

A qui en parler ?

Vous cherchez de l'aide ou d'autres informations ?
Vous avez besoin de parler ?
Vous cherchez des informations sur un type de cancer ou ses possibilités de traitement ?
Vous voulez savoir comment faire appel à un service de la Fondation contre le Cancer ?

Dans ce cas, appelez Cancerinfo gratuitement et de façon anonyme (du lundi au vendredi, de 9h00 à 18h00).

Des professionnels (médecins, psychologues, infirmiers et assistants sociaux) sont à l'écoute de toute personne confrontée au cancer.

Cancerinfo

POUR TOUTES VOS QUESTIONS SUR LE CANCER

 0800 15 801

 cancer.be/info

 publications



Fondation
contre le Cancer



Fondation
contre le Cancer

Fondation d'utilité publique

Chaussée de Louvain 479 - 1030 Bruxelles

T. 02 736 99 99

info@cancer.be - www.cancer.be

Soutenez-nous : IBAN : BE45 0000 0000 8989 - BIC : BPOTBEB1



Suivez-nous sur

www.facebook.com/fondationcontrelecancer



Fondation
contre le Cancer

Les cancers de la thyroïde



A qui cette brochure est-elle destinée ?

Table des matières

A qui cette brochure est-elle destinée ?	3
Qu'est-ce qu'un cancer ?	4
Un peu d'anatomie	6
Chiffres et facteurs de risque	8
Symptômes	9
Examens de diagnostic	10
Choix du traitement	13
Les traitements	16
Encore quelques conseils	23
La Fondation contre le Cancer : une mission, trois objectifs	27

Ce document s'adresse avant tout aux personnes ayant un cancer de la thyroïde.

Lorsqu'on vous annonce un diagnostic de cancer, de très nombreuses questions et émotions se bousculent. On veut comprendre comment et pourquoi la maladie s'est développée, quels sont les examens et les traitements indispensables, combien de temps ils risquent de durer... On se demande si une guérison est possible, si les traitements permettent de poursuivre une vie normale ou s'il faudra se faire aider... On s'interroge sur le coût de la maladie, sur ce qu'il vaut mieux dire ou ne pas dire à son entourage...

A toutes ces questions et à bien d'autres, des réponses devront être apportées au fur et à mesure qu'elles se posent, au cas par cas, en fonction de l'évolution particulière de chaque patient.

Votre médecin jouera à cet égard un rôle essentiel. Lui seul est en mesure de vous informer avec précision sur l'évolution de votre cas, pour autant que vous le lui demandiez.

Cette brochure n'a pas pour objet de tout vous apprendre sur votre traitement. Elle vous donne cependant des informations générales très importantes pour comprendre votre situation. Elle peut également vous aider à poser les bonnes questions à votre médecin ou à l'équipe médicale, si vous souhaitez en savoir plus sur votre situation particulière.

N'oubliez pas non plus vos proches. Eux aussi se posent de nombreuses questions. Ce document peut donc également leur être utile.

Qu'est-ce qu'un cancer ?

Un cancer résulte d'une perturbation profonde et complexe du fonctionnement de certaines cellules, qui se multiplient de manière incontrôlée et anarchique, à tel point qu'elles finissent par envahir l'organe dans lequel elles se trouvent et par envoyer des cellules malades à distance, vers d'autres organes.

Cause

Au départ, ce sont les dégâts accumulés par une cellule qui entraînent le processus de cancérisation (carcinogenèse). Ces dégâts peuvent, entre autres, être dus à l'exposition à des produits toxiques (au premier rang desquels se trouve la fumée de tabac), à des agents physiques (ultraviolets naturels ou artificiels, rayonnements, pollution), ou à certains virus. Le lien avec l'alimentation est établi mais encore mal connu. Par contre il est établi que l'alcool, l'excès de poids et le manque d'exercice physique augmentent le risque de certains cancers, tout comme des expositions professionnelles à différents produits chimiques. L'hérédité n'intervient que rarement. Les cancers ne sont jamais contagieux.

