

EFFETS SECONDAIRES GYNECOLOGIQUES RADIO-INDUITS

Date : 13/12/2017

1^{ère} Partie

Contexte, définitions, épidémiologie, physiopathologie, facteurs de risque

CONTEXTE

- **Effets indésirables parfois redoutés mais souvent méconnus des patientes**
- **Sous-estimés**
 - Sous diagnostiqués : peu de publications, y compris sur effets de la curiethérapie. Rarement évoqué dans les recommandations.
 - Classification de la sévérité peu ou pas utilisées
 - Affecte une partie ou la totalité des organes gynécologiques
 - Association fréquente avec des effets secondaires précoces et/ou tardifs digestifs ou urinaires
 - Asymétrie de perception patiente / professionnels de santé
- **Sous-traités**
- **Pas ou peu d'effets des nouvelles techniques de traitement (IRMT, IGRT) mais très mal évalués dans les études scientifiques**
 - Radiothérapie Conformationnelle avec Modulation d'Intensité (RCMI)
 - RadioThérapie Guidée par l'Image (RTGI)

2^{ème} partie

Aspects cliniques : effets secondaires précoces versus tardifs

EVALUATION du RISQUE

- **Trophicité/élasticité/lubrification des tissus** : âge, statut hormonal, chimiothérapie
- **Chirurgie tumorale et ganglionnaire** : importance et œdèmes postopératoires
- **Nécessité de Sondage Urinaire ou non et transit** selon geste chirurgical
- **Taille et localisation de la tumeur**
- **Hygiène, statut social et marital, autonomie du patient pour la toilette, accès à des sanitaires** : évaluation ESSENTIELLE pour mesures adaptées (aides à domicile, soins infirmiers, soins de toilette..). Au besoin hospitalisation de jour ou consultation oncosexologique pour prise en charge optimale.

CONSEQUENCES et COMPLICATIONS

- **Altération importante de la qualité de vie** : action négative sur vie sociale et sexuelle et des activités quotidiennes domestiques
- **Recours aux antalgiques, notamment morphiniques**
- **Recours aux professionnels du domicile et de soins**
- **Hospitalisation** parfois nécessaire.
- **Interruption du traitement, voire refus de le reprendre et de le mener à terme** : diminution de l'efficacité antinéoplasique de l'irradiation et de la possibilité de guérison

3^{ème} partie

Objectifs, prévention et traitement des effets secondaires précoces et tardifs

OBJECTIFS :

les bonnes pratiques en soins oncologiques de support reposent sur un trépied

1) AVANT

- Informations du patient lors des consultations avec le médecin, le manipulateur voire l'infirmière coordinatrice et d'annonce
→ livrets patients SFRO – SFjRO – SNRO
- Mesures préventives associées en fonction du cancer irradié
- Respect des contraintes de dose aux organes à risque en radiothérapie. Les contraintes de doses sur l'appareil gynécologique sont mal connues d'autant plus que c'est un volume cible non évitable. Il n'y a donc pas de contraintes de doses spécifiques consensuels.
→ Guide des procédures de radiothérapie externe RECORAD 2016

2) PENDANT : consultation hebdomadaire obligatoire en cours de radiothérapie pour évaluation systématisée et prise en charge des effets secondaires

3) APRES : suivi à moyen et long terme permettant le contrôle a posteriori des traitements délivrés ; annuel pendant 5 ans (obligation réglementaire)

MESURES PREVENTIVES

- **Information de la patiente et du couple** sur les effets secondaires gynécologiques / sexuelles et possibilités de prise en charge onco-sexologique, de l'anatomie pelvienne et de la sexualité et du déroulement de l'irradiation
- **Conseils d'habillement**: éviter les matières qui favorisent la macération et l'humidité (sous vêtements en coton ou tissus « respirants »)
- **Conseils d'hygiène intimes** : soins d'hygiène intime habituels, pas d'hygiène excessive, d'antiseptique ni de douche vaginale. Possibilités de débiter avec une **hydratation externe et interne avant, pendant et après l'irradiation par huile d'amande douce bio (ou crème hydratante à base vitamine E et Zinc), et ovules hydratantes et cicatrisantes type CICATRIDINE**
- **Activités sportives autorisés** : pas de limitation particulière avant la 3^{ème} ou 4^{ème} semaine où il est conseillé d'éviter les sports avec appui sur le pelvis (vélo, équitation...). Contre-indication de la piscine une fois la muqueuse ou la peau altérées.
- **Conseils diététique** : régime alimentaire habituel, adaptation des règles hygiéno-diététiques en cas de troubles digestifs en cours d'irradiation (nausées, vomissements, diarrhées...)
- **Sexualité** : habituelle jusqu'à dyspareunie en utilisant un lubrifiant à base d'eau si besoin. Pas de radioactivité de la patiente et pas de risque pour le partenaire
- **Transposition ovarienne** : à discuter chez la femme jeune (30 à 35 ans)

