



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



JUILLET 2021



OUTILS POUR LA PRATIQUE

CANCERS INVASIFS DU COL UTÉRIN

/Du diagnostic au suivi

› L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER

Créé par la loi de santé publique du 9 août 2004, l'Institut national du cancer est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.

Groupement d'intérêt public, il rassemble en son sein l'État, les grandes associations de lutte contre le cancer, les caisses d'assurance maladie, les fédérations hospitalières et les organismes de recherche.

› Ses missions

- Assurer une approche globale des pathologies cancéreuses
- Stimuler l'innovation
- Produire des expertises et recommandations pour les décideurs et professionnels de santé
- Animer les organisations territoriales en cancérologie
- Analyser les données pour mieux orienter l'action
- Informer et diffuser les connaissances liées aux cancers

Ce document fait partie de la collection « Outils pour la pratique » à destination des médecins généralistes.

Il vise à aider les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne auprès des patients atteints de cancer en présentant de façon synthétique le parcours de soins d'une patiente adulte atteinte de cancer invasif du col utérin. Le contenu de cet outil a été élaboré à partir de recommandations de bonnes pratiques selon une méthode décrite sur le site Internet de l'INCa et a été relu par un groupe de travail pluridisciplinaire (liste des membres en page 27). Le présent document constitue un référentiel de bonnes pratiques et de prise en charge en cancérologie pris en application du 2° de l'article L.1415-2 du code de la santé publique et a été soumis à la commission des expertises de l'Institut national du cancer en date du 6 juillet 2021. Cette expertise sanitaire a été adoptée par décision du Président de l'Institut N° 2021-9 en date du 06/09/2021, publiée au **Registre des actes administratifs de l'Institut**. En fin de document, des ressources pratiques (documents, sites Internet, plateformes téléphoniques) pour les médecins généralistes et leurs patientes sont répertoriées. Les renvois chiffrés 0 tout au long du document concernent ces ressources pratiques complémentaires qui sont situées en page 25.

Les éléments clés de l'organisation des soins en cancérologie sont rassemblés dans un document « Organisation des soins en cancérologie ». (1)
Ce document est téléchargeable sur e-cancer.fr

CANCERS INVASIFS DU COL UTÉRIN

› Chiffres en France¹

- **2920 nouveaux cas** et **1117 décès** estimés en 2018
- **11^e cancer** le plus fréquent chez la femme
- Survie nette standardisée à 5 ans : **63 %** pour les femmes diagnostiquées entre 2010-2015 (en amélioration chez les femmes avant 50 ans mais en dégradation chez les femmes à partir de 60 ans)
- Âge médian au diagnostic : **53 ans**

› Principaux types histologiques

La majorité des cancers invasifs du col utérin sont des carcinomes, parmi lesquels :

- 80 à 90 % sont des **carcinomes malpighiens** développés essentiellement à partir d'une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade HPV² induite (qui se développe au niveau de la muqueuse cervicale malpighienne, le plus souvent à la jonction entre l'épithélium malpighien de l'exocol et l'épithélium cylindrique de l'endocol qui constitue une zone de fragilité propice à l'infection HPV) ;
- 10 à 20 % sont des **adénocarcinomes** le plus souvent HPV induits.

Ce document concerne les seuls carcinomes du col utérin. Les types histologiques très rares tels que les sarcomes, les mélanomes, les tumeurs neuroendocrines, les lymphomes et les tumeurs secondaires n'entrent pas dans son champ.

› Principaux facteurs de risque

- **majeur** : infection génitale persistante par les HPV à haut risque (HR) dits oncogènes (maladie viro-induite) (2) :
 - en cause dans la quasi-totalité des carcinomes malpighiens et dans la grande majorité des adénocarcinomes³ ;
 - sexuellement transmissible ;
 - génotypes 16 et 18 en cause dans 70 % des cas ;
- **co-facteurs** favorisant la persistance de l'infection :
 - tabagisme actif ;
 - immunodépression (constitutionnelle ou acquise : VIH, traitement immunosuppresseur, greffe) ;
 - exposition au diéthylstilbestrol (deuxième génération).

L'infection persistante peut se traduire ensuite par des lésions histologiques précancéreuses : lésions malpighiennes intra-épithéliales de

1. e-cancer.fr.

2. *Human Papilloma Virus*.

3. Female genital tumors, WHO classification of tumours, 5th edition, 2020.

bas ou de haut grade. Ces lésions peuvent régresser spontanément, persister ou évoluer vers un cancer du col utérin, **qui va mettre en moyenne entre 10 et 20 ans à se développer.**

Accessibles au dépistage⁴ (3)

Du fait de leur évolution lente et de l'existence de nombreuses lésions précancéreuses curables, les cancers du col utérin peuvent être dépistés à un stade précoce et même être prévenus par la détection et le traitement des lésions qui les précèdent.

- Deux types de tests en fonction de l'âge de la femme : **examen cytologique** et **test HPV-HR** ;
- Fréquence des tests :
 - **de 25 à 29 ans** : dépistage cytologique tous les 3 ans, après 2 dépistages normaux effectués à 1 an d'intervalle ;
 - **de 30 à 65 ans** : dépistage par test HPV-HR tous les 5 ans, à débiter 3 ans après le dernier dépistage cytologique normal.

Ce dépistage s'inscrit, depuis 2018, dans le cadre d'un programme national organisé. Un dépistage régulier de la population cible devrait permettre de réduire l'incidence de plus de 90 %. Il s'agit donc de cancers évitables.



Le dépistage ne dispense pas de la réalisation d'examens gynécologiques réguliers entre les échéances.

Prévention via une vaccination contre les HPV (4) recommandée chez :

- les adolescents, filles et garçons, de 11 à 14 ans révolus, avec un rattrapage possible jusqu'à 19 ans révolus ;
- les immunodéprimés des deux sexes (schéma vaccinal variable selon l'origine de l'immunodépression)
- les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, jusqu'à 26 ans.



La vaccination ne se substitue pas au dépistage mais vient renforcer les mesures de prévention.

Des informations sur le **programme de dépistage organisé** du cancer du col de l'utérus, dont un **outil pour la pratique sur le dépistage du cancer du col de l'utérus (3)**, et sur la **vaccination** contre les infections liées aux papillomavirus humains (4) sont disponibles sur le site de l'Institut. Sont également disponibles des recommandations sur la **conduite à tenir devant une femme présentant une cytologie anormale (5)** et sur la **surveillance post-thérapeutique des lésions précancéreuses du col de l'utérus (6)**.

4. e-cancer.fr.

SOMMAIRE

1	Démarche diagnostique et bilan d'extension	6
2	Traitements spécialisés en oncologie	9
3	Soins et démarches conjoints avec le médecin généraliste	12
4	Suivi conjoint	18
	Annexe 1	22
	○ Classification FIGO (Fédération internationale de gynécologie obstétrique) 2018	
	Annexe 2	23
	○ Définition des principaux traitements chirurgicaux	
	Annexe 3	24
	○ Définition des principales techniques de radiothérapie	
	Ressources (documents, sites Internet, plateformes téléphoniques)	25
	Liste des participants	27
	Références	30

1 DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE ET BILAN D'EXTENSION

PRINCIPALES CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE DU CANCER INVASIF DU COL UTÉRIN
À UN STADE PRÉCOCE, EN DEHORS DE TOUT SYMPTÔME (cas le plus fréquent)
Dans le cadre d'un dépistage par réalisation d'un prélèvement cervico-utérin
Sur l'examen d'une pièce de conisation réalisée pour une lésion précancéreuse du col de l'utérus
À UN STADE PLUS AVANCÉ, DEVANT DES SYMPTÔMES NON SPÉCIFIQUES
Métrorragies provoquées (après les rapports sexuels)
Métrorragies spontanées
Dyspareunie inhabituelle, nouvelle
Leucorrhées inhabituelles, persistantes et/ou récidivantes
Douleurs pelviennes, dysurie ou ténésmes (en cas d'extension pelvienne)
Douleurs lombaires (par compression urétérale)
À UN STADE MÉTASTATIQUE (rare)
Symptomatologie liée à l'atteinte de la cavité péritonéale, du foie, des poumons



- ▶ Le rythme du dépistage par examen cytologique ou test HPV-HR est valable pour les patientes asymptomatiques. **Mais devant tout symptôme anormal (métrorragies...), un examen du col utérin au speculum (voir tableau ci-après) est à réaliser.** Si l'aspect du col n'est pas parfaitement sain ou en cas de doute :
 - ▶ ne pas faire d'examen cytologique (car les faux négatifs sur cancer du col ne sont pas rares et sont source de retard de diagnostic), ni de test HPV-HR ;
 - ▶ adresser la patiente à un gynécologue pour la réalisation d'un examen clinique, d'une colposcopie et de biopsies dirigées.

ENTRETIEN ET EXAMEN CLINIQUE DEVANT UNE SUSPICION DE CANCER INVASIF DU COL UTÉRIN
Antécédents (dont vaccination HPV)
Suivi gynécologique, date et résultats des derniers prélèvements cervico-utérins
Facteurs de risque (voir introduction)
Symptômes cliniques évocateurs de cancer du col utérin (voir tableau précédent)
Examen gynécologique qui peut retrouver des lésions pouvant être évocatrices au niveau du col utérin : <ul style="list-style-type: none"> ■ large ulcération à bords irréguliers, saignant au contact, pouvant devenir nécrotique sans traitement ■ forme végétante, exubérante ■ forme infiltrante avec une induration déformant le col
Examen abdominal et des aires ganglionnaires périphériques



- ▶ Le col peut garder un aspect normal à l'examen clinique, notamment quand la tumeur se développe aux dépens de l'endocol.