Evolution

Après une période plus ou moins longue, certaines cellules cancéreuses peuvent s'échapper de leur tumeur d'origine et aller s'installer dans d'autres parties du corps, via les vaisseaux sanguins ou lymphatiques. Ces colonies "secondaires" portent le nom de métastases.

Le processus de cancérisation est habituellement très lent. Il peut s'étendre sur plusieurs années, voire des dizaines, après les premiers dégâts cellulaires.

Voilà pourquoi la fréquence des cancers augmente globalement avec l'âge. C'est aussi la raison pour laquelle le dépistage précoce de certains cancers est si important. Il permet de les traiter avant l'apparition des métastases.

Dernière précision : tumeur n'est pas toujours synonyme de cancer. Une tumeur est une masse de cellules qui peuvent être cancéreuses ou non. On parle respectivement de tumeur maligne (cancer), ou de tumeur bénigne (adénome, kyste...).

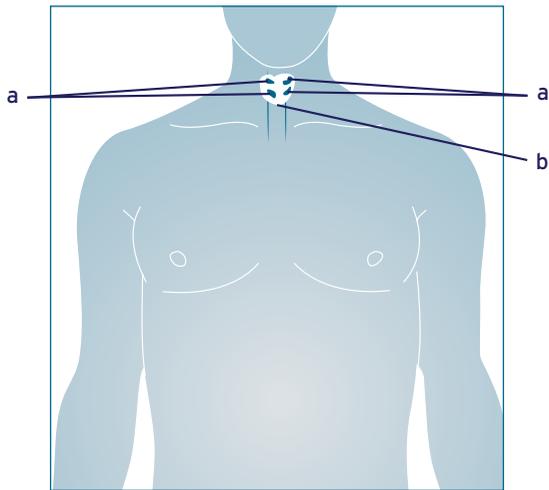
Vous cherchez d'autres informations ? Appelez gratuitement **Cancerinfo** au **0800 15 801**, tous les jours ouvrables de 9h à 18h.



Un peu d'anatomie

La glande thyroïde (ou simplement 'thyroïde') est un organe situé dans la gorge, et dont la forme rappelle celle d'un papillon. Elle est située en avant de la trachée, juste à la base du cou. Une glande thyroïde pèse normalement entre 15 et 25 grammes, et a à peu près la taille d'une balle de ping pong.

A l'arrière de la thyroïde, on retrouve 4 glandes plus petites : les glandes parathyroïdes (deux à gauche et deux à droite), qui mesurent quelques mm chacune. Elles jouent un rôle dans la régulation du taux sanguin de calcium.



a. glandes parathyroïdes
b. glande thyroïde

Quel est le rôle de la thyroïde ?

La thyroïde produit des hormones et les libère dans la circulation sanguine. Ces hormones stimulent le métabolisme des cellules de notre corps. Si la thyroïde produit trop d'hormones, le métabolisme s'accélère (hyperthyroïdie). Si elle en produit trop peu, il ralentit (hypothyroïdie).

Il existe deux hormones thyroïdiennes : T4 (thyroxine) et T3 (tri-iodothyronine). Afin de produire ces hormones, la thyroïde a besoin d'iode. Celui-ci est fourni par notre alimentation et arrive à la thyroïde par le sang.

La thyroïde contient également des « cellules C », qui produisent la calcitonine. Cette dernière est une hormone qui participe à la régulation du métabolisme du calcium dans l'ensemble de l'organisme en diminuant le taux de calcium dans le sang.

Chiffres et facteurs de risque

Le cancer de la thyroïde touche environ 960 personnes par an en Belgique, en majorité des femmes (en 2012 : 709 femmes et 252 hommes). Il s'agit généralement de cancers dits d'origine 'folliculaire' (se déclenchant dans les cellules glandulaires). L'autre forme de cancer de la thyroïde (médullaire) est plus rare.

