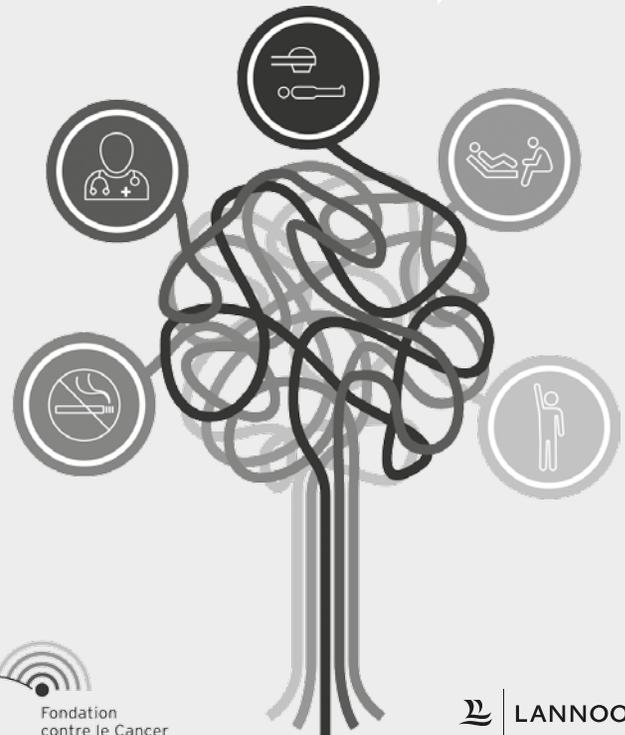




GUIDE des
CANCERS

GUIDE des CANCERS





SOMMAIRE

	Avant-propos	7
	Qu'est-ce que le cancer ?	9
1	Les chiffres du cancer	12
2	L'importance de la prévention et du dépistage	16
3	Cancers et hérédité	23
4	Quand un cancer est diagnostiqué	25
5	Les principaux types de cancers	26
	SYSTÈME REPRODUCTEUR	
	Les cancers du sein	27
	Les cancers de l'utérus	31
	Les cancers du col de l'utérus	34
	Les cancers de l'ovaire	37
	Les cancers de la prostate	41
	Les cancers du testicule	44
	SYSTÈME URINAIRE	
	Les cancers du rein	48
	Les cancers de la vessie	51
	SYSTÈME DIGESTIF	
	Les cancers de l'œsophage	55

Rédaction : Carine Maillard, Dr Didier Vander Steichel,
Patricia Servais PhD

Coordination Fondation contre le Cancer : Thomas Maertens

Graphisme et couverture : Studio Lannoo

Conception : Studio Lannoo

978 94 014 4326 5 – NUR 770 – D/2017/45/236

© Fondation contre le Cancer, Bruxelles, 2017

Toute reproduction interdite sans l'autorisation écrite expresse de l'éditeur.

E.R. : Dr Didier Vander Steichel – Fondation contre le Cancer

Chaussée de Louvain 479, B – 1030 Bruxelles

Fondation d'utilité publique – 0873.268.432.



AVANT-PROPOS

Les mécanismes de développement des tumeurs sont très complexes. Qui plus est, il existe environ 200 cancers différents. On estime actuellement qu'un homme sur trois et une femme sur quatre seront confrontés au cancer avant l'âge de 75 ans...

Aujourd'hui, les patients et leurs proches souhaitent comprendre l'origine de la maladie, les possibilités de l'éviter ou de la dépister, ses mécanismes de développement, comment fonctionnent les différents traitements, quelles sont les chances de guérison. Cela permet de mieux les affronter et de mieux se faire guider et aider par le personnel soignant et par l'entourage.

Les récentes découvertes scientifiques et l'amélioration incessante des techniques de traitement permettent actuellement de guérir plus d'un malade sur deux, tous cancers confondus.

C'est pourquoi nous voulons rendre hommage aux chercheurs qui, par leur travail difficile et avec des moyens tout sauf illimités, ont fait progresser significativement les possibilités de détection et de guérison.

Ce livre va sans doute générer des questions, des interrogations, des doutes. Il ne faut surtout pas rester avec ces questions : parlez-en à votre médecin traitant, appelez notre ligne d'information gratuite Cancerinfo 0800 15 801, prenez

6

Les principaux traitements

La chirurgie	115
La radiothérapie	115
La chimiothérapie	117
L'hormonothérapie	118
L'immunothérapie	119
Les thérapies ciblées	120
La Fondation contre le Cancer	122

contact avec nous via notre site www.cancer.be/info, demandez-nous des explications, nous sommes là pour cela.

