Ce traitement se déroule en une fois, à la fin de l'opération, une fois que le chirurgien a enlevé tous les foyers cancéreux visibles à l'oeil nu. Les médicaments de chimiothérapie sont dilués dans un liquide et chauffés jusqu'à 41 °C. Ils sont ensuite introduits dans la cavité péritonéale où ils circulent jusqu'à 90 minutes avant d'être aspirés par une pompe. Le chirurgien referme ensuite l'abdomen. Le fait de chauffer le liquide contenant les médicaments a pour objectif d'augmenter l'effet destructeur de la chimiothérapie sur les tissus cancéreux.

MOT DE L'EXPERT

« Le chirurgien se doit de vous exposer l'ensemble des complications possibles de la chirurgie, mais toutes ne surviendront pas chez vous. »

Les effets indésirables possibles de la chirurgie [1,10]

Toute intervention chirurgicale expose à **des risques d'effets indésirables**.

Après l'intervention, vous pouvez ressentir **des effets indésirables liés à l'anesthésie** : nausées, vomissements, somnolence, mal de gorge lié à l'intubation…

Ils peuvent aussi être dus à l'intervention : hématome au niveau de l'incision, douleurs abdominales dues aux gestes chirurgicaux, douleurs dues à la dilatation de l'abdomen par le gaz lors d'une cœlioscopie*…

Les complications sont rares : saignement ou infection des cicatrices, plaie d'un organe de l'abdomen. Exceptionnellement, un caillot peut se former dans la circulation sanguine et entraîner une phlébite ou une embolie pulmonaire.

Les complications opératoires en quelques définitions [1]

Les complications liées au retrait des ganglions lymphatiques

- **La lymphocèle :** c'est une accumulation de lymphe dans la zone où les ganglions lymphatiques ont été retirés. Un drainage sous contrôle radiologique, voire une nouvelle intervention chirurgicale dans certains cas pourront être mis en place.
- **Le lymphœdème :** il s'agit d'une accumulation de lymphe dans les membres inférieurs qui a pour conséquence un gonflement des jambes. Le port de bas de contention, associé à des massages réalisés par un kinésithérapeute, contribue à réduire l'œdème.

Les complications liées aux interventions sur les organes digestifs

- **L'ileus intestinal :** arrêt temporaire du transit (absence de gaz et de selles, ballonnement, hoquet, nausées voire vomissements).
- **La fistule anastomotique :** quand la suture entre des segments de côlon cicatrise mal, le liquide digestif peut s'écouler dans l'abdomen. Les conséquences des fistules sont réduites par la réalisation d'une stomie transitoire (voir page suivante).

Les soins post-opératoires [1]

Après l'intervention, vous allez être hospitalisée pendant quelques jours durant lesquels l'équipe soignante va **surveiller l'évolution de votre état de santé**.

En général, **des tubes appelés drains sont installés** pour évacuer les liquides qui s'accumulent (sang, lymphe…) lors de la cicatrisation. Les soignants vont les surveiller, effectuer les soins nécessaires et c'est le chirurgien qui décidera de leur retrait.

Une sonde urinaire est généralement posée pour quelques jours. Les médecins vous demanderont assez rapidement de vous lever. La mobilisation précoce et encadrée est généralement bénéfique après une chirurgie. Elle permet notamment de prévenir les phlébites. Des médicaments anticoagulants et le port de bas de contention seront également recommandés.

Quelques signes à surveiller de retour chez vous ! [1]

Une fois de retour à la maison, en cas de sensation inhabituelle, de douleurs, d'un mollet qui enfle, de saignements ou de suppuration des cicatrices, de fièvre, de vomissements, de brûlures lorsque vous urinez, n'hésitez pas à appeler votre médecin traitant ou le service qui vous a prise en charge.