Dans cette brochure, nous traiterons uniquement des cancers d'origine folliculaire de la thyroïde. Ils ont un développement généralement lent, et guérissent dans plus de 90% des cas. **Par facilité, nous simplifierons en parlant toujours de 'cancer de la thyroïde' dans la suite de cette brochure.**

Facteurs de risque

Les causes précises de ce cancer ne sont pas encore connues. Certains facteurs en augmentent cependant le risque :

- l'exposition de la thyroïde à des rayonnements radioactifs, en raison de traitement de radiothérapie (de la tête, du cou ou du thorax), ou de retombées d'un accident nucléaire (comme autour de la centrale de Tchernobyl) ;
- l'hérédité : elle jouerait un rôle dans moins de 5 % des cas de cancer de la thyroïde.

Symptômes

Au début de la maladie, le cancer de la thyroïde ne provoque habituellement aucun signe ou symptôme. On peut toutefois avoir l'attention attirée par les symptômes suivants :

- grossissement localisé (boule) au niveau de la thyroïde ;
- enrouement non expliqué (les nerfs des cordes vocales toutes proches sont comprimés par la tumeur) ;
- difficulté à respirer suite au rétrécissement de la trachée ;
- gonflement des ganglions lymphatiques du cou.

Le cancer de la thyroïde est assez rare. Par contre, d'autres affections bénignes (goitre, nodules, thyroïdite, etc.) sont plus fréquentes.

La plupart de ces symptômes sont le plus souvent dus à des problèmes de santé sans gravité, sans aucun rapport avec un cancer. De plus, pour être significatifs, ils doivent être persistants (plus de 2 semaines) ou répétés. Votre médecin est le seul à pouvoir déterminer, par des examens appropriés, si une anomalie persistante est due à un cancer. Si nécessaire, il vous dirigera vers un spécialiste pour un suivi complémentaire.

Examens de diagnostic

La période du diagnostic et des examens complémentaires est souvent difficile à vivre. Il faut attendre un certain temps avant que tous les examens aient été effectués. Dans l'intervalle, on se pose bien des questions sur l'extension de la tumeur et son évolution possible. Les équipes hospitalières font tout leur possible pour que cette période soit la plus brève possible.

Selon les circonstances, le médecin demandera que vous passiez un ou plusieurs des examens suivants :

Analyse sanguine

Le médecin demandera généralement une analyse de sang pour voir si les taux d'hormones thyroïdiennes et de calcium sont normaux ou perturbés.

Échographie de la glande thyroïde

L'échographie est une technique d'imagerie utilisant les ultrasons. Elle n'implique aucune irradiation. Les ultrasons émis par une sonde traversent les tissus du corps puis sont renvoyés sous la forme d'un écho. Cet écho est analysé par un système informatique et transformé en image en temps réel sur l'écran.

En pratique : Vous êtes en général allongé sur une table d'examen. Le médecin promène une sonde enduite de gel sur l'organe à examiner et visualise le résultat sur l'écran. Il peut souvent vous commenter en temps réel ce qu'il observe, mais ces images ne sont pas toujours faciles à comprendre quand on n'en a pas l'habitude. L'examen n'est pas douloureux et ne comporte pas de contre-indications.

Ponction - biopsie

Pour pouvoir poser un diagnostic définitif, il est nécessaire de prélever un petit morceau de tissu (**biopsie**) qui sera ensuite examiné au microscope par un **anatomo-pathologiste**, pour confirmer la présence de cellules cancéreuses et déterminer le type de cancer.

Le prélèvement se fait généralement par aspiration à l'aide d'une aiguille très fine, à travers la peau, jusque dans le nodule thyroïdien suspect. Cette intervention est rapide et sûre, et ne cause pas de grand inconfort.

Si le diagnostic de cancer est confirmé, des examens complémentaires (RMN, scintigraphie osseuse, CT-scan) sont menés afin de voir si la tumeur s'est étendue ou si elle a métastasé.