Peut-être est-ce un livre difficile, mais nous estimons devoir informer de manière simple et correcte le plus grand nombre possible de nos concitoyens, car plus le cancer s'entoure de peurs et de mystère, plus il met la vie en péril.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à cet ouvrage et de votre soutien permanent à nos activités.

Dr Didier Vander Steichel
Directeur médical et scientifique
Fondation contre le Cancer



QU'EST-CE QUE LE CANCER ?

Les organes de notre corps, les muscles, les différents systèmes qui le composent... tout dans notre organisme est constitué de cellules. Normalement, celles-ci ont une durée de vie limitée et se renouvellent, pour continuer à assurer un fonctionnement normal. Elles se divisent uniquement pour assurer la croissance ou l'entretien de notre corps. Pour différentes raisons, certaines cellules peuvent accumuler au fil des années de très nombreux dégâts au niveau de leurs gènes (ADN). Les gènes qui contrôlent le bon fonctionnement cellulaire peuvent ainsi être endommagés, par exemple, en raison d'expositions répétées à des substances ou agents cancérogènes (tabac, rayons ultraviolets, substances chimiques diverses, etc.).

Petit à petit, ces cellules vont alors se transformer jusqu'à devenir cancéreuses. Cette accumulation de dégâts et cette transformation progressive au fil du temps expliquent pourquoi la fréquence de la plupart des cancers augmente avec l'âge des individus et est liée à leur mode de vie. Normalement, ces cellules défaillantes sont programmées pour s'autodétruire (on appelle ce phénomène « apoptose »). Ou alors, elles vont être éliminées par les défenses immunitaires. Mais certaines cellules cancéreuses développent au fil de leur

transformation des stratagèmes pour bloquer leur système interne d'autodestruction et pour tromper le système immunitaire chargé de les éliminer. Elles deviennent aussi capables de détourner à leur profit des mécanismes normaux de notre organisme pour s'alimenter, croître, évoluer. Elles vont ensuite en profiter pour se multiplier (de manière anarchique), au point d'envahir l'organe dans lequel elles sont apparues.

Et lorsque le champ est libre, elles sont également capables de s'échapper de leur lieu d'origine pour coloniser d'autres parties du corps. Il en résulte des tumeurs secondaires appelées métastases.

Les caractéristiques d'un cancer particulier (degré d'agressivité, vitesse de prolifération, sensibilité aux différents traitements, etc.) dépendent du type de cellules à l'origine de la maladie et des modifications intervenues à leur niveau. De très grandes variations peuvent donc exister d'un cas à l'autre.

Comme les cancers trouvent bel et bien leur origine au cœur de nos cellules, on comprendra qu'il ne s'agit pas de maladies contagieuses ou transmissibles.

Contrairement à certaines croyances, les aléas de la vie (stress, choc émotionnel...) ou un événement unique, quel qu'il soit, ne suffisent pas à expliquer l'apparition d'un cancer.

Dans ce livre, vous trouverez un résumé de l'information à propos des principaux cancers. Nous y abordons des sujets aussi différents que la prévention, le dépistage, les traitements ou, encore, les principales manifestations de la maladie.



Attention : aucun texte ne remplace les explications précises et personnalisées que seul votre médecin ou votre oncologue est en mesure de vous donner. N'hésitez jamais à lui poser vos questions !

Bonne lecture et, pour obtenir des informations supplémentaires, n'hésitez pas à consulter notre site Internet:

www.cancer.be/info, ou à appeler la ligne gratuite et anonyme **Cancerinfo (0800 15 801)** tous les jours ouvrables de 9 à 18 heures.

Cancerinfo

Fondation contre le Cancer

 0800 15 801

 www.cancer.be/info

1

LES CHIFFRES DU CANCER

En Belgique, on enregistre chaque année plus de 65 000 nouveaux cas de cancers ; ils sont responsables d'environ 28 000 décès chaque année, juste après les maladies cardiovasculaires. Le cancer reste la seconde cause de mortalité dans notre pays.

En 10 ans, entre 2004 et 2013, le nombre de diagnostics de cancer a augmenté de 11 % (58 748 cas recensés en 2004, pour 65 487 en 2013). En 2014, on constate que l'augmentation se poursuit, avec 67 820 nouveaux cas.