VERSION DE TRAVAIL

PRISE EN CHARGE DES VAGINITES ET VULVITES AIGUËS

- **Quelques spécificités** : régions avec de multiples plis : inguinaux, interfessier, sous fessier, vulvaires...
 - Risque de macération +++
 - Zone de frottement +++
 - Zone richement innervée +++
- **SOINS LOCAUX**
 - **En cas de dermatite de grade 1 et 2 sèche (sèche) :**
 - + **poursuite d'une hydratation** externe et interne par topique crème et ovule
 - + **Identiques aux dermatites du reste du corps**
 - + **Moyen de contention adapté : filet de maintien des pansements SURGIFIX (modèle slip filet, 1 /j)**
 - + **Place des dermocorticoïdes : attente retour des dermatologues**
 - **En cas de dermatite de grade 2 exsudative ou 3 (suintante) :**
 - + **éosine aqueuse 2 % unidose** : 1 application par jour avec compresses stériles 10 x 10 cm : 2 par jour
 - + **AQUACEL Burn et AQUACEL Ag Burn (différentes tailles)** : permettent jusqu'à 21 jours de durée de port (ou selon l'indication clinique) et se détachent sans douleur de la brûlure à mesure qu'elle sèche et guérit.
 - + **Bains de siège mais pas de douche ou antiseptie vaginale**
au bicarbonate de sodium 14 % : 1 cuillère à soupe par litre d'eau 3 fois par jour
OU au permanganate de potassium : 1 sachet de 0,5 g par litre d'eau 3 fois par jour
AVEC location bidet amovible sur toilette pour la réalisation des bains de siège, sinon baignoire/ douche

PRISE EN CHARGE DES VAGINITES ET VULVITES AIGUËS

• DOULEUR

- **Antalgiques et anti-inflammatoires** : un traitement de fond est le plus souvent indispensable par opioïdes associé à des interdoses ou des fentanyl d'action rapide avant la miction et/ou la défécation. Les anti-inflammatoires peuvent être utiles mais risque de surinfection.
- **Coussin bouée de positionnement CareWave XL (LPPR 1254895 : 1 unité)**. Le coussin bouée en position assise, mis vers l'avant, libère la zone périnéale ; mis vers l'arrière, limite les points de pression au niveau du coccyx.
- **Anesthésique locaux** : XYLOCAINE VISQUEUSE 2%[®] Lidocaïne gel : 1 application 3 fois par jour au niveau du périnée pour anesthésier localement la zone douloureuse
1 à 2 tubes de 100 g / semaine
- **Vaseline pommade** : 1 tube de 100 g : 1 à 2 application(s) par jour, notamment mettre une noisette de crème au niveau du méat urinaire avant d'uriner pour limiter les douleurs.

PRISE EN CHARGE DES VAGINITES ET VULVITES AIGUËS

MESURES ASSOCIEES

- **Probiotiques :**
 - GYNOPHILUS LP[®] comprimé vaginal : un comprimé tous les 4 jours le soir au coucher à humidifier avec un peu d'eau pour en faciliter l'introduction au fond du vagin.
 - Ce sont des probiotiques (Lactobacillus casei rhamnosus Döderlein) présents naturellement dans le vagin associés à des prébiotiques pour régénérer la flore vaginale naturelle. Il ne faut pas réaliser de désinfection ou de douche vaginale.
 - Des rapports sexuels sont possibles 8 heures après l'administration du comprimé.
- **Pas d'irrigation vaginale**
- **Traitements des infections fongiques :** antifongiques topiques crèmes et/ou ovule

APRES LA RADIOTHERAPIE

- **Produits de toilette intime**

- Les mêmes qu'en prévention
- hydratant vaginal (en dehors des rapports) : 1 à 2 fois par semaine en continu à vie si besoin soit par estrogène/promestriène localisée sous forme d'ovule ou de gel/crème vulvovaginale soit (en cas de cancer hormono-dépendant) sous forme d'acide hyaluronique ou de polycarbophiles en topique local

- **Sexualité**

- Aller au rythme de la patiente et du couple en donnant à la primauté à la patiente. Inciter le/la partenaire à venir en consultation.
- Utilisation d'un lubrifiant intime à base d'eau préconisée au moins au début (type MONASENS GEL)
- Attendre 1 mois après la fin des rayons pour une reprise des rapports, plutôt en position « Andromaque », sans craindre quelques métrorragies per et post coïtales.