Si l'examen microscopique de la ponction indique la présence d'un cancer de la thyroïde, une ablation chirurgicale de la glande est nécessaire. En cas de cancer de la thyroïde, la procédure habituelle est de procéder à cette opération, et d'effectuer ensuite des examens complémentaires.

On examine ainsi la tumeur - et éventuellement les ganglions lymphatiques - à l'aide d'un microscope, afin de déterminer le stade de la maladie.

Si aucune cellule cancéreuse n'est trouvée, ou si on constate juste une toute petite anomalie, d'autres examens ou traitements ne sont pas nécessaires.

Choix du traitement

Détermination du grade (degré de malignité)

L'examen au microscope (anato-pathologie) du fragment de tissu prélevé permet de déterminer de quel type de cellules cancéreuses est constituée la tumeur : c'est son **grade de malignité**.

Les tumeurs sont classées en trois degrés de malignité: degrés 1, 2, 3.
Plus une cellule cancéreuse est anormale (= différente d'une cellule normale), plus son degré de malignité est élevé.

Les cellules des tumeurs de **grade 1** ressemblent à des cellules normales et ont tendance à se développer et à se multiplier lentement. C'est pourquoi on dit que les tumeurs de degré 1 sont de meilleur pronostic.

Les cellules des tumeurs de **grade 3** ne ressemblent pas du tout à des cellules normales. Elles ont tendance à se développer rapidement et à se propager plus vite que les tumeurs de degré 1 ou 2.

Les cellules des tumeurs de **grade 2** sont intermédiaires.

Afin de choisir le traitement le plus approprié et de déterminer le pronostic (chances de guérison), il est important de connaître le stade du cancer. Cette étape essentielle s'appelle la détermination du stade ou staging. Elle se fait sur base des résultats de l'examen clinique, du grade de la tumeur déterminé par l'examen au microscope de la biopsie (anato-pathologie) et des imageries médicales.

Système de classification des tumeurs (TNM ou Tumor - Node - Metastasis)

La détermination du stade se fait généralement suivant le système TNM :

- **T** fait référence à la taille et à une éventuelle extension locale de la **tumeur**.
- **N** indique si le cancer s'est étendu aux ganglions lymphatiques (appelés **nodes** en anglais) proches de la tumeur primaire.
- **M** fait référence à la présence de **métastases** dans d'autres parties du corps.

Chaque lettre est suivie d'un chiffre ou d'une autre lettre :

- les chiffres de 0 à 4 indiquent le degré d'extension ;
- la lettre X signifie "ne peut pas être évalué", car l'information n'est pas disponible ;
- les lettres 'is', signifiant "in situ", peuvent suivre le T et indiquent dans ce cas que la tumeur reste limitée à la couche cellulaire où elle est apparue.

Consultation Oncologique Multidisciplinaire (COM)

Le choix final du traitement se fait après discussion entre les différents médecins spécialistes concernés. Ils détermineront le diagnostic précis et décideront ensemble de la meilleure méthode de traitement. Au sein d'une COM, on peut par exemple trouver un radiothérapeute, un anatomo-pathologiste, le coordinateur de soins en oncologie (voir encadré), etc. Une COM est un critère de qualité exigé pour les hôpitaux accrédités pour un programme de soins en oncologie et favorisé par le Plan national Cancer.

En fonction du stade du cancer, les médecins décident ensemble du traitement approprié à chaque cas particulier.

Les traitements contre le cancer de la thyroïde sont :

- la chirurgie ;
- la radiothérapie à l'iode 131 ;
- la chimiothérapie (dans quelques rares cas).

Ces traitements sont souvent combinés.

Le CSO, un partenaire tout au long de votre traitement

Les "Coordinateurs de soins en oncologie" sont présents dans la plupart des services hospitaliers de cancérologie. Cet(te) infirmier/infirmière spécialisé(e) est votre personne de contact privilégiée tout au long des traitements que vous allez suivre.