Les responsables principaux de cet accroissement sont l'augmentation et le vieillissement de la population. En effet, l'espérance de vie augmente, et le nombre de personnes âgées en Belgique ne cesse de croître. Or le risque de cancer augmente avec l'âge. D'autre part, les progrès réalisés dans le dépistage de certains cancers (sein, côlon, col de l'utérus par exemple) expliquent également cette tendance à la hausse. Viennent ensuite les comportements à risque : tabac, surpoids, alcool, alimentation peu équilibrée, exposition excessive au soleil, activité physique insuffisante, etc.

Principaux cancers :

Localisation	Hommes	Femmes	Total
Sein	91	10 466	10 557
Côlon-rectum	5 575	4 119	9 694
Poumon	5 797	2 655	8 452
Prostate	7 953	-	7 953
Mélanome	1193	1732	2 925
Vessie	1909	508	2 417
Lymphome non-hodgkinien	1192	888	2 080
Rein	1075	613	1988
Leucémie	1081	804	1885
Pancréas	871	844	1715
Estomac	898	584	1482
Corps de l'utérus	-	1 457	1 457
Œsophage	710	278	988
Thyroïde	267	805	1 072
Foie	596	268	864
Ovaire	-	848	848
Larynx	490	74	564
Col de l'utérus	-	653	653
Maladie de Hodgkin	217	138	355
TOTAL	35 948	31 872	67 820

Source : Fondation Registre du Cancer, chiffres de 2014.

Que conclure de ce tableau qui met en évidence les localisations les plus fréquentes des cancers ?

Chez l'homme, le cancer de la prostate occupe la première place depuis quelques années déjà et le trio de tête reste éga-

lement inchangé : après la prostate viennent les cancers du poumon, puis ceux du gros intestin (cancer colorectal) et de la vessie. Deux des cancers de ce triste palmarès sont liés à une consommation tabagique (poumon et vessie). Dès lors, l'amplification de la lutte contre le tabac pourrait, à terme, faire chuter leur fréquence. Quant aux cancers colorectaux, ils font l'objet d'un dépistage systématique entre 50 et 74 ans en Fédération Wallonie-Bruxelles (56 à 74 ans en Flandre), ce qui se traduira très probablement par une amélioration des chances de guérison. L'on peut noter également, du côté pessimiste, l'augmentation importante du cancer du foie depuis 2004 en Belgique. Mais, du côté optimiste, pointons la diminution du nombre de cancers de la prostate (-19 %), du larynx (-13 %) et du sein (-5 %).

Chez la femme, le cancer du sein reste de très loin le plus fréquent, suivi par le cancer colorectal et celui du poumon. Ce dernier est malheureusement en augmentation à cause des habitudes tabagiques croissantes chez les femmes : son nombre a augmenté de 60 % depuis 2004. Le cancer du sein voit son ascension se tasser. Un dépistage systématique contribue à l'amélioration globale du pronostic de ce cancer.

Doit-on s'inquiéter de l'augmentation des cas de cancers ?

Oui et non ! Une large part des cancers est liée à nos habitudes de vie. À nous donc de prendre notre santé en main et de modifier certains comportements qui affectent notre santé.

Par ailleurs, grâce aux progrès médicaux et technologiques, nous bénéficions de dépistage et/ou de diagnostic de plus en plus précoces, ce qui permet souvent un traitement plus efficace et moins agressif.

Un bémol toutefois : les prévisions s'avèrent peu optimistes en matière de tabagisme. Les prévisions des épidémiologistes indiquent que la mortalité par cancer du poumon chez les femmes devrait doubler d'ici 2020. La lutte contre le tabac

doit donc être intensifiée, même si ses effets, en matière de cancer, ne se feront sentir que dans une ou deux décennies.

Outre le mode de vie qui influence fortement le risque de cancer, certains facteurs environnementaux peuvent également intervenir.

Bien qu'en matière de risques environnementaux, un lien de cause à effet soit difficile à établir ou toujours incertain, des mesures de précaution peuvent d'ores et déjà être prises dans ce domaine : normes et réglementations plus strictes en matière de mise sur le marché de produits chimiques, contrôle des émissions polluantes (quelle qu'en soit l'origine), développement d'alternatives moins polluantes, sensibilisation de la population aux gestes qui, au quotidien, peuvent améliorer la situation.



Plus d'informations sur les chiffres du cancer en Belgique ?