LA STOMIE [1]

Dans certains cas, le chirurgien va enlever une partie des organes du système digestif (intestin, côlon…) et il sera amené à raccorder les parties restantes pour assurer la continuité du conduit intestinal. De façon transitoire, pendant l'intervention en cas de fragilité de la suture sur l'intestin (ou secondairement en cas de fistule, c'est-à-dire de fuite sur la suture de l'intestin), il peut réaliser une stomie qui consiste à relier l'intestin grêle ou le côlon à une ouverture créée directement au niveau du ventre pour évacuer les selles dans une poche le temps de permettre une cicatrisation complète de la suture de l'intestin. Selon les circonstances, entre quelques semaines et quelques mois plus tard, après cicatrisation complète, le circuit intestinal pourra être rétabli lors d'une nouvelle intervention chirurgicale. La poche sera enlevée et les selles pourront de nouveau être évacuées par voie naturelle.

L'aide d'un infirmier spécialisé appelé stomathérapeute* pourra vous être proposée pendant cette période.

Les traitements médicamenteux

La chimiothérapie et les thérapies ciblées [1]

Si votre cancer a pu être opéré, le chirurgien a retiré les lésions visibles mais il est important de compléter l'intervention en cas de cancer avancé et/ou de haut grade par une chimiothérapie*. Elle sera généralement initiée dans les 6 semaines suivant la chirurgie.

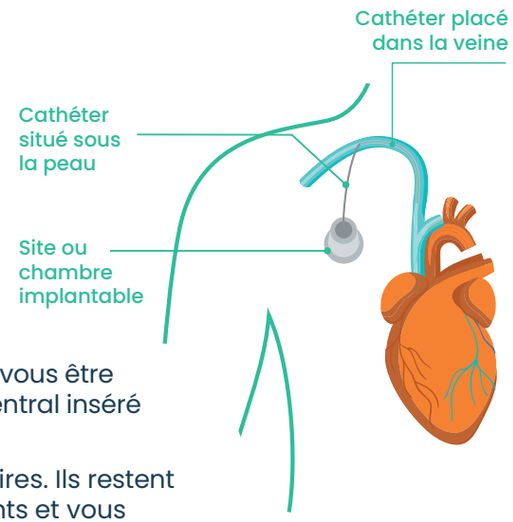
En fonction de votre situation, une thérapie ciblée* pourra également être proposée avec ou après la chimiothérapie*.

Elle a pour objectif de consolider les résultats obtenus avec la chimiothérapie*, on l'appelle aussi traitement d'entretien ou de maintenance.

L'accès veineux central [1]

La pose d'un cathéter relié à un petit boîtier facilite l'administration des traitements.

Ce dispositif, appelé chambre implantable, est placé sous la peau lors de l'intervention spécifique réalisée sous anesthésie locale.



Un PICC line peut également vous être proposé (cathéter veineux central inséré au niveau du pli du coude).

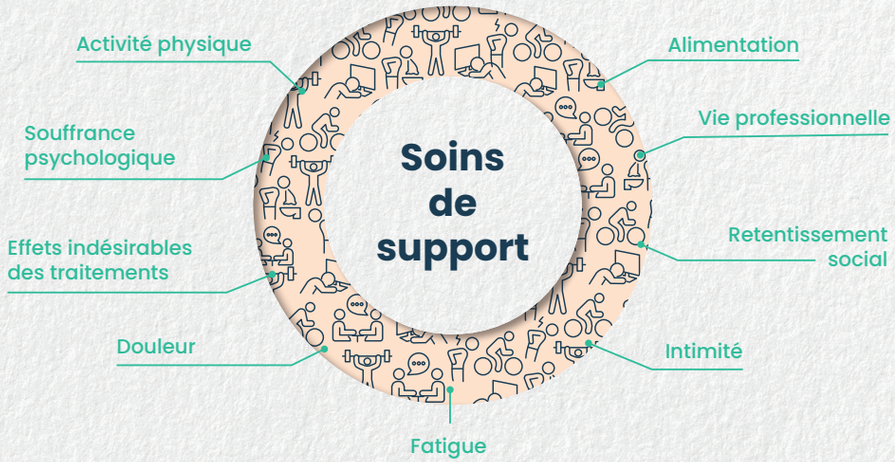
Ces dispositifs sont temporaires. Ils restent en place durant les traitements et vous permettent d'avoir une activité normale.