En effet, vous allez probablement passer par des services différents, des médecins différents, etc., mais votre CSO restera toujours le/la même.

Il/elle fait partie intégrante de votre équipe soignante, assiste à toutes les réunions vous concernant et coordonne tous vos rendez-vous. Votre CSO est joignable à tout moment par téléphone ou par mail pour répondre à toutes les questions que vous vous posez.

Les traitements

Chirurgie

Il est généralement nécessaire de procéder à l'ablation de la thyroïde. Parfois, il faut également enlever les ganglions lymphatiques du cou, en tout ou en partie.

L'opération est toujours complétée par un traitement à l'iode radioactif (Iode-131 ou I-131). Parfois, une seconde intervention chirurgicale est nécessaire (voir ci-dessous).

Ablation de la thyroïde

Généralement, toute la thyroïde est enlevée (thyroïdectomie). On procède aussi parfois à une ablation partielle, au cours de laquelle seule une moitié de la glande est enlevée. On parle alors de lobectomie. Cette solution est choisie quand :

- la nature cancéreuse de la tumeur n'est pas clairement établie. L'anatomo-pathologiste examine le tissu prélevé au microscope, et remet ses conclusions généralement après quelques jours. Si la tumeur semble être de nature cancéreuse, une seconde opération a lieu afin d'enlever le reste de la thyroïde ;
- si la tumeur cancéreuse est de petite taille (moins d'1 cm).

L'opération a lieu sous anesthésie générale et dure entre une heure et demie et deux heures. Le chirurgien pratique une incision horizontale dans le cou afin de pouvoir enlever la thyroïde.

L'opération est généralement peu douloureuse et le retour à domicile a lieu quelques jours après l'intervention.

Conséquences de l'ablation de la thyroïde

Les nerfs laryngés, qui commandent la mobilité des cordes vocales, sont en contact étroit avec la thyroïde et les vaisseaux sanguins qui l'irriguent. Ces nerfs peuvent parfois être lésés au cours de l'intervention ce qui entraîne des troubles, généralement passagers, de la voix. S'ils persistent, des séances de logopédie peuvent s'avérer nécessaire pour retrouver une élocution normale. Si seule une moitié de la glande est retirée, il n'y a généralement pas de conséquences sur la production d'hormones thyroïdiennes. Le lobe restant de la thyroïde peut en produire suffisamment.

Si toute la glande est retirée, il y a évidemment une insuffisance thyroïdienne qui doit être corrigée par une prise quotidienne d'hormones sous forme de comprimés. Ce traitement est bien toléré et permet d'éviter un ralentissement du métabolisme et ses conséquences :

- frilosité ;
- fatigue ;
- constipation ;
- prise de poids.

L'ajustement des doses d'hormones qui vous conviennent peut prendre un certain temps.

Si les glandes parathyroïdes ont également été enlevées ou endommagées, le taux de calcium sanguin peut être perturbé. Cela se manifeste par des picotements ou fourmillements des extrémités et par des crampes musculaires. Le plus souvent, ces phénomènes sont transitoires et corrigés par la prise de calcium (et parfois de vitamine D).

Ablation des ganglions lymphatiques du cou

Les ganglions lymphatiques du cou sont également enlevés si on y détecte des métastases. La plupart du temps, on les enlève seulement d'un côté du cou.

Si les métastases sont petites, votre médecin vous conseillera éventuellement de postposer cette opération. Des traitements de suivi à l'iode 131 peuvent en effet suffire à les faire disparaître. L'ablation des ganglions se fait généralement en même temps que celle de la thyroïde. Cette intervention supplémentaire allonge la durée de l'opération de 2 à 3 heures.

Après l'intervention, un anatomo-pathologiste examine au microscope les ganglions prélevés. Les résultats de cet examen sont disponibles au minimum une semaine plus tard, et permettent de déterminer si un traitement complémentaire est nécessaire.