La Fondation Registre du Cancer rassemble et analyse de nombreuses données officielles liées aux cancers dans notre pays. Sur leur site Internet, vous pourrez ainsi trouver des statistiques de survie à 5 ans, les incidences par tranche d'âge et de nombreuses autres informations, sous forme de tableaux ou de graphiques. Pour découvrir tout cela, rendez-vous sur **www.registreducancer.org**.

2

L'IMPORTANCE DE LA PRÉVENTION ET DU DÉPISTAGE

Depuis plusieurs dizaines d'années, les pays membres de l'Union européenne organisent régulièrement des campagnes de prévention et de dépistage précoce, suivant en cela le Code européen contre le cancer. Ce dernier se présente sous forme de 12 recommandations, que la Fondation a reprises dans sa campagne Prolongitude (www.prolongitude.be). Si elles étaient suivies par l'ensemble de la population, le risque d'apparition de certains cancers parmi les plus fréquents diminuerait à terme de plus d'un tiers et les chances de guérison augmenteraient.

NE PAS CONFONDRE PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

La prévention consiste à éviter ou à limiter l'exposition aux facteurs de risque individuels de certains cancers, afin de réduire la probabilité d'en être atteint : ne pas fumer, éviter les kilos superflus, se protéger lorsque l'on manipule des substances cancérigènes, etc. Mais attention : il ne s'agit pas d'une assurance de ne jamais avoir de cancer. En effet, un cancer

est le résultat d'une accumulation de dégâts microscopiques au niveau d'une cellule, aux causes multiples et pas toujours évitables, et aux mécanismes complexes.

Le dépistage a pour but de découvrir des lésions précancéreuses, ce qui permet de les traiter avant qu'elles n'évoluent, ou de découvrir un cancer débutant, à un stade où les chances de guérison sont maximales. Il consiste donc à poser un diagnostic chez des individus apparemment en bonne santé, avant l'apparition des premiers symptômes de la maladie. Certaines personnes qui se soumettent à un dépistage peuvent donc être porteuses d'un cancer sans le savoir, puisqu'elles n'en ressentent aucun signe. Le but du dépistage est d'augmenter les chances de guérison grâce à un traitement de la maladie à un stade précoce. Ce dépistage peut être réalisé à l'initiative des autorités qui incitent une catégorie de la population à suivre un programme de dépistage organisé (par exemple, le Mammotest à réaliser tous les deux ans pour les femmes de 50 à 69 ans : www.lemammotest.be en Fédération Wallonie-Bruxelles ; www.bevolkingsonderzoek.be/borstkanker en Flandre).

LE CODE EUROPÉEN CONTRE LE CANCER

Ces deux approches complémentaires sont clairement prises en compte dans le Code européen contre le cancer dont nous vous présentons brièvement les 12 recommandations ci-dessous.

1 **Ne fumez pas. Ne consommez pas de tabac, sous quelque forme que ce soit.**

La consommation de tabac constitue la principale cause évitable de maladies et de décès prématurés par cancer, maladies cardiovasculaires et problèmes respiratoires. Le tabac, sous toutes ses formes, est notamment responsable de 30 % des décès par cancer.



Envie d'arrêter de fumer ?

Vous voudriez arrêter de fumer, mais vous n'y parvenez pas ? Faites-vous aider ! Tabacstop vous propose un accompagnement gratuit assuré par des tabacologues. Contactez le 0800/111.00 ou informez-vous sur le site : www.tabacstop.be.

2 Faites de votre domicile un environnement sans tabac. Soutenez les mesures d'interdiction de fumer sur votre lieu de travail.

Le tabagisme passif constitue une gêne, mais aussi et surtout un danger pour ceux qui ne fument pas, en particulier les bébés et les enfants qui vivent dans une atmosphère enfumée.

3 Faites en sorte de garder un poids de forme.

Il faut lutter contre le surpoids – *a fortiori* contre l'obésité – qui constitue un facteur de risque (parmi d'autres) dans divers cancers (côlon, foie, œsophage, pancréas, estomac, rein, prostate, sein, utérus, ovaires, etc.).

4 Soyez physiquement actif (active) au quotidien.

Évitez de rester assis(e) trop longtemps. La pratique régulière d'une activité physique modérée contribue à réduire les risques de cancer du côlon, du sein et de l'endomètre (utérus). Par ailleurs, elle a probablement une influence positive sur la prévention des cancers du poumon, de la prostate, du pancréas et des ovaires. Ces dernières données doivent toutefois encore être confirmées.

