

Cancer de l'ovaire : je comprends la place de la chirurgie

Dr Xavier Douysset

Adresse du site : www.docvadis.fr/xavier-douysset



Validé par
le Comité Scientifique Oncologie

La chirurgie a un rôle important dans le traitement du cancer de l'ovaire. Elle permet le diagnostic de la tumeur et de son extension éventuelle. Il s'agit toujours d'une chirurgie réalisée par un chirurgien qui travaille en équipe avec des biologistes, des anesthésistes et des chimiothérapeutes.

Quel est le rôle de la chirurgie dans le diagnostic du cancer de l'ovaire ?

Au début, le cancer de l'ovaire se présente comme un kyste localisé à un ovaire ou aux deux. Certains examens complémentaires donnent des indications, mais il n'y a pas d'autre façon de faire le diagnostic que d'enlever la tumeur et de la faire analyser. Dans certains cas, le diagnostic de cancer de l'ovaire a été suspecté avant l'opération. Le chirurgien pourra s'aider, en cours d'intervention, de l'analyse de la tumeur par un médecin anatomo-pathologiste (examen microscopique des tissus). Il pourra alors faire tous les prélèvements nécessaires au bilan complet. Parfois, la chirurgie sera faite pour un kyste de l'ovaire d'allure banale et la découverte du cancer sera une « mauvaise surprise ». Le diagnostic sera alors porté sur l'aspect de la tumeur en cours d'intervention ou sur les résultats définitifs obtenus après une dizaine de jours. Dans certains cas, il sera nécessaire de réopérer dans les semaines suivantes pour faire le bilan chirurgical complet.

En quoi consiste la chirurgie du cancer de l'ovaire au stade précoce ?

Dès que le diagnostic de cancer de l'ovaire est certain, le chirurgien doit faire des prélèvements systématiques sur les voies de passage, c'est-à-dire sur l'ensemble des organes pouvant avoir été déjà colonisés par les cellules cancéreuses. Tous ces prélèvements seront ensuite examinés au microscope à la

recherche de foyers occultes de cancer. Si tout est normal (sans cancer ou « négatif »), on peut être certain qu'il s'agit d'un stade de début limité à l'ovaire. Dans le cas contraire, la découverte de cellules cancéreuses à distance change le stade et donc le traitement de la maladie.

La chirurgie peut-elle être faite par coelioscopie ?

Oui. La coelioscopie est une intervention chirurgicale qui consiste à introduire une optique de caméra par un petit orifice pour observer la cavité abdominale. D'autres orifices permettront de passer des instruments et de réaliser des gestes chirurgicaux avec des ouvertures minimales de la paroi de l'abdomen. Devant un kyste simple de l'ovaire, la coelioscopie est la méthode de choix qui permet de minimiser l'agression chirurgicale pour une lésion bénigne. Certaines équipes très expérimentées réalisent l'ensemble des gestes du bilan d'un cancer par coelioscopie.

Qu'est-ce que la chirurgie « conservatrice » du cancer de l'ovaire ?

La chirurgie « conservatrice » comporte tous les gestes cités plus haut, mais vise à maintenir les possibilités de grossesse en conservant l'utérus et un ovaire. Elle est parfois possible :

- Chez une femme jeune désirant des enfants.
- Lorsque la tumeur est limitée à un seul ovaire, l'autre étant normal.
- Devant certains types de cancer à moindre risque de récurrence, à condition de pratiquer un bilan complet.
- Si la patiente est informée des risques de récurrence sur l'ovaire restant.

Plus rarement, en cas de tumeur bilatérale (des deux ovaires), on pourra laisser l'utérus en place dans l'espoir de pouvoir pratiquer un don d'ovocytes pour une grossesse future.

En quoi consiste la chirurgie du cancer de l'ovaire au stade avancé ?