À ce stade, toute suspicion diagnostique doit conduire à une consultation gynécologique pour confirmation du diagnostic. La réalisation d'examens complémentaires ne doit pas la retarder. Elle doit être organisée rapidement afin de ne pas retarder la prise en soins par l'équipe spécialisée. Un résumé précis des antécédents est transmis par le médecin généraliste.

CONFIRMATION DU DIAGNOSTIC DE CANCER INVASIF DU COL UTÉRIN PAR L'EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE
BIOPSIES CERVICALES
<ul style="list-style-type: none"> ■ centrées sur les zones lésionnelles ■ effectuées au mieux sous guidage colposcopique (notamment en cas de lésions douteuses ou de petite taille ou d'examen cytologique anormal) L'examen anatomopathologique précise notamment le type histologique de la tumeur (selon la classification OMS en vigueur)
OU PIÈCE DE CONISATION
<ul style="list-style-type: none"> ■ en cas de suspicion clinique de cancer avec biopsie sous colposcopie non contributive ■ en cas de découverte fortuite de cancer sur une pièce de conisation réalisée pour une lésion précancéreuse L'examen anatomopathologique précise notamment : <ul style="list-style-type: none"> • le type histologique de la tumeur (selon la classification OMS en vigueur) • les limites de résection chirurgicale (marges d'exérèse saines ou non) • la taille de la lésion (uniquement si marges d'exérèse saines) • si infiltration, la profondeur maximale de l'infiltration de la lésion • la présence ou non d'embolo lympho-vasculaire tumoral



- ▶ Un examen cytologique est insuffisant pour poser un diagnostic de cancer invasif du col utérin. Le diagnostic repose sur l'examen histologique d'une biopsie du col utérin ou d'une pièce de conisation.

2 TRAITEMENTS SPÉCIALISÉS EN ONCOLOGIE

Le bilan d'extension est réalisé par l'équipe spécialisée en lien avec le médecin généraliste.

BILAN D'EXTENSION DEVANT UN CANCER INVASIF DU COL UTÉRIN
IMAGERIE
<p>IRM pelvienne (protocole dédié avec coupes sur le pelvis jusqu'à la veine rénale gauche) = examen morphologique de référence de la tumeur primitive</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluation de la taille et de l'extension tumorale, utérine et extra-utérine, en particulier paramétriale ■ Évaluation de l'atteinte ganglionnaire pelvienne, iliaque commune et lombo-aortique ■ Recherche d'une dilatation urétérale <p>Dans les stades localement avancés ou dans les stades plus précoces avec suspicion d'atteinte ganglionnaire à l'imagerie : TEP-TDM au FDG dans l'idéal ou TDM thoraco-abdomino-pelvienne avec injection de produit de contraste</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluation de l'extension ganglionnaire et métastatique à distance (aucune valeur quant à l'extension locale de la tumeur)
ENDOSCOPIE
<p>Cystoscopie</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Si suspicion d'une extension vésicale de la tumeur en IRM <p>Rectoscopie</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Si suspicion d'une extension rectale de la tumeur en IRM
BIOLOGIE (bilan adapté selon le terrain et la nature du traitement envisagé)
<p>Hémogramme Bilan hépatique Bilan rénal Sérologie VIH Marqueur tumoral : SCC (squamous cell carcinoma)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ pour les cancers malpighiens ■ peut être utile pour le suivi ultérieur <p>Albumine pour évaluer la dénutrition, voire bilan nutritionnel plus important</p>
AUTRES
<p>Évaluation gériatrique (7) Pour les patientes d'âge ≥ 75 ans : dépistage de la fragilité gériatrique au moyen d'échelles d'évaluation (G8, VES 13, FOG, etc.) puis évaluation gériatrique avant de valider un traitement</p>

La stratégie thérapeutique est définie en accord avec la patiente, et en lien avec le médecin généraliste, sur la base de l'avis rendu en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Cet avis est présenté à la patiente au cours d'une consultation d'annonce. L'ensemble de ces éléments est consigné dans le programme personnalisé de soins (PPS) remis à la patiente et adressé aux médecins qu'elle aura désignés dont son médecin traitant (généraliste le plus souvent).

Les indications sont établies en fonction notamment du stade de la maladie, de l'état général de la patiente, des comorbidités éventuelles et des facteurs pronostiques.

Préservation de la qualité de vie

La préservation de la qualité de vie de la patiente, y compris sexuelle et intime, constitue un objectif important et permanent dès le début du parcours de soins et durant toute la durée de la maladie et du suivi. Elle doit être prise en compte pour déterminer la stratégie thérapeutique en raison de l'impact délétère des traitements sur la santé sexuelle.

Préservation de la fertilité (8)

Les patientes en âge de procréer sont informées des conséquences des traitements sur leur fertilité. Dans les stades précoces et dans certaines conditions, un traitement conservateur ou une préservation ovarienne (transposition ovarienne au préalable au moins pour préserver la fonction ovarienne endocrine) peut leur être proposé.

PRINCIPAUX FACTEURS PRONOSTIQUES DES CANCERS INVASIFS DU COL UTÉRIN

Stade TNM et FIGO (voir annexe 1), incluant la taille maximale de la tumeur, la description détaillée de l'extension extra-cervicale de la tumeur et l'envahissement ganglionnaire (localisation, nombre, taille)

Type histologique de la tumeur (selon la classification OMS en vigueur)

Profondeur de l'envahissement du stroma cervical, état des limites et mesure des marges d'exérèse chirurgicale

Présence ou non d'**embolie lympho-vasculaire tumoral**

Présence ou non de **métastase à distance**

La classification la plus largement utilisée est la classification de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), présentée en annexe 1.



La réalisation d'une urographie intraveineuse (UIV) n'est plus indiquée dans le bilan d'extension.

Les traitements sont organisés en lien avec le médecin généraliste.

Dans ce tableau ci-après, pour davantage de clarté, le terme d'embole lympho-vasculaire tumoral est remplacé par le terme de LVSI (lymphovascular space invasion).

PRINCIPALES MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES DE PREMIÈRE INTENTION D'UN CANCER INVASIF DU COL UTÉRIN (voir ANNEXES 2 et 3 pour les définitions des principaux traitements chirurgicaux et techniques de radiothérapie)	
STADES PRÉCOCES ⁵	
Stades IA1 (le diagnostic a été fait sur une pièce de conisation)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Si les marges sont <i>in sano</i> et si LVSI- => conisation seule ■ Si les marges de conisation ne sont pas <i>in sano</i> => nouvelle conisation ■ Si LVSI+ => option : stadification ganglionnaire pelvienne (+/- technique du ganglion sentinelle) ■ Traitement conservateur pour répondre à un objectif de grossesse (N0 indispensable) <ul style="list-style-type: none"> • Si LVSI- => conisation seule ou trachélectomie simple • Si LVSI+ => trachélectomie élargie Option : conisation seule ou trachélectomie simple
Stades IA2 (le diagnostic a été fait sur une pièce de conisation)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conisation seule ou hystérectomie simple <ul style="list-style-type: none"> • Si LVSI+ => stadification ganglionnaire pelvienne (+/- technique du ganglion sentinelle) ■ Traitement conservateur (N0 indispensable) <ul style="list-style-type: none"> • Si LVSI- => conisation seule ou trachélectomie simple • Si LVSI+ => trachélectomie élargie Option : conisation seule ou trachélectomie simple
Stades IB1, IB2, IIA1	<ul style="list-style-type: none"> ■ Colpo-hystérectomie élargie dont le type (selon les éléments anatomiques retirés) dépend des facteurs pronostiques + Lymphadénectomie pelvienne (après technique du ganglion sentinelle) OU ■ Radiothérapie pelvienne et curiethérapie utérovaginale (en particulier si facteurs pronostiques défavorables car l'association radiochirurgicale peut engendrer des effets indésirables parfois sévères) ■ Traitement conservateur (N0 indispensable) <ul style="list-style-type: none"> • Trachélectomie élargie pour les stades IB1 ≤ 2 cm dans leurs plus grandes dimensions, avec ou sans LVSI <p><i>Traitements adjuvants</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Radiothérapie pelvienne en présence de plusieurs facteurs pronostiques défavorables ■ Radiochimiothérapie concomitante post-opératoire, à base de sels de platine, dans certains cas (découverte d'adénopathie sur la lymphadénectomie...)

PRINCIPALES MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES DE PREMIÈRE INTENTION D'UN CANCER INVASIF DU COL UTÉRIN (voir ANNEXES 2 et 3 pour les définitions des principaux traitements chirurgicaux et techniques de radiothérapie)	
STADES LOCALEMENT AVANCÉS	
Stades IB3 à IVA sauf IIA1	<ul style="list-style-type: none"> ■ Option : curage ganglionnaire lombo-aortique avant le traitement pour guider les champs d'irradiation et définir le volume de radiothérapie ■ Radiochimiothérapie concomitante à base de sels de platine suivie d'une curiethérapie utérovaginale (non optionnelle) ■ Boost additionnel de radiothérapie sur les ganglions atteints
STADES MÉTASTATIQUES	
Stades IVB	<ul style="list-style-type: none"> ■ Polychimiothérapie (carboplatine / paclitaxel ou cisplatine / paclitaxel) +/- thérapie ciblée (bevacizumab) en fonction de l'état général de la patiente et de la balance efficacité/toxicité ■ +/- Radiothérapie pelvienne, principalement à visée antalgique et hémostatique

LES POINTS À RETENIR

- L'hystérectomie n'est plus systématique.
- La chirurgie n'est plus systématique (ou alors pour réaliser la stadification ganglionnaire).
- La chirurgie est réservée aux stades précoces.
- La radiochimiothérapie concomitante suivie d'une curiethérapie utérovaginale est le traitement de référence des stades localement avancés.
- La préservation de la fertilité est parfois possible ; elle est à évoquer de façon systématique.