5 Adoptez une alimentation saine.

Une consommation suffisante de fruits et légumes (5 portions par jour, soit environ 600 g) peut diminuer le risque de développement de certains cancers ainsi que le risque de récurrence lorsque l'on a déjà été confronté à la maladie. Dans ce

contexte, la consommation de fruits, de légumes, etc., doit être aussi variée que possible (optez pour des produits de saison et variez leur couleur). N'oubliez pas d'intégrer les céréales complètes et légumineuses et variez-les le plus souvent possible. Limitez la consommation de viande rouge, et évitez le plus possible la charcuterie et la viande transformée. Évitez les aliments riches en sel et en sucre.



Et vous, comment mangez-vous ?

Vous savez comment vous devriez manger, mais ne parvenez pas à trouver comment améliorer votre régime alimentaire ? Faites le test sur : <http://vig.kanker.be/> La pyramide active intelligente vous révélera tout sur votre alimentation et vous donnera des conseils pour l'améliorer.

6 Limitez l'alcool sous toutes ses formes.

Pour réduire votre risque de cancer, il est préférable de ne pas boire d'alcool du tout. Une étude épidémiologique récente a montré que près de 5,5 % des décès par cancer dans le monde seraient dus à l'alcool. Un chiffre en augmentation... En France, par exemple, selon l'Inserm, ces chiffres peuvent même grimper jusqu'à 11 % chez les hommes !

Contrairement à ce qui a été dit il n'y a pas très longtemps, il n'existe pas de « meilleurs » alcools que d'autres : tout dépend de la quantité d'éthanol que nous absorbons par le biais de ces boissons, et toutes en contiennent, c'est-à-dire également la bière ou le vin ! Les cancers des voies respiratoires supérieures et du système digestif, y compris le cancer colorectal, en sont des conséquences directes, ces organes étant directement exposés à l'alcool. Les effets indirects peuvent, quant à eux, prendre la forme de carences alimentaires, de perturbations du foie ou de modifications du taux de certaines hormones. Le risque de développer un cancer est encore renforcé si l'on combine alcool et tabac.

7 Évitez une exposition excessive au soleil, surtout pour les enfants. Utilisez une protection solaire et n'utilisez pas d'appareils de bronzage.

Bien que le soleil soit indispensable à notre santé, notamment en provoquant la fabrication de vitamine D par notre organisme, mieux vaut ne pas en abuser. Plus vous vous exposez au soleil ou au banc solaire, plus vous courez le risque au mieux de provoquer un vieillissement précoce de la peau, au pire de développer un cancer de la peau. Le mélanome en est la forme la plus agressive.

Jusqu'à présent, les rayons ultraviolets (UV) constituent le seul facteur de risque externe connu et unanimement accepté du mélanome.

Les bancs solaires ne sont pas une alternative au soleil : y recourir avant l'âge de 35 ans augmente le risque de cancer de la peau de 75 % !

8 Suivez les consignes de santé et de sécurité sur votre lieu de travail pour vous protéger d'éventuelles substances cancérigènes.

De nombreuses études ont révélé une fréquence plus élevée de cancers parmi des groupes de travailleurs exposés à certaines substances ou certains agents. Par exemple, le rôle de l'amiante dans le développement de certains cancers d'origine professionnelle a été clairement reconnu.

9 Renseignez-vous et vérifiez si vous êtes exposé(e) à des émissions élevées de gaz radon à votre domicile. Le cas échéant, prenez les mesures nécessaires à la réduction de ces émissions.

Le radon est un gaz radioactif naturellement présent dans certaines roches de la croûte terrestre. En Belgique, il se retrouve en quantités variables selon les régions : plus on va dans le sud, plus il y est présent. Il peut s'infiltrer dans les bâtiments, être inhalé par ses habitants et atteindre leurs poumons. En endommageant leurs tissus, il peut provoquer

alors un cancer. Chaque année, en Belgique, on estime que le radon est à l'origine d'environ 480 cancers du poumon. (www.actionradon.be/)

10 Pour les femmes : allaiter réduit votre risque de cancer. Limitez les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause, ils augmentent le risque de développer certains cancers.

Les traitements hormonaux substitutifs (THS) pourraient, à long terme, augmenter le risque de cancer du sein. Il appartient à votre médecin d'évaluer votre risque personnel, en fonction de vos antécédents personnels et familiaux.