Les soins de support [1]

Les soins de support correspondent à l'ensemble des soins et soutiens nécessaires au cours et après votre prise en charge. Ils viennent compléter les traitements spécifiques (chirurgie, chimiothérapie*, traitement d'entretien) contre votre cancer.
Leur objectif est de vous assurer la meilleure qualité de vie possible pendant et après le traitement de votre cancer en apportant des réponses à l'ensemble de vos besoins. Il peut s'agir de mieux gérer votre fatigue ou vos douleurs, de supports nutritionnels, de traiter des troubles génito-urinaires ou des troubles de l'humeur… Ils s'adressent à vous mais aussi à votre entourage.

Renseignez-vous auprès du service qui prend en charge votre cancer pour connaître les soins auxquels vous pouvez avoir accès. N'hésitez jamais à faire part de vos besoins, de vos problèmes, l'équipe soignante vous orientera vers le professionnel de soins capable d'y répondre.

Les soins de support pour mieux affronter les conséquences de la maladie et de ses traitements



Échanger avec votre équipe soignante

Les pages suivantes concernent la technique opératoire, les modalités de votre opération et votre Programme Personnalisé de Soins.

Elles sont à compléter avec votre chirurgien.

Les illustrations ont pour but de vous aider à comprendre l'intervention qui vous est proposée. Vous pourrez également noter les informations qui vous semblent importantes.

Les feuillets sont autocopiants, ainsi votre médecin pourra conserver dans votre dossier médical un exemplaire des explications qu'il vous a apportées.

La technique opératoire

Date de la discussion : ..... / ..... / .....

La technique opératoire proposée : .....

Informations à retenir : .....

.....

.....

.....

VOS QUESTIONS

Notez ici toutes les questions que vous avez besoin de poser à votre médecin.

.....

.....

.....

.....

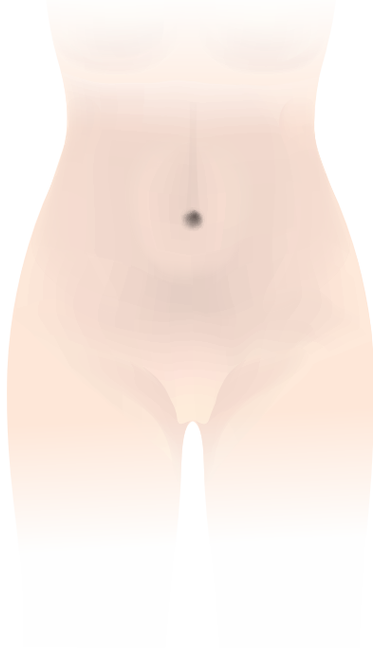
.....

.....

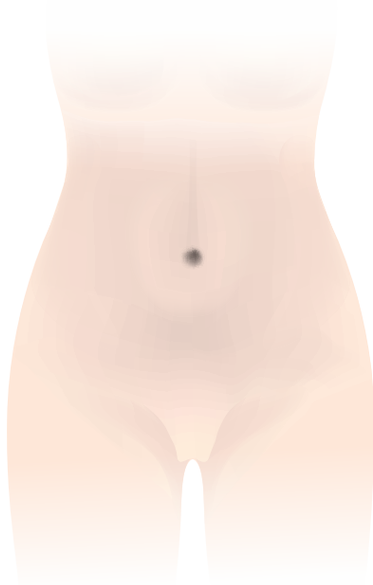
.....