Conséquences de l'ablation des ganglions lymphatiques du cou

L'ablation des ganglions peut avoir des conséquences parfois définitives :

- Perte de sensibilité de la peau du cou. Dans la plupart des cas, elle revient après quelques mois. Certaines personnes continueront malgré tout à ressentir un engourdissement ou une sensibilité altérée au niveau de la gorge.
- Un nerf de l'épaule peut être endommagé durant l'opération, avec pour conséquence des douleurs et un affaiblissement de l'épaule, qui peut pendre légèrement vers le bas. La kinésithérapie peut aider à réduire ces problèmes.

- Un gonflement d'une joue ou du menton peut se produire. Cela est dû à une mauvaise circulation de la lymphe dans ces parties du visage. Cet œdème passager peut être réduit par des massages légers (toujours en direction du cœur).

Traitement à l'iode radioactif

Même en cas de thyroïdectomie complète, de minuscules fragments de la glande peuvent persister dans le cou. Des métastases - parfois non détectables - peuvent également être présentes dans des ganglions lymphatiques ou d'autres parties du corps. C'est pourquoi, dans la majorité des cas, l'opération est suivie d'un traitement à l'iode radioactif (I-131). La dose nécessaire dépend notamment de la taille initiale de la tumeur et de la présence éventuelle de métastases.

Le mécanisme d'action de l'iode 131 est simple : les cellules thyroïdiennes (normales et tumorales) le captent rapidement, et sont les seules cellules de l'organisme à posséder cette affinité. L'iode radioactif est donc naturellement concentré dans les cellules thyroïdiennes éventuellement restées en place, où il agit alors comme une radiothérapie interne : ses rayonnements détruisent les cellules dans lesquelles il se trouve et leurs voisines.

Ce traitement est administré entre 4 et 6 semaines après l'opération. Par mesure de sécurité pour les personnes qui vous entourent, vous devez rester confiné quelques jours dans une chambre d'hôpital spécialement équipée, après la prise de l'iode radioactif. Cette chambre répond à des critères précis de sécurité, et la durée du séjour dépend de la quantité reçue et de la vitesse à laquelle le corps évacue l'iode radioactif. Celui-ci est éliminé

principalement via les fluides corporels (urine, salive, sueur). Dès que les mesures montrent que cette radioactivité est descendue sous un certain seuil, vous pouvez rentrer à votre domicile. Il est malgré tout conseillé d'éviter les contacts avec les femmes enceintes et les enfants de moins de 10 ans durant encore quelques jours.

Après le traitement

7 à 10 jours environ après le traitement, on procède à un examen scintigraphique du corps entier pour contrôler l'absence de foyer tumoral résiduel. Cet examen peut être répété une ou plusieurs fois durant les mois suivant le traitement.

Conséquences d'un traitement à l'iode radioactif

Certaines personnes ressentent des douleurs dans les glandes salivaires après ce traitement, ainsi qu'une sécheresse buccale et des douleurs gastro-intestinales. Des bonbons acidulés, des tablettes de vitamine C ou des gommes à mâcher peuvent aider à réduire ces troubles.

On conseille aux jeunes femmes en âge de procréer d'éviter une grossesse dans les quatre premiers mois suivant le traitement. Cela est également valable pour les femmes saines dont le partenaire est traité par iode radioactif.

Chez les hommes, on constate parfois une baisse de la qualité du sperme après des traitements répétés. Il est heureusement possible de prélever et de congeler du sperme avant le début du traitement, afin de permettre une fécondation ultérieure. Votre médecin traitant peut vous fournir plus d'information à ce sujet.

Enfin, il faut noter qu'un traitement à l'iode radioactif augmente le risque d'être atteint d'une leucémie ou d'un cancer de la vessie plus tard dans la vie.