5. En cas de chirurgie, le choix de la voie d'abord chirurgicale (laparotomie versus laparoscopie) sera exposé à la patiente en l'informant des bénéfices et risques de chaque voie.

3

SOINS ET DÉMARCHES CONJOINTS AVEC LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Le médecin généraliste intervient à toutes les phases du parcours de soins des patientes, dans le cadre d'un suivi conjoint avec l'équipe spécialisée, le gynécologue et les autres professionnels de premier recours. Un échange régulier d'informations est indispensable.

Il participe également :

- à l'aide à l'arrêt du tabac ;
- à la surveillance du site implantable ;
- à l'accompagnement des démarches administratives en lien avec le cancer ;
- au soutien des aidants et des proches ;
- aux soins palliatifs.

Le médecin généraliste coordonne en particulier les traitements symptomatiques, notamment :

- de la douleur ;
- de l'asthénie ;
- du lymphœdème des membres inférieurs ;
- de la dénutrition ;
- de la souffrance psychique ; (9)
- des troubles de la sexualité ;
- des complications qui peuvent être liées au traitement ou à la maladie elle-même.

Le tableau ci-après décrit les principaux effets indésirables des traitements et la conduite à tenir. Les effets indésirables des traitements médicamenteux sont pour la plupart mentionnés dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) de l'AMM des molécules correspondantes, disponible dans la Base de données publique des médicaments. (10) (11)



L'arrêt du tabac (12) (13) est fortement recommandé car fumer majore, entre autres, le risque de complications des traitements (voir paragraphe sur l'accompagnement au sevrage tabagique en page 16)

PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DES TRAITEMENTS DES CANCERS INVASIFS DU COL UTÉRIN ET CONDUITES À TENIR (conseils pratiques pour les patientes dans le guide Cancer Info « Les traitements des cancers invasifs du col utérin »)

CHIRURGIE

Rétention urinaire, pouvant survenir si la chirurgie a été élargie aux paramètres

- Autosondages parfois nécessaires
- Régression habituelle en quelques jours à quelques mois après la chirurgie

Complications des cicatrices (hématome, infection, désunion)

- Soins locaux, avis chirurgical

Infections urinaires et vaginales

Douleurs post-opératoires

Chute d'escarre hémorragique

- Avis spécialisé

Lymphocèle, pouvant survenir après chirurgie ganglionnaire (expression clinique ou sur l'imagerie)

- Régression spontanée dans la majorité des cas
- Traitement des seuls lymphocèles symptomatiques, préférentiellement par drainage radioguidé, à limiter en raison du risque d'infection

PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DES TRAITEMENTS

DES CANCERS INVASIFS DU COL UTÉRIN ET CONDUITES À TENIR (conseils pratiques pour les patientes dans le guide Cancer Info « Les traitements des cancers invasifs du col utérin »)

CHIRURGIE

Lymphœdème d'un ou des deux membres inférieurs, pouvant être lié au traitement (chirurgie ganglionnaire) ou à la maladie et pouvant être aggravé par une radiothérapie post-opératoire

- Réalisation d'un doppler pour éliminer le diagnostic de thrombose en cas de lymphœdème unilatéral
- Prescription d'une compression de classe 3
- Prévention et traitement des portes d'entrée infectieuses (coupures, griffures...) pour éviter les érysipèles, information de la patiente sur les mesures de précaution et sur la conduite à tenir en cas de fièvre et de placard inflammatoire
- Réduction du poids chez les patientes en surpoids ou obèses pour limiter la sévérité du lymphœdème
- Mise en route d'une antibiothérapie précoce en cas de lymphangite associée
- Si plus de 2 épisodes de lymphangite dans l'année, envisager une antibiothérapie prophylactique
- Avis spécialisé en lymphologie (angiologue) si nécessaire

Ménopause induite

- Traitement hormonal de la ménopause possible (la plupart des cancers du col utérin n'étant pas hormono-dépendants), après la fin du traitement et accord de l'oncologue et selon les recommandations en vigueur

ASSOCIATION RADIOCHIRURGICALE

Fistules recto, urétéro ou vésico-vaginales, complications rares mais graves, pouvant survenir dans le premier mois postopératoire ou plus tardivement

- Également possibles après chirurgie seule ou radiothérapie seule
- Traitement chirurgical

RADIOTHÉRAPIE EXTERNE ET CURIETHÉRAPIE (14)

(principalement à partir du stade IB3, transitoires et généralement réversibles sous traitements spécifiques)

En cas de radiochimiothérapie concomitante, les effets indésirables se cumulent et parfois s'amplifient. Toutes les patientes en cours de radiothérapie sont vues en consultation systématiquement chaque semaine par l'oncologue radiothérapeute

DIGESTIFS (les plus fréquents) (15)

Diarrhée, survenant après les 2 premières semaines de traitement chez la majorité des patientes

- Majorée si antécédents de diverticules
- Hydratation, conseils diététiques (régime pauvre en résidus)

Nausées et vomissements, en cas d'irradiation lombo-aortique

Crises hémorroïdaires

URINAIRES (15)

Cystite inflammatoire en cours de radiothérapie (pollakiurie plus ou moins invalidante, impériosités, cystalgies, +/- épisodes d'hématurie...)

- Maintien d'une bonne hydratation
- Antalgiques en cas de cystalgies
- En cas de saignement ayant un retentissement sur la numération formule sanguine, possibilité de cautérisation au laser des télangiectasies responsables
- Les biopsies vésicales doivent être évitées en raison du risque majeur de fistule surtout dans les trois premières années

GYNÉCOLOGIQUES (15)

Ménopause radio-induite

- Traitement hormonal de la ménopause possible (la plupart des cancers du col utérin n'étant pas hormono-dépendants), après la fin du traitement et accord de l'oncologue et selon les recommandations en vigueur

Vulvite, vaginite, mucite vaginale, lorsque le vagin est irradié en totalité (cancer étendu au tiers inférieur du vagin) et pouvant entraîner, selon leur intensité, une altération importante de la qualité de vie (douleurs, troubles de la sexualité...) ainsi qu'un risque d'interruption du traitement par la patiente

- Soins locaux notamment par crèmes et ovules hydratants et cicatrisants
- Antalgiques locaux et généraux
- Soins infirmiers parfois nécessaires

PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DES TRAITEMENTS DES CANCERS INVASIFS DU COL UTÉRIN ET CONDUITES À TENIR (conseils pratiques pour les patientes dans le guide Cancer Info « Les traitements des cancers invasifs du col utérin »)
RADIOTHÉRAPIE EXTERNE ET CURIETHÉRAPIE (14) (principalement à partir du stade IB3, transitoires et généralement réversibles sous traitements spécifiques) En cas de radiochimiothérapie concomitante, les effets indésirables se cumulent et parfois s'amplifient <i>Toutes les patientes en cours de radiothérapie sont vues en consultation systématiquement chaque semaine par l'oncologue radiothérapeute</i>
CUTANÉS (15)
Érythème , en particulier du sillon interfessier
Perte transitoire des poils pubiens
CHIMIOTHÉRAPIE CONVENTIONNELLE (10) (11) (notamment carboplatine / paclitaxel ou cisplatine / paclitaxel) En cas de radiochimiothérapie concomitante, les effets indésirables se cumulent et parfois s'amplifient
Fatigue (multifactorielle : maladie elle-même, chimiothérapie, dénutrition, anémie, etc.) ■ Siestes courtes ■ Activité physique quotidienne adaptée ■ Élimination d'autres causes de fatigue par des examens orientés par la clinique ■ Recherche d'un syndrome dépressif, de troubles du sommeil, de douleurs
Toxicité hématologique (neutropénie, leucopénie, anémie et thrombopénie avec hémorragie) , pouvant être aggravée chez les patientes avec une insuffisance rénale ■ Prescription initiale hospitalière de facteurs de croissance granulocytaires selon les protocoles et les facteurs de risques ■ Si T° > 38,5 °C : NFS et antibiothérapie en cas de neutropénie, au moins jusqu'à 24 heures après la sortie de la neutropénie ■ Hospitalisation si mauvaise tolérance ou patiente fragile ■ Avis spécialisé au moindre doute
Toxicité digestive (nausées, vomissements, diarrhées) ■ Prévention par des antiémétiques et des anti-diarrhéiques prescrits lors des cures et des périodes d'inter-cures à domicile, une hydratation suffisante ■ Hospitalisation en urgence en cas de diarrhée ou vomissements persistants ou associés à une fièvre et/ou à une neutropénie
Neurotoxicité (principalement neuropathies périphériques) si cisplatine ou paclitaxel ■ Détection clinique + questionnaire DN4 ⁶ ■ Traitement symptomatique par antalgiques spécifiques
Toxicité musculo-squelettique (arthralgies, myalgies)
Toxicité cutanée et sous-cutanée (alopécie temporaire, troubles cutanés) ■ Prescription d'une prothèse ou d'accessoires capillaires (16) ■ Le casque réfrigérant peut parfois limiter la chute des cheveux
Néphrotoxicité (risque d'insuffisance rénale qui peut s'avérer irréversible) si cisplatine ■ Éviter les médicaments néphrotoxiques associés ■ En cas d'insuffisance rénale, avis néphrologique
Infections (principalement des voies urinaires et respiratoires hautes)
Réactions au site d'injection (œdème localisé, douleur, érythème, induration, parfois extravasation pouvant conduire à une cellulite, une fibrose et une nécrose cutanées)
Ototoxicité (acouphènes, hypoacousie) si cisplatine ■ Audiogramme recommandé avant traitement puis périodiquement