Votre chirurgien peut représenter sur les schémas ci-après le type d'incision qui sera réalisé pour vous opérer. Ce papier est autocopiant, votre chirurgien peut ainsi garder une copie de ses explications dans votre dossier médical.

Date : ..... / ..... / .....



Cœlioscopie



Laparotomie



Votre opération

Votre opération

Date de la discussion : ..... / ..... / .....

Informations à retenir : .....

VOS QUESTIONS

Notez ici toutes les questions que vous avez besoin de poser à votre médecin.

.....

.....

.....

.....

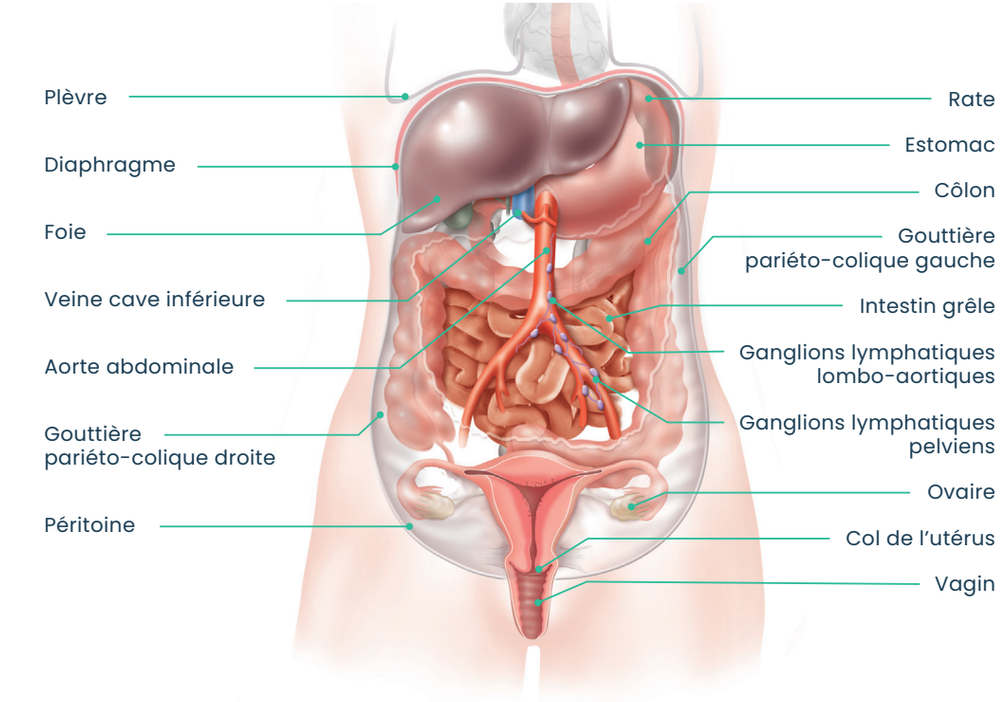
.....

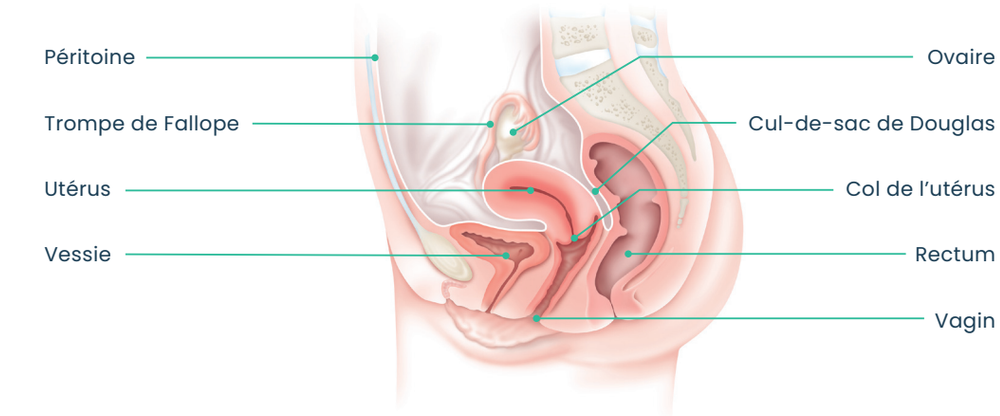
.....