International Guidelines
on Vaginal Dilatation after
Pelvic Radiotherapy

APRES LA RADIOTHERAPIE

• Mesures pour éviter la sténose vaginale

- 4-8 semaines après la curiethérapie/radiothérapie
- APRES EXAMEN GYNECOLOGIQUE éliminant une inflammation locale.
- Reprise d'une activité sexuelle avec son/sa partenaire
- et/ou à l'aide de dilatateur vaginaux : séances de dilatations vaginales 5 minutes deux fois par semaine pendant 6 mois, puis 1 fois par semaine pendant 6 mois puis arrêt.
- et/ou à l'aide de sextoys
- Utilisation d'un lubrifiant intime à base d'eau préconisé au moins au début (type MONASENS GEL)
- Massage de la fourchette vulvaire 1 à 2 fois par semaine pendant 12 mois.

VERSION DE TRAVAIL

APRES LA RADIOTHERAPIE

- **Mesures pour éviter le lymphœdème** : aucune en dehors de l'antisepsie en cas de blessure
- **Mesures pour éviter la ménopause radio-induite**
 - Possibilité d'un Traitement Hormonal Susbtitutif de la ménopause (THS) en cas de cancers pelviens non hormono-dépendants
 - Contre-indications en cas de cancers hormonodépendants : cancer du sein, de l'endomètre stade évolué, sarcome du stroma endométrioïde, tumeur ovarienne des cordons sexuels ou épithéliale séreux/endométrioïde RH + ...
 - Estradiol < 30 pg/mL et FSH < 30 UI/L = ménopause précoce (= avant 45 ans) : risque cardiovasculaire et osseux majorés
 - THS jusqu'à un « âge naturel de la ménopause » c'est-à-dire < 50 ans
- **Rééducation périnéale** après radiothérapie externe ou curiethérapie en cas de diminution de la satisfaction sexuelle, voire anorgasmie séquellaire.

4^{ème} partie

Conséquences hormonales

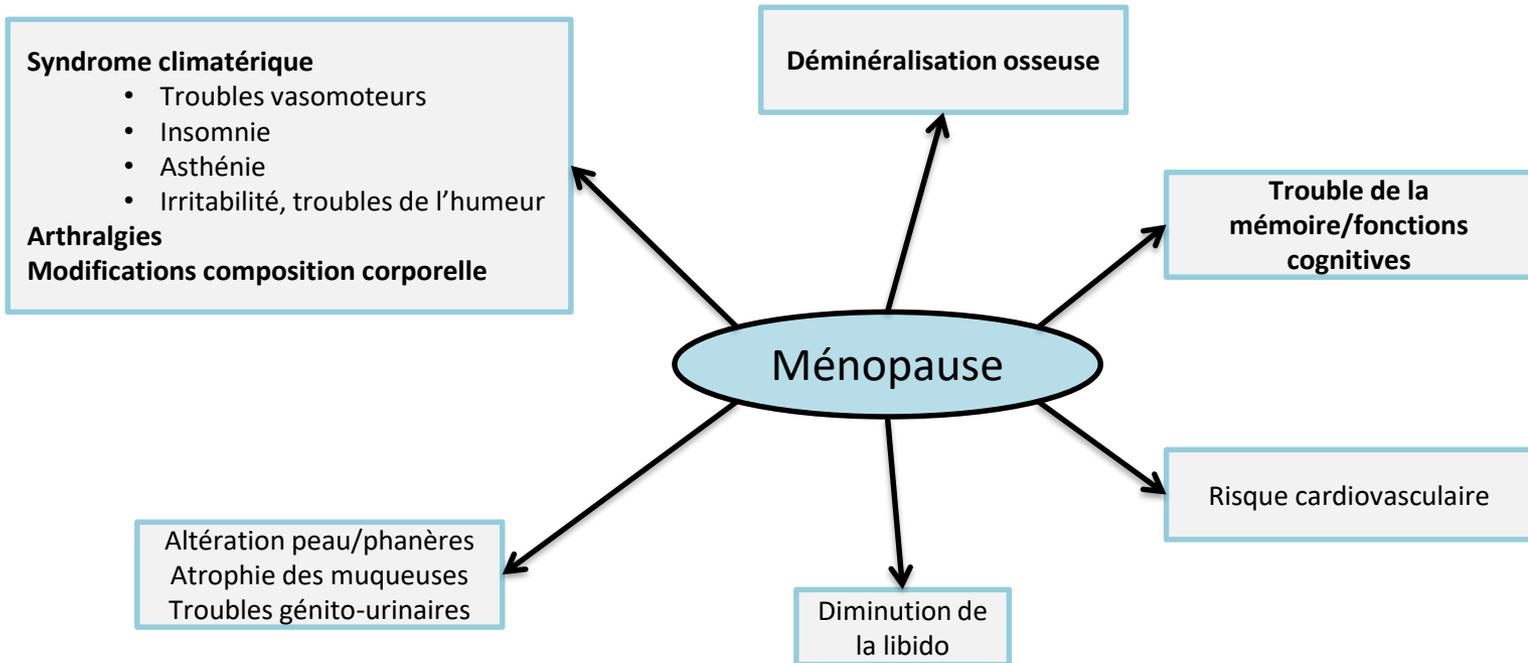
PREVENTION de l'insuffisance ovarienne radio-induite transpositions ovariennes