6. Outil de dépistage des douleurs neuropathiques, disponible sur sfetd-douleur.org.

PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DES TRAITEMENTS DES CANCERS INVASIFS DU COL UTÉRIN ET CONDUITES À TENIR (conseils pratiques pour les patientes dans le guide Cancer Info « Les traitements des cancers invasifs du col utérin »)
CHIMIOTHÉRAPIE CONVENTIONNELLE (10) (11) (notamment carboplatine / paclitaxel ou cisplatine / paclitaxel) En cas de radiochimiothérapie concomitante, les effets indésirables se cumulent et parfois s'amplifient
Troubles visuels
Toxicité cardio-vasculaire (notamment bradycardie, hypotension)
Mucite (15) ■ Prévention par une bonne hygiène bucco-dentaire (brosse à dents chirurgicale souple) ■ Bains de bouche au bicarbonate 1,4 % 5 à 6 fois/jour ; les bains de bouche à base d'alcool ou d'antiseptiques sont contre-indiqués car ils dessèchent la muqueuse ■ Antalgiques locaux ou systémiques ■ Antifongiques en cas de surinfection mycotique ■ Hospitalisation parfois nécessaire si la toxicité est importante
Affections respiratoires (troubles respiratoires, maladie pulmonaire interstitielle, bronchospasme)
Autres effets indésirables (rares) Des cas de maladie veino-occlusive hépatique (dont certains mortels), de syndrome hémolytique et urémique (pouvant engager le pronostic vital), de syndrome leucoencéphalopathique postérieur réversible et de syndrome de lyse tumorale ont été rapportés
THÉRAPIE CIBLÉE (bevacizumab)
Voir le résumé des caractéristiques du produit (RCP) de l'AMM du bevacizumab, disponible dans la Base de données publique des médicaments (10)



Les professionnels de santé ont l'obligation de déclarer tout effet indésirable suspect (en ligne via le portail dédié <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/signalement-sante-gouv-fr>, informations également disponibles sur le site de l'ANSM). (11)

Soins de support

Le recours aux différentes ressources en soins oncologiques de support, au médecin généraliste, à des équipes spécialisées en soins de support et aux autres professionnels (gynécologue, IDE, kinésithérapeute, tabacologue, professionnel de santé diplômé en sexologie, diététicien, pharmacien, travailleur social, psychiatre/psychologue, etc.) doit être suffisamment précoce et anticipé. Ce souci d'anticipation doit être régulier pour le soulagement des symptômes physiques (douleurs liées à la tumeur, aux traitements ou à des métastases, asthénie, dénutrition, lymphœdème des membres inférieurs, troubles de la sexualité, etc.), et des souffrances psychologiques, socio-familiales et existentielles. (1) (9) Pour les patientes en activité professionnelle, la prise en compte des éventuelles répercussions sur la vie professionnelle est importante.

La douleur (1) (17) (18) (19)

La recherche d'une symptomatologie douloureuse, liée au cancer ou aux traitements, doit être systématique chez toute patiente atteinte d'un cancer invasif du col utérin. Liées au cancer ou aux traitements, ces douleurs altèrent la qualité de vie. Elles doivent être traitées précocement et activement, selon les recommandations de l'OMS. Lorsque ces traitements sont peu efficaces et/ou générateurs d'effets indésirables importants, la patiente sera orientée vers un médecin algologue ou un centre de la douleur. Un avis auprès de l'équipe spécialisée sera demandé en parallèle.

L'accompagnement au sevrage tabagique (12) (13)

L'arrêt du tabac est fortement recommandé car sa poursuite majore le risque de complications des traitements, de second cancer (notamment du cancer du poumon, voir **chapitre 4**) et a un impact sur la survie. Le médecin généraliste, dans le cadre d'un accompagnement global, intervient pour aider au sevrage tabagique des patientes atteintes de cancer du col utérin quel qu'en soit le stade. Depuis 2019, plusieurs substituts nicotiques sont remboursés par l'assurance maladie sur prescription.

La préservation de la santé sexuelle (20)

Le cancer invasif du col utérin peut entraîner une altération de la qualité de vie sexuelle et intime des patientes, notamment en raison de l'impact délétère des traitements. Aussi, la préservation de la santé sexuelle est à intégrer tout au long du parcours de soins, y compris en cas de situation palliative, au titre de la prise en soins globale et des soins de support. Les troubles sexuels et/ou les symptômes pouvant impacter la vie sexuelle ou intime sont à dépister précocement et à réévaluer régulièrement. Ainsi, un traitement et un accompagnement adaptés peuvent être proposés précocement. En cas de ménopause induite par les traitements, la prescription d'un traitement hormonal de la ménopause est possible après la fin du traitement, après accord de l'oncologue et selon les recommandations en vigueur. Un accompagnement psychologique (9) peut être nécessaire chez ces patientes chez qui les effets indésirables tels que la ménopause induite viennent augmenter la détresse en plus de celle provoquée par la maladie.

Directives anticipées et personne de confiance⁷ (1)

La patiente doit être informée de la possibilité de :

- choisir une **personne de confiance** (21), qui peut l'accompagner lors des entretiens médicaux, l'aider dans ses décisions et être consultée si elle se trouve dans l'incapacité de recevoir des informations sur son état de santé et d'exprimer sa volonté. La personne de confiance est choisie par la patiente et désignée par écrit à son entrée à l'hôpital. Elle appartient ou non à sa famille. La patiente peut revenir sur son choix à tout moment ;
- rédiger des **directives anticipées** (22) pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment (disposition de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite Loi Léonetti, modifiée par la loi du 2 février 2016).

Soins palliatifs (23) (24) (25)

Les soins palliatifs sont considérés en cas de maladie trop avancée (non accessible à un traitement locorégional curatif ou en cas de maladie métastatique). L'accompagnement par une équipe de soins palliatifs peut être également proposé tôt dans l'évolution de la maladie, y compris lorsque les traitements spécifiques sont poursuivis.

Dans cette phase avancée du cancer, c'est souvent le médecin généraliste qui assure le suivi de la patiente et l'accompagnement de fin de vie. La patiente peut se référer à lui en dehors de l'hôpital. Il assure les soins en ambulatoire, en lien avec l'équipe spécialisée. Il évalue, en dialoguant avec elle, le moment de l'instauration et les moyens choisis en matière de soins palliatifs, en fonction des ressources locales et des désirs de la patiente et de son entourage. Il coordonne l'action des soignants et des équipes mobiles auxquelles il peut faire appel.

La place des aidants est déterminante. Leur épuisement doit être dépisté et pris en compte. Des bénévoles formés à l'écoute et à l'accompagnement sont présents dans certaines structures de soins palliatifs ou peuvent se déplacer à domicile.

Un annuaire national des structures de soins palliatifs et des associations de bénévoles d'accompagnement est disponible sur le site Internet de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP). (23)



▶ **Attention aux interdictions systématiques de sexualité, d'efforts physiques, d'activités ménagères, de travail, etc. qui participent à l'isolement conjugal, social et professionnel.**

7. Des modèles de directives anticipées et de désignation d'une personne de confiance sont indiqués dans les ressources, page 25.

4 SUIVI CONJOINT

Les objectifs du suivi d'une patiente atteinte de cancer invasif du col utérin sont les suivants :

- rechercher et traiter les complications tardives liées aux traitements et les séquelles, veiller à la qualité de vie et organiser les soins de support nécessaires ;
- faciliter la réinsertion socioprofessionnelle ;
- détecter précocement les récurrences locales (symptomatiques ou non) ou à distance ;
- dépister un second cancer.

Le suivi peut se faire de manière alternée entre le médecin généraliste, le gynécologue et l'équipe spécialisée ayant réalisé les divers traitements. Le rôle du médecin généraliste est essentiel, en coordination avec les autres spécialistes. Un échange régulier d'informations est indispensable.



Les récurrences surviennent le plus souvent dans les 2 ans, mais 10 % surviennent après un délai de 5 ans. L'apparition et la persistance de nouveaux signes locaux ou à distance doivent faire ré-adresser la patiente à l'équipe spécialisée dans les meilleurs délais.

MODALITÉS DE SUIVI D'UN CANCER INVASIF DU COL UTÉRIN		
Ce schéma peut être adapté, notamment en fonction des facteurs pronostiques et des traitements reçus		
SUIVI	EXAMENS	RYTHME
Clinique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Entretien, examen clinique et gynécologique, notamment à la recherche de complications ou de symptômes évocateurs d'une récurrence ■ En cas d'anomalie cervicovaginale : colposcopie avec biopsies dirigées ■ Uniquement chez les patientes ayant eu un traitement par conisation ou trachélectomie simple ou élargie : <ul style="list-style-type: none"> • Test HPV-HR, avec ou sans examen cytologique • +/- colposcopie ■ Chez les autres patientes, l'examen cytologique n'est pas recommandé, ni après une hystérectomie (cytologie vaginale), ni après une radiochimiothérapie (en raison des difficultés de son interprétation dans ce cas) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tous les 3 à 4 mois pendant 2 ans ■ Puis tous les 6 à 12 mois pendant 3 ans ■ Puis annuellement ■ À 6 mois, 12 mois, 24 mois ■ Puis, si test HPV-HR négatif, tous les 3 ans durant le suivi dont la durée est déterminée par l'équipe spécialisée (notamment en fonction du risque de récurrence)
Biologie	<ul style="list-style-type: none"> ■ En cas de symptômes ou de signes suspects de récurrence ■ Marqueur tumoral SCC pour les cancers malpighiens, en cas d'élévation initiale 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Non systématique
Imagerie	<ul style="list-style-type: none"> ■ En cas de symptômes ou de signes suspects de récurrence : <ul style="list-style-type: none"> • IRM pelvienne (suspicion de récurrence locale) ou TDM (suspicion de récurrence à distance) • Puis si examen positif ou douteux, TEP-TDM au FDG ■ Après traitement conservateur (trachélectomie ou radiochimiothérapie exclusive) : <ul style="list-style-type: none"> • IRM pelvienne 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Non systématique ■ Annuellement pendant 5 ans

LES POINTS À RETENIR

- Pas d'examen cytologique après une hystérectomie (cytologie vaginale) ou après une radiochimiothérapie (en raison des difficultés de son interprétation dans ce cas).
- Pas de dosage biologique ou d'examen d'imagerie en l'absence de symptômes ou de signes suspects de récurrence, sauf cas particulier.