Radiothérapie

La radiothérapie est rarement nécessaire dans le traitement des cancers de la thyroïde. Elle ne sera appliquée que dans des circonstances particulières (patients de plus de 45 ans présentant un cancer avancé ou des métastases ganglionnaires, qui ne peuvent être traités par l'iode 131). Si vous devez suivre un tel traitement, le radiothérapeute vous donnera toutes les informations nécessaires.

Chimiothérapie

La chimiothérapie est également assez peu utilisée dans la majorité des cas de cancers de la thyroïde. On y a recours en cas de cancers anaplasiques (une forme rare mais agressive de cancer thyroïdien, à risque élevé de métastases), en combinaison avec une radiothérapie externe ; ou alors dans des situations de cancers avancés qui ne réagissent plus aux autres traitements.

Thérapie ciblée

Les nouveaux traitements ciblés agissent sur des anomalies spécifiques des cellules cancéreuses. Ces médicaments sont principalement utilisés pour traiter le cancer médullaire de la thyroïde, pour lequel le traitement à base d'iode radioactif n'est pas efficace.

Une thérapie ciblée peut également être utilisée dans le cas d'un cancer d'origine folliculaire de la

Encore quelques conseils

thyroïde (pour rappel, c'est la forme dont traite l'ensemble de cette brochure) lorsque la chirurgie et le traitement à l'iode radioactif n'ont pas donné les résultats escomptés. On utilise alors des produits tels que du sorafenib, sunitinib, pazopanib et vandetanib.

Après les traitements

Un suivi régulier sera nécessaire après traitement d'un cancer de la thyroïde afin de détecter rapidement tout signe éventuel de rechute. Ce suivi consiste en des prises de sang régulières et, éventuellement, certains autres examens (échographie, scintigraphie...). Il permet également de vérifier si le fonctionnement de la thyroïde et/ou le traitement hormonal de substitution hormonale restent bien adaptés.

Fatigue

La fatigue est un effet secondaire très fréquent du cancer et/ou de ses traitements. Cette fatigue s'estompe en général après la fin des traitements. Elle peut cependant être ressentie bien plus longtemps. Parlez-en à votre médecin et à l'équipe médicale, ils peuvent vous aider à en réduire les effets. Les causes de cette fatigue sont multiples et l'inactivité est l'une d'entre elles. La Fondation contre le Cancer propose donc RaViva, un programme d'activités physiques adaptées aux personnes en cours de traitement, ou dans l'année suivant la fin des traitements. Il permet de retrouver un certain tonus, ce qui peut faciliter les petits efforts quotidiens. Plus d'informations sur www.raviva.be.

Pour que manger reste un plaisir

Quand il s'agit de cancer, une alimentation optimale consiste tout d'abord à prendre du plaisir à manger. Le meilleur conseil alimentaire est donc : ne vous imposez pas d'emblée diverses restrictions, mais conservez plutôt vos habitudes antérieures. Ne suivez pas de votre propre initiative un prétendu régime anticancer. Leur efficacité est loin d'être démontrée, et cela risque fort d'affaiblir davantage votre corps. Soyez également prudents avant de prendre des compléments alimentaires. Certains d'entre eux peuvent perturber l'efficacité de votre traitement. Un accompagnement individualisé par un diététicien spécialisé dans le domaine de l'oncologie (oncodiététicien) constitue la meilleure approche. La Fondation contre le Cancer met à votre disposition de nombreux conseils et un **annuaire d'oncodiététiciens** sur son site www.cancer.be/alimentation-recettes.



Attention aux interactions médicamenteuses !

Certains médicaments peuvent modifier l'efficacité des traitements anticancéreux, que ce soit dans le sens d'un renforcement ou d'une diminution d'effet. Et cela aussi bien avec des médicaments conventionnels qu'avec ceux issus des médecines "douces". C'est pourquoi il est très important de toujours signaler à l'équipe médicale qui vous soigne quels sont les autres traitements que vous suivez (médicaments mais aussi vitamines, plantes, régimes, etc.). Faites-en une liste et discutez-en avec votre médecin lors de vos consultations. Vous pouvez trouver plus d'informations dans notre brochure "Médecines 'douces' et cancers" ainsi que dans le "Guide des compléments alimentaires", disponibles sur notre site web www.cancer.be, sous la rubrique "Vivre avec le cancer".