1) Transposition ovarienne :

- **Définition** : déplacer l'ovaire en dehors du champ d'irradiation en préservant l'un de ses pédicules vasculaires
- **Indications** :
 - cancer du col de la femme jeune de petit stade
 - cancer du rectum de la femme jeune
 - maladie de Hodgkin, médulloblastome, sarcome d'Ewing chez l'enfant (autres pathologies ?? Avis oncopédiatre requis)
- **Technique** :
 - coelioscopie = voie d'abord idéale
 - transposition latérale des ovaires dans la gouttière pariétocolique. La préférence va vers une transposition annexielle pour préserver l'arcade tubaire et la vascularisation ovarienne.
 - procédure à part ou s'intégrer à une lymphadénectomie de stadification (cancer invasif du col utérin).
 - uni- ou bilatérale.
 - perd de son intérêt après 30–35 ans. À cet âge, la population folliculaire est déjà réduite et la perte additionnelle provoquée par l'irradiation ne permet pas d'obtenir de grossesse.

2) Cryoconservation ovarienne avant radiothérapie (dans l'objectif d'une réimplantation secondaire après radiothérapie +/- chimiothérapie avec un objectif au moins endocrine)

CONSEQUENCES HORMONALES d'une MENOPAUSE RADIO-INDUITE



PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE OVARIENNE PRECOCE RADIO-INDUITE

• Traitement hormonal substitutif

▪ Modalités

- Persistance d'une activité endométriale après radiothérapie pelvienne [Habshaw, 1992]
- Utilisation d'un schéma comportant une combinaison d'œstrogène et de progestérone
- Prise en compte des antécédents personnels et familiaux à la recherche de contre-indications

▪ Complications

- Risque de second cancer : pas d'augmentation du risque de second cancer (ESHRE Guidelines on management of women with premature ovarian insufficiency 2015)

• Traitements locaux

- Traitements locaux des troubles trophiques vulvovaginaux : dérivés œstrogéniques (estradiol, estriol et promestriène COLPOTROPHINE).
 - AMM dans les vulvovaginites atrophiques par carence œstrogénique
 - Théoriquement contre-indiqués en cas de cancer du sein ou de l'endomètre, d'hyperplasie de l'endomètre non traitée ou d'accident thromboembolique veineux ou artériel

PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE OVARIENNE PRECOCE RADIO-INDUITE (2)

• Traitements non hormonaux

- Syndrome climatérique
 - Clonidine
 - Antidépresseurs IRSS (fluoxétine, paroxétine, citalopram, sertraline) ou IRSNA (venlafaxine)
 - Anti-épileptiques (gabapentine)
- Dyspareunie

• Traitements non médicamenteux

- Electro-acupuncture
- Hypnose
- Mesure hygiéno diététiques : activité physique, alimentation
- Si ménopause chirurgicale avant l'âge de 50 ans : augmentation de la mortalité cardiovasculaire chez les femmes n'ayant pas reçu d'œstrogénothérapie jusqu'à l'âge de 45 ans, en comparaison aux femmes ayant reçu un THM (HR=1,84(1,27-2,68), p=0,001) [Lobo, 2007]
 - Perte de la densité minérale osseuse plus importante chez les femmes avec annexectomie bilatérale avant 50 ans et sans THS que chez des femmes sans privation œstrogénique avant 50 ans
 - Risque d'ostéopénie : 47 % vs 16 % (p=0,03) [Challberg, 2011]

5^{ème} partie

Particularités en pédiatrie

Données et niveau de preuve :

le groupe de travail tient à préciser que les données de la littérature sont faibles et parcellaires. Le niveau de preuve de ces recommandations est par conséquent faible et constitue davantage un accord d'experts pluridisciplinaires approuvé par le Groupe Français de Radiothérapie Pédiatrique (GFRP) et suivi à long terme de la Société Française de Cancérologie de l'Enfant (SFCE)

VERSION DE TRAVAIL