Le tableau ci-après décrit les principaux effets indésirables tardifs des traitements. Les effets indésirables des traitements médicamenteux sont mentionnés pour la plupart dans le résumé des caractéristiques

du produit (RCP) de l'AMM des molécules correspondantes, disponible dans la Base de données publique des médicaments. (10) (11)

PRINCIPALES COMPLICATIONS TARDIVES DES TRAITEMENTS DES CANCERS INVASIFS DU COL UTÉRIN ET CONDUITES À TENIR (conseils pratiques pour les patientes dans le guide Cancer Info « Les traitements des cancers invasifs du col utérin »)

CHIRURGIE

- Lymphœdème d'un ou des deux membres inférieurs**, pouvant être lié au traitement (chirurgie ganglionnaire) ou à la maladie et ayant pu être aggravé par une radiothérapie post-opératoire
- Réalisation d'un doppler pour éliminer le diagnostic de thrombose en cas de lymphœdème unilatéral
 - Prescription d'une compression de classe 3
 - Prévention et traitement des portes d'entrée infectieuses (coupures, griffures...) pour éviter les érysipèles, information de la patiente sur les mesures de précaution et sur la conduite à tenir en cas de fièvre et de placard inflammatoire
 - Réduction du poids chez les patientes en surpoids ou obèses pour limiter la sévérité du lymphœdème
 - Mise en route d'une antibiothérapie précoce en cas de lymphangite associée
 - Si plus de 2 épisodes de lymphangite dans l'année, envisager une antibiothérapie prophylactique
 - Avis spécialisé en lymphologie (angiologue) si nécessaire

Ménopause induite

- Traitement hormonal de la ménopause possible (la plupart des cancers du col utérin n'étant pas hormono-dépendants), après accord de l'oncologue et selon les recommandations en vigueur

ASSOCIATION RADIOCHIRURGICALE

- Sténose urétérale**, pouvant survenir à distance, soit symptomatique (douleurs lombaires, infections urinaires à répétition), soit découverte sur une imagerie
- Également possible après radiothérapie seule

Fistules recto, urétéro ou vésico-vaginales, complications rares mais graves, parfois dues à la progression de la maladie

- Également possibles après chirurgie seule ou radiothérapie seule
- Traitement chirurgical

RADIOTHÉRAPIE EXTERNE ET CURIETHÉRAPIE (14)

DIGESTIVES (15)

- Rectite radique**, se manifestant par des rectorragies lors de l'émission des selles
- En cas de saignement ayant un retentissement sur la numération formule sanguine, possibilité de cautérisation au laser des télangiectasies responsables
 - +/- Traitement par oxygénothérapie hyperbare
 - Les biopsies rectales doivent être évitées en raison du risque majeur de fistule surtout dans les trois premières années

Sténose rectale radique avec pseudo-constipation

- Laxatifs, dilatation prudente
- Avis gastroentérologue
- Colostomie si la qualité de vie est trop altérée et si la patiente l'accepte

<p>PRINCIPALES COMPLICATIONS TARDIVES DES TRAITEMENTS DES CANCERS INVASIFS DU COL UTÉRIN ET CONDUITES À TENIR (conseils pratiques pour les patientes dans le guide Cancer Info « Les traitements des cancers invasifs du col utérin »)</p> <p>RADIOTHÉRAPIE EXTERNE ET CURIETHÉRAPIE (14)</p> <p>Grêle radique, complication très rare depuis les techniques de radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité optimisant la protection des tissus sains, mais grave et se traduisant par des phénomènes sub-occlusifs itératifs, voire occlusifs</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hospitalisation parfois nécessaire pour aspiration digestive et perfusion, voire résection chirurgicale du grêle. <p>URINAIRES (15)</p> <p>Cystite radique (pollakiurie plus ou moins invalidante, impériosités, cystalgies, +/- épisodes d'hématurie...)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Maintien d'une bonne hydratation ■ Antalgiques en cas de cystalgies ■ En cas de saignement ayant un retentissement sur la numération formule sanguine, possibilité de cautérisation au laser des télangiectasies responsables ■ +/- Traitement par oxygénothérapie hyperbare ■ Les biopsies vésicales doivent être évitées en raison du risque majeur de fistule surtout dans les trois premières années <p>Instabilité vésicale, pouvant entraîner une incontinence urinaire (à rechercher car rarement évoquée spontanément)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Rééducation périnéale par un kinésithérapeute ou une sage-femme formé(e) ■ Antispasmodiques urinaires possibles, selon les recommandations en vigueur <p>GYNÉCOLOGIQUES (15)</p> <p>Rétrécissement vaginal pouvant aller jusqu'à la sténose complète, brides vaginales, dyspareunie simple ou profonde</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hydratants vaginaux, voire œstrogènes topiques (sauf en cas de cancer hormono-dépendant), en prévention à partir de la 6^e semaine de radiothérapie ■ Reprise d'une activité sexuelle et/ou utilisation de dilateurs vaginaux ■ Rééducation périnéale par un kinésithérapeute ou une sage-femme formé(e) ■ Consultation auprès d'un professionnel de santé diplômé en sexologie <p>Sécheresse vaginale entraînant des démangeaisons, des brûlures, une dyspareunie...</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Élimination d'une autre cause, notamment infectieuse ■ Soins locaux (ovules hydratants, œstrogènes topiques...) ■ Utilisation de gel lubrifiant à base d'eau <p>Télangiectasies pouvant provoquer des saignements vaginaux</p> <p>Ménopause radioinduite</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Traitement hormonal de la ménopause possible (la plupart des cancers du col utérin n'étant pas hormono-dépendants) après accord de l'oncologue et selon les recommandations en vigueur <p>OSSEUSES</p> <p>Fracture post-radique (sacrum principalement) survenant 3 à 12 mois après la radiothérapie</p> <p>CHIMIOTHÉRAPIE CONVENTIONNELLE (10) (11) (notamment carboplatine / paclitaxel ou cisplatine / paclitaxel)</p> <p>Fatigue</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Activité physique quotidienne adaptée <p>Neurotoxicité (principalement neuropathies périphériques)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Détection clinique + questionnaire DN4⁸ ■ Traitement symptomatique par antalgiques spécifiques

8. Outil de dépistage des douleurs neuropathiques, disponible sur sfetd-douleur.org.

<p>PRINCIPALES COMPLICATIONS TARDIVES DES TRAITEMENTS DES CANCERS INVASIFS DU COL UTÉRIN ET CONDUITES À TENIR (conseils pratiques pour les patientes dans le guide Cancer Info « Les traitements des cancers invasifs du col utérin »)</p> <p>CHIMIOTHÉRAPIE CONVENTIONNELLE (10) (11) (notamment carboplatine / paclitaxel ou cisplatine / paclitaxel)</p> <p>Persistance de troubles digestifs (diarrhées ou constipation)</p> <p>Ototoxicité (acouphènes, hypoacousie) si cisplatine Audiogrammes périodiques</p> <p>Persistance de troubles de l'hémogramme à distance du traitement</p> <p>Néphrotoxicité persistante à long terme si cisplatine</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Éviter les médicaments néphrotoxiques associés ■ En cas d'insuffisance rénale, avis néphrologique <p>Chemobrain (troubles cognitifs, notamment de la mémoire et de la concentration)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Peuvent perdurer plusieurs années après l'arrêt du traitement <p>COMPLICATIONS TARDIVES COMMUNES À LA CHIRURGIE, LA RADIOTHÉRAPIE ET LA CHIMIOTHÉRAPIE</p> <p>Douleurs neuropathiques complexes : algies pelvi-périnéales, neuropathies pudendales, clunéales inférieures, ilio-hypogastriques, génito-fémorales ou encore ilio-inguinales</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Consultation en centre de la douleur
--

RISQUE DE SECOND CANCER APRÈS UN CANCER DU COL UTÉRIN ET PRINCIPALES LOCALISATIONS	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Surrisque global faible ■ Variant peu avec l'âge de survenue du cancer du col utérin ■ Lié majoritairement au facteur tabac 	Poumon
	Côlon et rectum
	Vagin et vulve
	Leucémie
	Vessie

<p>APPROCHE MÉDICALE GLOBALE</p> <p>Activité physique</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Encouragement à la pratique ou la poursuite d'une activité physique quotidienne adaptée à la patiente et à ses capacités (26) <p>Vaccinations</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Tous les vaccins vivants sont contre-indiqués pendant au moins 6 mois après la fin de la chimiothérapie ■ Les vaccinations doivent être conformes aux recommandations vaccinales spécifiques chez les patients sous chimiothérapie ou aspléniques préconisées par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) (27) <p>Dépistages organisés d'autres cancers</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cancer colorectal chez les patientes de 50 à 74 ans ■ Cancer du sein chez les patientes de 50 à 74 ans <p>Fertilité</p> <p><i>Après trachélectomie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La trachélectomie permet de préserver la fertilité (donc une contraception peut être nécessaire ensuite) ■ Une grossesse après trachélectomie élargie est possible mais à haut risque de fausse couche ou de prématurité ■ La césarienne sera impérative en raison du cerclage isthmique souvent associé à la trachélectomie <p><i>Après radiochimiothérapie concomitante</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ménopause quasi systématique

ANNEXE 1

CLASSIFICATION FIGO (FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE) 2018