.....

Votre chirurgien peut représenter sur les schémas ci-contre les localisations de l'intervention. Ce papier est autocopiant, votre chirurgien peut ainsi garder une copie de ses explications dans votre dossier médical.

Date : ..... / ..... / .....





Votre Programme Personnalisé de Soins (PPS)



Votre Programme Personnalisé de Soins (PPS)



Dates clés à compléter avec votre médecin :

____ / ____ / ____ | ____ / ____ / ____ | ____ / ____ / ____ | ____ / ____ / ____ | ____ / ____ / ____

DIAGNOSTIC

Chirurgie d'évaluation
par cœlioscopie*
Date : ____ / ____ / ____

Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)

Chirurgie première complète possible
Durée d'hospitalisation :
Chirurgie d'exérèse*
par laparotomie*
Date : ____ / ____ / ____

Chirurgie non réalisable d'emblée
- chimiothérapie* néoadjuvante
Nombre de séances :
____

Évaluation :
Marqueur sanguin
CA 125
Scanner
+/- IRM
Cœlioscopie*
d'évaluation
Score PCI

Chimiothérapie* adjuvante*
Bilan sanguin avant chaque séance
Nombre de séances : ____

± Thérapie ciblée*
Durée de traitement : ____

Chimiothérapie* adjuvante*
Bilan sanguin avant chaque séance
Nombre de séances : ____

± Thérapie ciblée*
Durée de traitement : ____

Chirurgie d'intervalle

Chimiothérapie* adjuvante*
Bilan sanguin avant chaque séance
Nombre de séances : ____

± Thérapie ciblée*
Durée de traitement : ____

VOS QUESTIONS

____

____

____

____

Vos chimiothérapies

Dates à compléter avec votre médecin :

C1 | Date : ..../..../.....

C2 | Date : ..../..../.....

C3 | Date : ..../..../.....

C4 | Date : ..../..../.....

C5 | Date : ..../..../.....

C6 | Date : ..../..../.....

C7 | Date : ..../..../.....

C8 | Date : ..../..../.....

Vos taux de CA 125

Qu'est-ce que le CA 125 ?[1]

Certaines tumeurs libèrent des substances dans le sang appelées marqueurs tumoraux.

L'antigène tumoral 125 (CA 125) est le principal marqueur tumoral du cancer de l'ovaire. Il est naturellement présent en faible quantité dans le sang. Son dosage s'effectue par une simple prise de sang et peut être nécessaire dans différentes situations, comme par exemple contrôler s'il y a une récidive du cancer, savoir si le traitement est efficace…

Attention : il est impossible d'interpréter par vous-même les résultats d'analyses.

Dates et résultats à compléter avec votre médecin :

Date : ..../..../.....
CA 125 : ..... **U/mL**

Date : ..../..../.....
CA 125 : ..... **U/mL**

Date : ..../..../.....
CA 125 : ..... **U/mL**

Date : ..../..../.....
CA 125 : ..... **U/mL**

Date : ..../..../.....
CA 125 : ..... **U/mL**

Date : ..../..../.....
CA 125 : ..... **U/mL**

Lexique [1, 5, 11]

Adjuvant (traitement) : traitement qui complète le traitement principal afin de prévenir un risque de récidive locale ou le développement de métastases.

Anatomopathologie : Spécialité médicale qui consiste à examiner les organes, les tissus ou les cellules, pour repérer et analyser des anomalies liées à une maladie.

Ascite : accumulation anormale de liquide dans la cavité péritonéale.

Chimiothérapie : traitement du cancer qui repose sur des médicaments. Son rôle est d'éliminer les cellules cancéreuses quel que soit l'endroit où elles se trouvent dans le corps.