11 Faites vacciner vos enfants : les nouveau-nés contre l'hépatite B et les jeunes filles contre le virus du papillome humain.

Si le cancer n'est pas une maladie contagieuse, on a découvert que certains d'entre eux prennent naissance à la suite d'une infection virale, que le système immunitaire n'a pas réussi à contrer. Installés chroniquement dans les cellules, ces virus les « abîment », et les cellules peuvent de ce fait devenir cancéreuses au fil du temps. C'est notamment le cas du cancer du col de l'utérus après infection par certains types de papillomavirus humains (HPV). Un vaccin a été développé contre les principales souches de HPV, le plus souvent à l'origine de ce type de cancer. Il est conseillé aux jeunes filles vers l'âge de 12 ans, avant leur première expérience sexuelle.

Le cancer qui prend naissance au niveau du foie est souvent dû à une hépatite B, une maladie du foie, due à un virus. L'importance de la vaccination est donc essentielle, non seulement pour éviter les risques liés à l'hépatite, mais aussi comme prévention d'une proportion importante de cancers du foie. Les vaccins actuels procurent une immunité définitive pour l'hépatite B.

12 Effectuez régulièrement les tests de dépistage.

Les examens de dépistage sont performants. Ils permettent de déceler des lésions de petite taille, accessibles à des traitements plus efficaces et nettement moins lourds et invalidants (lire le chapitre sur les principaux types de cancers). En Belgique, deux types de cancers bénéficient de campagnes de dépistage organisé : le cancer colorectal (pour les hommes et les femmes) et le cancer du sein (pour les femmes – Mammotest).

Le cancer du col de l'utérus chez la femme peut être également dépisté tôt grâce à des frottis à réaliser régulièrement, dès le début des relations sexuelles. Les cancers du col utérin sont très rares avant 20 ans. Leur fréquence augmente dès la vingtaine pour culminer entre 40 et 45 ans, atteignant généralement des personnes moins âgées que la plupart des autres cancers.

Il est également conseillé aux femmes de 50 à 69 ans de participer aux campagnes de dépistage gratuit du cancer du sein par mammographie (Mammotest). Ce dépistage systématique est organisé dans tout le pays.

Les hommes et les femmes de plus de 50 ans devraient participer au dépistage organisé du cancer colorectal, dont l'apparition est aussi fréquente selon les sexes.

Une autre forme de dépistage est le dépistage génétique, chez des personnes avec des antécédents familiaux de cancers (lire le chapitre « Cancers et hérédité »).

Prolongitudine :

réduisez votre risque de cancer de plus d'un tiers !

La Fondation contre le Cancer a traduit les conseils du Code européen contre le cancer en 12 recommandations présentées sous une forme ludique dans le cadre de la campagne Prolongitudine.

Découvrez-les sur www.prolongitudine.be.

3

CANCERS ET HÉRÉDITÉ

Ce n'est pas le cancer qui se transmet, mais la prédisposition à développer certains types de tumeurs malignes. On estime actuellement que 5 à 10 % de l'ensemble des cancers sont influencés par une prédisposition génétique héritée de l'un de ses parents.

La question se pose lorsque plusieurs personnes d'une même branche de la famille sont atteintes de cancer (par exemple, la mère, une sœur et une tante, côté maternel, atteintes d'un cancer du sein). Si plusieurs membres de votre famille sont dans une des situations suivantes, il est conseillé d'en discuter avec votre médecin :

- un cancer à un âge inhabituellement jeune ;
- plusieurs cancers différents dans un même organe (par exemple, plusieurs tumeurs cancéreuses à différents niveaux du gros intestin) ;
- des cancers bilatéraux (par exemple, un cancer différent dans chacun des deux seins) ;
- un cancer inhabituel en fonction du sexe du patient (par exemple, un cancer du sein chez l'homme) ;
- une combinaison spécifique de différents types de cancers (comme un cancer du sein et un cancer des ovaires, ou un cancer colorectal et un cancer de l'utérus).

Mais si votre grand-père, par exemple, a eu un cancer à 75 ans et s'il est un cas isolé dans votre famille, on n'évoquera *a priori* pas une « piste » héréditaire.

AUTRES EXPLICATIONS POSSIBLES

Plusieurs cancers peuvent survenir dans une même famille sans que l'hérédité soit directement en cause. Parfois, nous « héritons » de nos parents et grands-parents des habitudes de vie (tabagisme, alimentation déséquilibrée, manque d'exercice physique, etc.) qui ont également une influence importante sur notre risque de développer certaines maladies.