Stade I : cancer strictement localisé au col

- **IA** : cancer identifié uniquement au microscope et envahissement du stroma < 5 mm de profondeur
 - **IA1** : envahissement du stroma < 3 mm de profondeur
 - **IA2** : envahissement du stroma ≥ 3 mm et < 5 mm de profondeur
- **IB** : cancer visible cliniquement limité au col ou microscopique de profondeur ≥ 5 mm
 - **IB1** : cancer invasif avec un envahissement du stroma ≥ 5 mm de profondeur et < 2 cm dans sa plus grande dimension
 - **IB2** : cancer invasif ≥ 2 cm et < 4 cm dans sa plus grande dimension
 - **IB3** : cancer invasif ≥ 4 cm dans sa plus grande dimension

Stade II : extension extra-utérine, mais sans atteinte de la paroi pelvienne ou du tiers inférieur du vagin

- **IIA** : extension limitée aux 2/3 supérieurs du vagin sans atteinte des paramètres
 - **IIA1** : lésion cliniquement visible < 4 cm dans sa plus grande dimension
 - **IIA2** : lésion cliniquement visible ≥ 4 cm dans sa plus grande dimension
- **IIB** : avec atteinte des paramètres

Stade III : cancer étendu à la paroi pelvienne et/ou au tiers inférieur du vagin et/ou responsable d'une hydronéphrose ou d'un rein muet et/ou envahissement des ganglions pelviens et/ou para-aortiques

- **IIIA** : cancer étendu au tiers inférieur du vagin sans atteinte de la paroi pelvienne
- **IIIB** : cancer étendu à la paroi pelvienne et/ou responsable d'une hydronéphrose ou d'un rein muet
- **IIIC** : envahissement des ganglions pelviens et/ou para-aortiques (radiologique (r) ou histologique (p)), indépendamment de la taille et de l'extension de la tumeur
 - **IIIC1** : métastases ganglionnaires pelviennes uniquement
 - **IIIC2** : métastases ganglionnaires para-aortiques

Stade IV : cancer étendu au-delà du petit bassin ou envahissement (prouvé par biopsie) de la muqueuse de la vessie ou du rectum

- **IVA** : extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale
- **IVB** : métastases à distance

ANNEXE 2

DÉFINITION DES PRINCIPAUX TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

DÉFINITION DES PRINCIPAUX TRAITEMENTS CHIRURGICAUX	
Conisation	Exérèse d'un fragment du col utérin, en forme de cône, permettant d'enlever la zone de jonction de l'exocol et de l'endocol
Trachélectomie (amputation du col)	Exérèse de tout le col utérin par voie vaginale
Trachélectomie élargie (colpo-cervicectomie élargie)	Résection du col utérin, du tiers supérieur du vagin et des paramètres ⁹
Hystérectomie totale simple	Résection de l'utérus en totalité (avec le col utérin) <ul style="list-style-type: none"> ■ avec annexectomie (exérèse des trompes et des ovaires) ■ ou interannexielle : sans annexectomie
Hystérectomie élargie	Hystérectomie totale, résection des paramètres
Colpo-hystérectomie élargie (intervention de Wertheim)	Hystérectomie élargie, résection de la partie supérieure du vagin et des paramètres
Pelvectomie antérieure (vessie) ou postérieure (rectum) ou totale	Résection de l'utérus, du vagin, des ovaires, des trompes de Fallope, des ganglions lymphatiques proximaux, de la vessie et/ou du rectum

9. Tissu conjonctif localisé de part et d'autre de l'utérus, sous les ligaments suspensoirs de l'utérus.

ANNEXE 3

DÉFINITION DES PRINCIPALES TECHNIQUES DE RADIOTHÉRAPIE

DÉFINITION DES PRINCIPALES TECHNIQUES DE RADIOTHÉRAPIE	
Radiothérapie externe	Radiothérapie sur le volume tumoral incluant l'organe concerné, les territoires à risque adjacents et les ganglions de drainage
Radiochimiothérapie concomitante	Radiothérapie sensibilisée par une chimiothérapie concomitante hebdomadaire
Curiethérapie	Technique de radiothérapie où la source radioactive est placée au contact de la tumeur (curiethérapie endocavitaire) et/ou dans la tumeur (curiethérapie interstitielle)
■ utérovaginale	Curiethérapie endocavitaire de l'utérus et du vagin (nécessitant la pose d'un applicateur spécifique)
■ du fond vaginal et / ou endovaginale	Curiethérapie endocavitaire du vagin (nécessitant la pose d'un applicateur spécifique), après une hystérectomie et/ou en complément d'une radiothérapie externe
■ interstitielle	Curiethérapie intratissulaire des paramètres ou des parois vaginales, en complément d'une radiothérapie externe

RESSOURCES

(DOCUMENTS, SITES INTERNET, PLATEFORMES TÉLÉPHONIQUES)

Documents et sites Internet

Pour les médecins généralistes

- (1) Organisation des soins en cancérologie, collection Outils pour la pratique des médecins généralistes, Institut national du cancer (INCa), juillet 2016, disponible sur le site Internet de l'Institut : [e-cancer](http://e-cancer.fr).
- (2) Papillomavirus et cancers / Collection fiches repères, INCa, mai 2018, disponible sur le site Internet de l'Institut : [e-cancer](http://e-cancer.fr).
- (3) Outil pour la pratique sur le dépistage du cancer du col de l'utérus et dossier Dépistage du cancer du col de l'utérus, sur le site Internet de l'Institut : [e-cancer](http://e-cancer.fr).
- (4) Dossier Vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains (HPV) pour prévenir les cancers, sur le site Internet de l'Institut : [e-cancer](http://e-cancer.fr).
- (5) Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale, Collection recommandations et référentiels, version interactive, INCa, décembre 2016, disponible sur le site Internet de l'Institut : [e-cancer](http://e-cancer.fr).
- (6) Surveillance post-thérapeutique des lésions précancéreuses du col de l'utérus / Synthèse, INCa, septembre 2019, disponible sur le site Internet de l'Institut : [e-cancer](http://e-cancer.fr).
- (7) Dossier Oncogériatrie, sur le site Internet de l'Institut : [e-cancer](http://e-cancer.fr).
- (8) Préservation de la fertilité et cancer / Synthèse, janvier 2021, disponible sur le site Internet de l'Institut : [e-cancer](http://e-cancer.fr).
- (9) Repérage de la souffrance psychique des patients atteints de cancer, collection Outils pour la pratique des médecins généralistes, INCa, septembre 2018, disponible sur le site Internet de l'Institut : [e-cancer](http://e-cancer.fr).
- (10) Base de données publique exhaustive et gratuite sur les médicaments disponibles en France qui propose toutes les informations disponibles sur les AMM des molécules, leurs effets indésirables, les avis de la Haute Autorité de santé, leurs prix et leurs conditions de prescription : base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/.
- (11) Pour déclarer un effet indésirable médicamenteux sur le site Internet de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) : ansm.sante.fr.
- (12) L'arrêt du tabac chez le patient atteint de cancer, collection Outils pour la pratique des médecins généralistes, INCa, septembre 2016, disponible sur le site Internet de l'Institut : [e-cancer](http://e-cancer.fr).
- (13) Dossier Aide au sevrage tabagique, sur le site Internet de l'Institut : [e-cancer](http://e-cancer.fr).
- (14) Médecin traitant et patient en radiothérapie : conseils pratiques, INCa, 2008, disponible sur le site Internet de l'Institut : [e-cancer](http://e-cancer.fr).
- (15) Association francophone des soins oncologiques de support (AFSOS) : www.afsos.org.
- (16) Prescription des prothèses externes (capillaires et mammaires) chez les patients atteints de cancer, collection Outils pour la pratique des médecins généralistes, INCa, décembre 2018, disponible sur le site Internet de l'Institut : [e-cancer](http://e-cancer.fr).
- (17) La douleur en cancérologie / Collection fiches repères, INCa, disponible sur le site Internet de l'Institut : [e-cancer](http://e-cancer.fr).
- (18) Centre national de ressources de lutte contre la douleur : cnrd.fr.
- (19) Ministère des Solidarités et de la Santé : dossier sur les structures spécialisées douleur chroniques, avec annuaire national : solidarites-sante.gouv.fr.
- (20) Préservation de la santé sexuelle et cancers : [e-cancer](http://e-cancer.fr).
- (21) Modèle pour la désignation d'une personne de confiance : service-public.fr.
- (22) Modèle de directives anticipées : service-public.fr.
- (23) Société française d'accompagnement et de soins (SFAP), qui permet notamment de rechercher une structure de soins palliatifs et une association par localisation géographique sur tout le territoire : sfap.org.
- (24) Union des associations pour le développement des soins palliatifs (UNASP), qui propose des définitions simples et claires pour expliquer les soins palliatifs, ainsi que les coordonnées des associations pour le développement des soins

LISTE DES PARTICIPANTS

palliatifs (ASP) qui mettent à la disposition des malades leurs accompagnants bénévoles pour les aider, ainsi que leurs familles, à l'occasion d'une phase critique ou au moment de la phase terminale : soins-palliatifs.org.

(25) Conférence de consensus : « L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches » HAS/SFAP : has-sante.fr.

(26) Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer. Des connaissances scientifiques aux repères pratiques / Collection États des lieux et des connaissances, INCa, mars 2017, disponible sur le site Internet de l'Institut : e-cancer.fr.

(27) Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales du Haut Conseil de la santé publique : hosp.fr.

Pour les patientes et leurs proches

- Guides Cancer Info et fiches patients, disponibles gratuitement sur le site Internet de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr, dont en particulier :
 - Les traitements du cancer invasif du col de l'utérus
 - Démarches sociales et cancer
 - Participer à un essai clinique en cancérologie
 - Douleur et cancer
 - Fatigue et cancer
 - Vivre pendant et après un cancer
 - L'imagerie par résonance magnétique (IRM)
 - Le scanner ou tomographie par émission de positons-tomodensitométrie (TEP-TDM)
 - La chambre à cathéter implantable
 - Le cathéter central à insertion périphérique ou PICC
 - Les soins palliatifs en fin de vie
- Association de patientes IMAGYN (Initiative des Malades Atteintes de cancers GYNécologiques) : imagyn.org.