Cœlioscopie : technique de chirurgie permettant d'accéder à l'intérieur de l'abdomen par de petites incisions de la paroi abdominale.

Exérèse : opération chirurgicale par laquelle on enlève un organe, une tumeur ou un corps étranger inutile ou malade.

Hystérectomie : ablation de l'utérus. L'hystérectomie est dite « radicale » lorsqu'il y a ablation de l'utérus, du col de l'utérus, du vagin supérieur et des tissus entourant le col de l'utérus et le vagin supérieur.

Laparotomie : technique chirurgicale consistant à ouvrir l'abdomen au moyen d'une incision.

Laparoscopie : synonyme de cœlioscopie.

Omentectomie : ablation de l'épiploon, la fine membrane qui recouvre l'estomac et le gros intestin.

Ovariectomie : ablation d'un ovaire (ovariectomie unilatérale) ou des deux ovaires (ovariectomie bilatérale).

Résection : retrait chirurgical d'une partie d'organe ou d'un tissu pathologique comme une tumeur.

Salpingo-ovariectomie : ablation des trompes de Fallope et des ovaires.

Stomathérapeute : infirmier spécialisé dans la prise en charge des personnes dotées d'une stomie. Le stomathérapeute accompagne les patients pour qu'ils puissent reprendre une vie personnelle, familiale, professionnelle et sociale normale.

Stomie digestive : raccordement de l'intestin à une ouverture au niveau du ventre pour permettre l'évacuation des selles. Les selles sont recueillies dans une poche collée autour de cette ouverture.

Thérapie ciblée : médicaments qui bloquent la croissance ou la propagation des cellules tumorales. Ils agissent de manière ciblée, c'est-à-dire spécifique, sur des mécanismes à l'origine du développement ou de la dissémination tumorale, et/ou interfèrent avec des altérations moléculaires.

Bibliographie

1. INCa. Guide patients. Les traitements des cancers de l'ovaire. Septembre 2020.
2. Info Cancer. Les stades. Disponible sur : https://www.arcagy.org/infocancer/localisations/cancers-feminins/cancer-de-l-ovaire/formes-de-la-maladie/les-stades.html/
3. Ameli. Comment se déroule une coelioscopie. Disponible sur : https://www.ameli.fr/assure/sante/examen/exploration/deroulement-coelioscopie
4. INCa. La consultation d'oncogénétique. Disponible sur : https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Parcours-de-soins/Consultation-d-oncogenetique
5. InfoCancer. La chirurgie. Disponible sur : https://www.arcagy.org/infocancer/localisations/cancers-feminins/cancer-de-l-ovaire/traitements/la-chirurgie.html/
6. HAS. Synthèse du rapport d'orientation. Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC). Juin 2016.
7. HCL. GRACE. Parcours de soins. Préhabilitation et Réhabilitation Améliorée après Chirurgie (RAC). 2022.
8. Azaïs H. *et al.* La Revue du praticien. Réhabilitation améliorée pour la chirurgie des cancers de l'ovaire. 29 juin 2022.72(6) ;632.
9. Harter P, *et al.* A Randomized Trial of Lymphadenectomy in Patients with Advanced Ovarian Neoplasms. N Engl J Med. 2019;380(9):822-832.
10. INCa. Chirurgie. Effets secondaires. Disponible sur : https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Traitements/Chirurgie/Effets-secondaires
11. INCa. Dictionnaire. Disponible sur : https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/



Document réalisé en collaboration avec le Pr Catherine Uzan, Chef du service de chirurgie et de cancérologie gynécologique et mammaire à l'hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, et le Dr Pierre MEEUS, Chirurgie Oncologie, Centre Léon Bérard, Lyon.

NP-FR-AOU-BROC-240010- V1 – Juin 2025 - © 2025 Groupe GSK ou ses concédants.