Soulager la douleur

Il n'existe pas de douleur spécifique au cancer, étant donné que ce n'est pas la tumeur elle-même qui fait mal, mais ses effets sur les autres tissus (compression, infiltration...).

Les douleurs peuvent et doivent être traitées. Il est important de les décrire le mieux possible au médecin ou au personnel soignant, afin qu'ils puissent adapter le traitement à votre situation personnelle. Suivez toujours strictement leurs recommandations, notamment concernant les doses de médicaments antidouleur prescrites.

L'importance d'un bon moral

Après la fin d'un traitement de cancer, on ressent souvent, paradoxalement, un grand vide : on perd les contacts, souvent chaleureux, établis avec l'équipe soignante, et on ne reçoit plus leurs encouragements bienveillants. Il vous faut reprendre pied dans la vie «normale», parfois retourner au travail, et pourtant vous vous sentez comme rescapé d'une aventure difficile à partager.

Si vous éprouvez des difficultés, ne les gardez pas pour vous. Parlez-en à un proche, à un membre de l'équipe soignante, à un psychologue ou aux membres d'une association de patients. Sachez que, dans le cadre du Plan national Cancer, vous avez la possibilité de recevoir gratuitement un soutien psychologique en milieu hospitalier. La Fondation contre le Cancer propose également un coaching psychologique complémentaire (voir www.cancer.be, ou via Cancerinfo 0800 15 801).

Importance d'une relation de confiance avec ceux qui vous soignent

Cette brochure n'a pas, et de loin, répondu à toutes les questions que vous vous posez ou que vous vous poserez au fil de l'évolution de votre maladie. Ce n'est pas son but. Durant votre parcours, vous allez rencontrer un grand nombre de professionnels : médecins, infirmières et autres. N'hésitez jamais à les interroger et, si nécessaire, à répéter vos questions jusqu'à obtenir une réponse compréhensible. Il est indispensable de construire un véritable dialogue avec eux. Cela vous permettra de prendre de commun accord et en toute confiance les décisions qui s'imposent.

Sur www.cancer.be, vous trouverez sous la rubrique 'Les cancers' :

- **des informations complémentaires sur la maladie, les traitements, les effets secondaires**
- **des conseils pour mieux faire face à votre maladie : alimentation, beauté, etc.**
- **les coordonnées de tous nos services d'accompagnement des patients**
- **de nombreux dépliants et brochures à consulter et/ou à commander**

Nos publications peuvent également être commandées par téléphone au Cancerinfo (0800 15 801) ou sur notre site www.cancer.be/publications.

La Fondation contre le Cancer : une mission, trois objectifs

La Fondation contre le Cancer n'a qu'une seule ambition : rendre possible un maximum de progrès contre le cancer.

Pour cela, nous travaillons à trois niveaux :

- **Le soutien financier de la recherche oncologique en Belgique**
Pour augmenter les chances de guérison, nous finançons les travaux de nombreux chercheurs dans les grands centres du pays, le plus souvent universitaires.
- **L'aide sociale, le soutien financier et l'information des patients et leurs proches**
Pour augmenter la qualité de vie des malades, nous proposons de l'information, de l'aide sociale et du soutien aux personnes atteintes par un cancer et à leurs proches.
- **La promotion de modes de vie sains, de la prévention et du dépistage, ainsi que la diffusion large d'informations scientifiquement validées**
Pour réduire les risques de développer un cancer, nous encourageons l'adoption de modes de vie sains et la pratique du dépistage. Pour cela, nous diffusons largement des informations scientifiquement validées.