Plateformes téléphoniques

○ **Tabac Info Service** : 3989 (appel non surtaxé) : un spécialiste répond aux questions. Possibilité de bénéficier d'un suivi personnalisé et gratuit par un tabacologue. tabac-info-service.fr.

○ **Ligne Cancer Info** (service proposé par l'Institut national du cancer en partenariat avec la Ligue contre le cancer) au 0805 123 124 (service et appel gratuits) : une équipe constituée de spécialistes de l'information sur les cancers répond aux questions d'ordre pratique, médical et social du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures et le samedi de 9 heures à 14 heures. Un service d'écoute animé par des psychologues et une permanence juridique proposés par la Ligue contre le cancer sont également disponibles du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures.

○ **Centre national de ressources Soins Palliatif** : « Accompagner la fin de la vie ; s'informer, en parler » : au 0811 020 300 (prix d'un appel local) : informations sur les structures d'accueil et l'offre de soins, les droits des malades et de leurs familles, orientation vers les dispositifs d'aide et d'accompagnement (associations locales), écoute et espace de parole.

Organismes professionnels et associations sollicités ayant proposé des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail / relecture :

- Collège de la médecine générale (CMG)
- Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)
- Société française d'oncologie gynécologique (SFOG)
- Société de chirurgie gynécologique et pelvienne (SCGP)
- Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale (FNCGM)
- Société française de gynécologie (SFG)
- Société française du cancer (SFC)
- Société française de radiothérapie oncologique (SFRO)
- Société française de pathologie (SFP)
- Société française de gynécopathologie (SFGP)
- Conseil professionnel de la radiologie française (G4) / Société française de radiologie (SFR) / Société d'imagerie de la femme (SIFEM)
- Société française de médecine nucléaire (SFMN)
- Association française des infirmier(e)s de cancérologie (AFIC)
- Association IMAGYN (Initiative des Malades Atteintes de cancers GYNécologiques)

Groupe de travail :

- **Dr Asma BEKHOUCHE**, radiologue, Hôpital Tenon, Paris
- **Dr Cédric BOUCHERAT**, pharmacien d'officine, Livry-Gargan
- **Dr Clément CHARRA**, médecin généraliste, Ladoix-Serrigny
- **Dr Ségolène CHARRA**, gynécologue obstétricien, Ladoix-Serrigny
- **Dr Humbert de FREMINVILLE**, médecin généraliste, MD. PhD. Université Lyon 1
- **Dr Laëticia GIMENEZ**, médecin généraliste, Toulouse
- **Dr Jean GODARD**, médecin généraliste, Val-de-Saône
- **Dr Frédéric GUYON**, chirurgien gynécologue, Institut Bergonié, Bordeaux
- **Dr Christine KERR**, oncologue radiothérapeute, Institut régional du Cancer de Montpellier

- **Pr Vincent LAVOUE**, gynécologue obstétricien, CHU de Rennes
- **Dr Béatrice LOGNOS**, médecin généraliste, Saint-Georges-d'Orques
- **Dr Éliane MERY-LAMARCHE**, anatomocytologiste, IUCT – Oncopole, Toulouse
- **Dr Erik MONPETIT**, oncologue radiothérapeute, Centre Saint-Yves, Vannes
- **Dr Françoise MOUSTEOU**, gynécologue médicale, Cagnes-sur-Mer
- **Dr Edwige POTTIER**, radiologue, CHI de Créteil
- **Dr Jacques RIMAILHO**, chirurgien gynécologue, Hôpital Rangueil, Toulouse
- **Dr Manuel RODRIGUES**, oncologue médical, Institut Curie, Paris
- **Pr Marie-Ève ROUGE BUGAT**, médecin généraliste, Toulouse
- **Dr Marcel RUETSCH**, médecin généraliste, Dessenheim
- **Pr Isabelle THOMASSIN-NAGGARA**, radiologue, Hôpital Tenon, Paris
- **Dr Vincent VILLEFRANQUE**, gynécologue obstétricien, Hôpital Simone Veil, Eaubonne
- **Dr Myriam WARTSKI**, médecin nucléaire, Hôpital Cochin, Paris

Chaque expert du groupe de travail a renseigné une déclaration d'intérêts, publiée sur le site DPI-SANTE. L'analyse des liens d'intérêts réalisée par l'Institut n'a pas mis en évidence de risque de conflits d'intérêts.

Relecture nationale : 102 relecteurs, dont 3 n'ayant pas souhaité être cités

- **Dr Jean Sébastien AUCOUTURIER**, gynécologue obstétricien, Hôpital Saint Louis, La Rochelle
- **Dr Joseph BAKAR**, chirurgien gynécologue, CH François Quesnay, Mantes-la-Jolie
- **Pr Anne-Sophie BATS**, chirurgien gynécologue, Hôpital européen Georges Pompidou, Paris
- **Dr Nicolas BAUER**, oncologue radiothérapeute, Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse et Sud-Alsace, Mulhouse

- **Dr Julien BEHR**, radiologue, CHRU de Besançon
- **Dr Sara BELLEFQIH**, oncologue radiothérapeute, Centre Henri Becquerel, Rouen
- **Dr Anca BERGHIAN**, anatomocytologiste, Centre Henri Becquerel, Rouen
- **Dr Louis BERTHET**, médecin nucléaire, Centre de Médecine Nucléaire du Parc, Dijon
- **Dr Catherine BILLOT-BOULANGER**, chirurgien viscéral et digestif, CRCDC 972, Fort-de-France
- **Dr Anouch BONNEFOI**, gynécologue médicale, Bordeaux
- **Dr Grégoire BOUCHÉ**, oncologue radiothérapeute, Institut Godinot, Reims
- **Dr Camille BOURILLON**, radiologue, Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon, Paris
- **Dr Natacha BOURRY**, oncologue radiothérapeute, Hôpital Forcilles, Férolles-Attilly
- **Pr Florent CACHIN**, médecin nucléaire, Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand
- **Dr Nicolas CARRABIN**, chirurgien gynécologue, Clinique Charcot, Sainte-Foy-lès-Lyon
- **Dr Mathilde CERVELLERA**, oncologue radiothérapeute, Hôpital privé Jean Mermoz, Lyon
- **Dr Élise CHAMPEAUX-ORANGE**, oncologue radiothérapeute, CHR d'Orléans
- **Pr Cyrus CHARGARI**, oncologue radiothérapeute, Gustave Roussy Cancer Campus Villejuif
- **Mme Céline CHARLEMAGNE**, Association de patientes IMAGYN, Paris
- **Dr Élisabeth CHÉREAU EWALD**, chirurgien gynécologue, Hôpital privé de Marseille Beauregard et Hôpital Saint Joseph, Marseille
- **Dr Nicolas CHOPIN**, chirurgien gynécologue, Centre Léon Bérard, Lyon
- **Pr Pierre-Frédéric CLAVERE**, oncologue radiothérapeute, CHU de Limoges
- **Dr Linda DAVID**, médecin généraliste, Marcillat-en-Combraille
- **Dr Julie DELVALLÉE**, gynécologue obstétricien, Hôpital Bretonneau, CHRU de Tours
- **Dr Fanny DESVIGNES**, gynécologue obstétricien, CH de Vichy
- **Dr Romain DETCHEV**, gynécologue obstétricien, Hôpital Saint Vincent de Paul, Lille
- **Dr Nicolas DIDOT**, médecin nucléaire, Institut de cancérologie Strasbourg Europe, Strasbourg
- **Dr Mathilde DOUBLIER**, chirurgien gynécologue, Clinique Belharra, Bayonne
- **Dr Anne DUCASSOU**, oncologue radiothérapeute, Institut universitaire du cancer de Toulouse-Oncopole

- **Pr Xavier DURANDO**, oncologue médical, Centre Jean Perrin, Clermont Ferrand
- **Pr Catherine DURDUX**, oncologue radiothérapeute, Hôpital européen Georges Pompidou, Paris
- **Dr Anne DURLACH**, anatomocytologiste, CHU de Reims
- **Dr Michel FABBRO**, oncologue médical, Institut du Cancer de Montpellier
- **Dr Vassili FAGUE**, chirurgien gynécologue, CH de Valenciennes
- **M. Aldo FANELLI**, ROMQS /cadre de santé, CHU d'Amiens
- **Dr Yolanda FERNANDEZ**, oncologue médicale, Institut de Cancérologie de Lorraine, Vandœuvre-lès-Nancy
- **Dr Philippe FERRY**, gynécologue obstétricien, CH de La Rochelle
- **Dr Alain FIGNON**, gynécologue obstétricien, Clinique NCT+, Saint-Cyr-sur-Loire
- **Dr Éric FONDRINIER**, chirurgien gynécologue, CH Henri Mondor, Aurillac
- **Dr Raymond FORIER**, gynécologue médical, Les Abymes
- **Dr Aude FOURNIER**, chirurgien viscéral et digestif, Hôpital privé Arras Les Bonnettes, Arras
- **Pr Laure FOURNIER**, radiologue, Hôpital européen Georges Pompidou, Paris
- **Pr Bernard FRECHE**, médecin généraliste, Vaux-sur-Mer et Université de Poitiers
- **Dr Danièle FRIC**, oncologue radiothérapeute, Institut Daniel Hollard – Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble
- **Dr François GALLON**, chirurgien gynécologue, Hôpital privé Drôme Ardèche, Guilhaud-Granges
- **Pr Denis GALLOT**, gynécologue obstétricien, CHU Estaing, Clermont-Ferrand
- **Pr Tristan GAUTHIER**, chirurgien gynécologue, CHU Dupuytren et Hôpital Mère-Enfant, Limoges
- **Dr Hélène GBAGUIDI**, gynécologue obstétricien, CHR d'Orléans
- **Dr Catherine GENESTIE**, anatomocytologiste, Gustave Roussy, Villejuif
- **Dr Manuel GOMES DAVID**, chirurgien gynécologue, Institut de Cancérologie de Lorraine, Vandœuvre-lès-Nancy
- **Dr Justine GOUBET**, médecin généraliste, CH de Boulogne-sur-Mer
- **Pr Olivier GRAESSLIN**, gynécologue obstétricien, Institut Mère-Enfant Alix de Champagne, CHU de Reims
- **Dr Frédéric GROLIER**, chirurgien gynécologue, Hôpital Simone Veil – CH de Troyes