DÉPISTAGE GÉNÉTIQUE ?

Si un risque héréditaire est vraisemblable et seulement dans ce cas, un dépistage génétique est parfois proposé à la suite d'une consultation avec un onco-généticien. Il suffit d'une simple prise de sang. Ce dépistage devrait de préférence commencer par la personne atteinte de la maladie pour laquelle on soupçonne une prédisposition héréditaire. L'accord du patient est bien entendu indispensable. Si une anomalie génétique est mise en évidence, le médecin peut ensuite proposer ce même dépistage génétique aux personnes apparentées, pour vérifier si elles sont ou non porteuses de l'anomalie. Chacun est bien entendu libre d'accepter ou de refuser cet examen.

QUE FAIRE ENSUITE ?

Si une mutation génétique a été décelée, un suivi plus précoce et plus fréquent que dans la population générale peut être proposé. Sinon, une ablation préventive de l'organe à risque pourrait être proposée dans certains cas (par exemple, enlever les ovaires chez une femme à risque de développer un cancer de l'ovaire, à cause d'une mutation du gène BRCA1).

4

QUAND UN CANCER EST DIAGNOSTIQUÉ

Lorsqu'un cancer a été diagnostiqué, l'oncologue devra déterminer son extension. Ceci est nécessaire pour adapter les traitements à chaque patient. Un bilan d'extension est réalisé systématiquement, c'est-à-dire que différents examens sont réalisés afin de savoir si le cancer s'est propagé dans le reste du corps: IRM, scanner, échographie(s), radiographie(s), écho-endoscopie, PET-scan, etc.

La stratégie de traitement est établie de façon individuelle pour chaque patient par une équipe médicale multidisciplinaire (oncologue, radiothérapeute, chirurgien, anatomopathologiste, médecin spécialiste de l'organe atteint, infirmière coordinatrice de soins en oncologie, psychologue, etc.). En fonction des situations, le traitement peut associer chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie et nouveaux traitements ciblés. L'utilité respective de ces différents traitements et l'ordre dans lequel ils seront réalisés sont décidés au cas par cas en consultation oncologique multidisciplinaire (COM).

LES PRINCIPAUX TYPES DE CANCERS

Notre corps est composé de nombreuses catégories de cellules différentes. Chaque type de cellule peut être à l'origine d'un cancer particulier. Il existe donc de très nombreux cancers différents. Et tous les organes, tous les systèmes peuvent être touchés.

Attention : aucun texte de ce chapitre ne remplace les explications précises et personnalisées que seul votre médecin ou votre oncologue est en mesure de vous donner. N'hésitez jamais à lui poser vos questions !



Les cancers du sein

→ Fréquence

Il s'agit de la forme de cancer la plus fréquente chez la femme. Le cancer du sein existe aussi chez l'homme, mais est exceptionnel (+/- 90 nouveaux cas par an en Belgique). Dix mille cinq cent cinquante-sept nouveaux cas ont été diagnostiqués pendant la seule année 2014 en Belgique.

→ Facteurs de risque

Il n'y a pas de causes ni de déclencheurs uniques du cancer du sein. Chez la majorité des malades, aucune cause particulière n'est identifiée. Cependant, certains facteurs de risque, qui accroissent la probabilité de cette maladie, ont été définis :

- L'âge, 3 cancers du sein sur 4 atteignent des femmes de 50 ans et plus.
- Les premières règles avant 12 ans.
- Ne pas avoir eu d'enfant ou avoir eu son premier enfant après l'âge de 30 ans.
- Des antécédents personnels de cancer du sein.
- Des antécédents personnels de certaines tumeurs bénignes (non cancéreuses) du sein.
- 5 à 10 % des cancers du sein sont liés à une anomalie génétique (mutation) d'un gène appelé «BRCA». Cette anomalie est transmissible par voie héréditaire et peut être mise en évidence par un dépistage génétique.
- La pilule - une prise précoce (peu après le début de la puberté) et/ou prolongée de la pilule augmenterait légèrement le risque de cancer du sein.
- Une ménopause tardive ou la prise des hormones féminines à partir de la ménopause (traitement hormonal substitutif).

Certaines études font état de liens possibles entre les causes possibles d'un cancer du sein et différents modes de vie. La prévention consiste alors à :

- réduire la prise de boissons alcoolisées – à concurrence d'une consommation par jour au maximum ;
- éviter les kilos superflus ;
- faire de l'exercice physique ;
- adopter une alimentation plus équilibrée ;
- allaiter, lorsque c'est possible.