L'objectif de la chirurgie du cancer de l'ovaire au stade avancé est d'enlever tous les éléments de la tumeur qui ont pu se disséminer dans le pelvis et l'abdomen (on parle de chirurgie complète). Si l'ablation de toute la tumeur n'est pas possible, il faut chercher à ce que les résidus cancéreux soient le plus petits possible (moins de 1 cm), on parle alors de chirurgie optimale. Tous ces gestes ne peuvent se faire que par une incision large de part et d'autre de l'ombilic. Il s'agit d'une intervention longue (3 à 6 heures), qui nécessite une préparation soignée :

- Bilan d'anesthésie complet.
- Préparation par purge et lavement en cas d'intervention sur l'intestin.
- Mise en place préopératoire de cathéters pour des transfusions éventuelles en cas de saignement important.
- Surveillance postopératoire en Unité de Soins continus.

Qu'est-ce que la chirurgie « intermédiaire » du cancer de l'ovaire ?

Dans certains cas, les examens faits avant l'opération laissent prévoir que l'ablation complète de la tumeur sera très difficile ou dangereuse (atteinte des vaisseaux du foie ou du diaphragme). La chirurgie peut alors se limiter à une coelioscopie ou à une très courte incision pour réaliser de simples biopsies (prélèvement de tissus) et déterminer le type de cancer. Le traitement débutera par la chimiothérapie dans le but de diminuer la tumeur et rendre son ablation plus simple. L'intervention sera alors réalisée après 3 ou 4 cures de chimiothérapie. On parle alors de chirurgie de réduction intermédiaire ou d'intervalle. La chimiothérapie sera ensuite reprise 3 ou 4 semaines après.

Qu'est-ce que la chirurgie de « réévaluation » du cancer de l'ovaire ?

La chirurgie de « réévaluation » est parfois réalisée à la fin du traitement, après une première chirurgie et une chimiothérapie, pour apprécier l'effet de ces premières étapes et déterminer la suite. Systématique il y a quelques années, elle est encore proposée par certaines équipes ou dans des protocoles de recherche. Il s'agit, en général, d'une chirurgie plus simple visant à faire des biopsies dans des endroits déterminés. Les résultats de cette chirurgie de réévaluation viendront compléter les examens réalisés en fin de traitement pour apprécier la qualité de la rémission et l'utilité ou non de poursuivre et de modifier la chimiothérapie.

Quelles sont les précautions prises ?

En fonction des gestes qui ont été réalisés, l'hospitalisation sera de 8 à 15 jours. La surveillance se fera souvent dans une Unité de Soins continus. Des traitements adaptés de la douleur seront utilisés tout au long de l'hospitalisation. Les drains et la sonde urinaire mis en place en cours d'intervention seront retirés après quelques jours.

Quels sont les risques ?

Après une chirurgie lourde, malgré toutes les précautions qui sont prises pour les éviter, certaines complications rares peuvent survenir : saignement ou hématome imposant parfois des transfusions ou même une ré-intervention, phlébite ou embolie, infection des urines, des poumons ou péritonite, fistule ou occlusion digestive. Lorsqu'une ablation d'une partie de l'intestin a été nécessaire, le circuit normal est le plus souvent rétabli par une suture. Pour éviter le risque de fistule sur cette couture, le chirurgien réalise parfois une dérivation intestinale (colostomie ou anus artificiel) qui sera refermée au bout de quelques mois par une intervention chirurgicale. Plus rarement, le circuit ne sera pas rétabli et l'intestin restera dérivé.

Quelles sont les suites ?

La récupération après une telle chirurgie est parfois lente, surtout chez les malades âgées, d'autant qu'elle s'ajoute à la fatigue liée à la maladie et à la chimiothérapie qui démarre ensuite. A distance, les séquelles peuvent être un ralentissement du transit intestinal et des douleurs abdominales. Chez les femmes jeunes, l'ablation des ovaires entraîne une ménopause prématurée. Un traitement hormonal de substitution n'est pas contre-indiqué en cas de cancer de l'ovaire.

Malgré les progrès réalisés, le cancer de l'ovaire reste une maladie grave en raison de sa dissémination abdominale fréquente et précoce. Pour limiter le risque de rechute, son traitement associe une chirurgie parfois lourde et une chimiothérapie. Le traitement du cancer de l'ovaire est plus efficace lorsqu'il est réalisé par une équipe médicale ayant une plus grande expérience de la maladie. Ce traitement, qui fait appel à plusieurs spécialistes, doit être discuté en Réunion de Concertation pluridisciplinaire (RCP).