- **Dr Antoine GUIHENEUF**, gynécologue obstétricien, Clinique du Diaconat-Fonderie, Mulhouse
- **Dr Kevin GUILLEZ**, gynécologue obstétricien, CHRU de Nancy et Institut de Cancérologie de Lorraine, Vandœuvre-lès-Nancy
- **Dr Lorraine HEJL**, chirurgien gynécologue, Institut de Cancérologie de Lorraine, Vandœuvre-lès-Nancy
- **Dr Sébastien HENNO**, anatomocytologiste, Hôpital Pontchaillou, CHU de Rennes
- **Dr Judicaël HOTTON**, chirurgien gynécologue, Institut Godinot, Reims
- **Dr Jean-Pierre JACQUET**, médecin généraliste, Saint-Jean-d'Arvey
- **Mme Pascale JUBELIN**, Association de patientes IMAGYN, Paris
- **Dr Pierre-Alexandre JUST**, anatomocytologiste, Hôpital Cochin, Paris
- **Dr Ouarda KENOUCHE**, chirurgien gynécologue, Clinique Charcot, Sainte-Foy-lès-Lyon
- **Dr Élise LARDIN**, chirurgien gynécologue, Maxéville et Polyclinique Majorelle, Nancy
- **Dr Robert LAURENT**, médecin généraliste, Alixan
- **Dr Marie-Aude LE FRERE-BELDA**, anatomocytologiste, Hôpital européen Georges Pompidou, Paris
- **Dr Antoine LEMAIRE**, médecin douleur et soins palliatifs, CH de Valenciennes
- **Dr Yann LENGLET**, gynécologue obstétricien, CH de Vichy
- **Dr Alexis LÉPINOY**, oncologue radiothérapeute, Institut de Cancérologie de Bourgogne, Dijon
- **Dr Stéphanie LIN**, chirurgien gynécologue, Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble
- **Dr Jean-Philippe LUCOT**, gynécologue obstétricien, Hôpital Saint Vincent de Paul, Lille
- **Dr Gilles MARIE**, gynécologue obstétricien, Polyclinique du Cotentin, Cherbourg-en-Cotentin
- **Dr Guillaume MARIE**, médecin généraliste, CH de Boulogne-sur-Mer
- **Dr Xavier MARTIN**, chirurgien gynécologue, Hôpital Privé Sainte Marie, Chalon-sur-Saône et Hôtel Dieu, Le Creusot
- **Dr Julia MARUANI**, gynécologue médicale, AP-HM et cabinet libéral, Marseille
- **Dr Fabrice MASSONI**, chirurgien gynécologue, CH de Valenciennes
- **Dr Jean Baptiste de MEEUS**, gynécologue obstétricien, Polyclinique Saint-Odilon, Moulins
- **Dr Philippe MICHAUD**, gynécologue obstétricien, Clinique de l'Archette, Olivet
- **Dr Judith MICHELS**, oncologue médicale, Gustave Roussy, Villejuif

- **Dr Philippe MOREAUD**, médecin généraliste, Pessac
- **Dr Guillaume NICOLET**, gynécologue obstétricien, CH Ouest Réunion, Saint-Paul
- **Mme Éléonore PIOT de VILLARS**, Vice-Présidente de l'association de patientes IMAGYN, Paris
- **Dr Nathalie PREVOT-BITOT**, médecin nucléaire, CHU de Saint-Étienne
- **Dr Émilie RAIMOND**, chirurgien gynécologue, CHU de Reims
- **Dr Gauthier RATHAT**, chirurgien gynécologue, CHU de Montpellier
- **Dr Pia de REILHAC**, gynécologue médicale, Nantes
- **Dr Sophie RENARD**, oncologue radiothérapeute, Institut de Cancérologie de Lorraine, Vandœuvre-lès-Nancy
- **Dr Isabelle REYNAUD**, gynécologue obstétricien, Besançon
- **Pr Pascal ROUSSET**, radiologue, Hôpital Lyon Sud, Pierre Bénite
- **Dr François SENSENBRENNER**, chirurgien gynécologue, Hôpital privé Drôme Ardèche, Guilhaud-Granges
- **Pr Fabrice SERGENT**, gynécologue obstétricien, Université de Picardie Jules Verne et CHU Amiens-Picardie
- **Dr Alexandra SUISSA**, oncologue radiothérapeute, Institut de Cancérologie de Seine et Marne, Jossigny
- **Dr Pierrick THERET**, gynécologue obstétricien, CHU Amiens-Picardie et CH de Saint Quentin
- **Dr David THIBOUW**, oncologue radiothérapeute, Centre Georges François Leclerc, Dijon et CHRU de Besançon, site Jean Minjoz
- **Dr Anne-Sarah THOLOZAN-JUNIAT**, gynécologue obstétricien, CHRU de Besançon
- **Dr Damien TOMASSO**, médecin généraliste, Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon, Paris
- **Dr Claire TRICAUD**, oncologue radiothérapeute, Centre de radiothérapie Haute Savoie Nord, Contamine-sur-Arve
- **Dr Mohammed YACOUBI**, oncologue radiothérapeute, CHR Metz-Thionville
- **Mme Laila YASSINE**, infirmière, Gustave Roussy, Villejuif
- **Dr Nikolaos ZIRGANOS**, anatomocytologiste, CHRU de Besançon

】 Institut national du cancer

- **Dr Marie de MONTBEL**, responsable de projets, département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du Médicament
- **Marianne DUPERRAY**, Directrice, direction des Recommandations et du Médicament

RÉFÉRENCES

- Defossez G, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume I – Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra) : Santé publique France, 2019. 372 p. Disponible à partir des URL : santepubliquefrance.fr et e-cancer.fr
- Haute Autorité de santé (HAS), Institut national du cancer (INCa). Guide ALD – Cancer invasifs du col utérin [online]. Collection Outils pour la pratique. Janvier 2010. Disponible : URL : e-cancer.fr et has-sante.fr
- Institut national du cancer (INCa). Identifier et prévenir les risques de second cancer primitif chez l'adulte, Collection état des lieux et des connaissances, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt. 2013. Disponible : URL : e-cancer.fr
- Estimation du risque de second cancer en France / Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim, les données, avril 2015. Disponible : URL : e-cancer.fr
- European Society of Gynaecological Oncology / European Society for Radiotherapy and Oncology / European Society of Pathology : Guidelines for the management of patients with cervical cancer, 2018 ; Disponible : URL : <https://guidelines.esgo.org/media/2018/04/Cibula-et-al-2018.pdf>
- European Society For Medical Oncology : Cervical Cancer : Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up, 2017 ; Ann Oncol (2017) 28 (suppl 4) : iv72-iv83. Disponible : URL : esmo.org
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Cervical Cancer, 2020 [online]. Disponible : URL : nccn.org
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus en pratique, collection Outils pour la pratique, INCa, décembre 2020. Disponible : URL : e-cancer.fr
- Société française de radiologie, Société française de médecine nucléaire. Guide du Bon Usage des examens d'imagerie médicale [online]. 2013. Disponible : URL : gbu.radiologie.fr
- Woronoff A-S, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Col de l'utérus. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer septembre 2020, 12 p. Disponible à partir des URL : e-cancer.fr et santepubliquefrance.fr



Édité par l'Institut national du cancer (INCa)
Tous droits réservés - Siren 185 512 777
Conception : INCa
Réalisation : DESK (www.desk53.com.fr)

ISBN : 978-2-37219-810-3
ISBN net : 978-2-37219-811-0

DEPÔT LÉGAL NOVEMBRE 2021

RETROUVEZ SUR E-CANCER.FR UNE COLLECTION D'OUTILS PRATIQUES POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Disponibles gratuitement en version interactive et à la commande



LES OUTILS POUR LA PRATIQUE PAR LOCALISATION DE CANCER

(comprenant la démarche diagnostique, le bilan initial, les modalités thérapeutiques de première intention, la gestion des effets indésirables et les examens de suivi)

- Cancers du sein
- Cancers bronchopulmonaires
- Cancers des voies aérodigestives supérieures
 - Cancers colorectaux
 - Cancers de l'ovaire
 - Cancers de la thyroïde
 - Cancers du pancréas
- Lymphomes anaplasiques à grandes cellules associés à un implant mammaire (LAGC-AIM)

LES FICHES THÉMATIQUES

- L'arrêt du tabac chez le patient atteint de cancer
- Repérage de la souffrance psychique des patients atteints de cancer
 - Prescription des prothèses externes (capillaires et mammaires) chez les patients atteints de cancer

Le guide digital « **ORGANISATION DES SOINS EN CANCÉROLOGIE** »
(décrivant les éléments clés de l'organisation des soins en cancérologie)

COMMENT SE PROCURER LES TITRES DE LA COLLECTION ?

- Pour commander gratuitement,
rendez-vous sur :
e-cancer.fr



Pour vous informer sur la prévention,
les dépistages et les traitements des cancers,
consultez **e-cancer.fr**