De toute façon, ces bonnes habitudes de vie ne sont que bénéfiques pour la santé.

→ **Cancers du sein héréditaires**

Dans 5 à 10 % des cancers du sein, on retrouve une prédisposition génétique, due à une anomalie (mutation) d'un gène. Les principaux gènes impliqués sont appelés *BRCA 1* ou *BRCA 2*. Certaines de ces mutations augmentent fortement le risque de cancer du sein et de l'ovaire chez la femme, mais aussi le risque de cancer du sein chez l'homme. Cette mutation peut se transmettre à la descendance (facteur de risque héréditaire). Il est possible de diagnostiquer cette prédisposition héréditaire par simple prise de sang, suivie d'une analyse génétique dans certains laboratoires spécialisés. Ce type d'examen n'est pratiqué que dans des cas précis, après qu'une consultation génétique a montré la présence probable d'un risque héréditaire (par exemple, plusieurs cas de cancer du sein dans une même branche de la famille).

→ **Dépistage**

Entre 50 et 69 ans, toutes les femmes du pays sont invitées, tous les deux ans, à suivre le programme de dépistage gratuit, organisé par les pouvoirs publics régionaux : le « Mammotest ». Il consiste à réaliser dans des centres agréés (liste disponible sur demande à Cancerinfo – 0800 15 801) une mammographie, avec contrôle de qualité et double lecture des clichés.

Pour les femmes âgées de moins de 50 ans ou de plus de 70 ans, le médecin traitant évaluera au cas par cas l'utilité, les inconvénients et le rythme d'un éventuel dépistage individuel payant.

→ **Symptômes**

Ils sont généralement tardifs et peu spécifiques. Toute anomalie au niveau du sein (rétraction localisée de la peau, « boule » dans le sein, écoulement par le mamelon, rougeur persistante sur la peau, etc.) doit éveiller l'attention. Il est alors conseillé de consulter un médecin.

→ **Diagnostic**

Il repose sur un bilan sénologique (mammographie suivie si besoin d'une échographie et/ou d'une IRM). En cas d'anomalie, une ponction et/ou une biopsie sera réalisée pour examen microscopique du tissu suspect. Seule cette analyse microscopique permet d'établir un diagnostic avec certitude. Le tissu cancéreux est également analysé en laboratoire pour déterminer ses caractéristiques (par exemple, la présence ou non de certains récepteurs). Il s'agira d'informations importantes pour le choix des traitements ultérieurs.

→ **Traitements**

Lorsque la tumeur est unique et de petite taille, il est souvent possible de ne retirer chirurgicalement que la tumeur et une petite portion de tissu environnant, en respectant le reste du sein (tumorectomie). En présence de plusieurs tumeurs dans un même sein ou si la tumeur est plus grosse, il peut être nécessaire d'enlever l'entiereté du sein (mastectomie).

Lors de l'opération initiale, on retire et examine au microscope aussi le ganglion « sentinelle », pour savoir si les cellules cancéreuses l'ont atteint (voir encadré). Le traitement sera adapté en fonction des résultats obtenus, du type de tumeur, de son agressivité, etc.

Les traitements classiques regroupent, en plus de la chirurgie :

- la chimiothérapie, avec des combinaisons de produits variables selon le type de cancer du sein ;
- la radiothérapie, par une irradiation externe, de la zone du sein touchée ;
- l'hormonothérapie, qui consiste à prendre un traitement hormonal par voie orale pendant 5 à 10 ans ;
- la thérapie ciblée, avec des anticorps monoclonaux qui bloquent différentes molécules sur les cellules cancéreuses. Elles sont, dès lors, bloquées dans leur développement.

Le ganglion sentinelle

Lorsque le ganglion sentinelle est envahi par les cellules cancéreuses du sein, l'enlèvement des autres ganglions situés sous le bras (curage ganglionnaire) est nécessaire pour déterminer le degré d'extension de la maladie. L'enlèvement de la chaîne de ganglions est aussi prévu lorsqu'il y a plusieurs tumeurs dans le sein.

L'ablation de ces ganglions peut provoquer ultérieurement un gonflement du bras (lymphœdème ou « gros bras »). Celui-ci peut être traité de différentes manières (drainage lymphatique, pressothérapie, contention progressive par exemple) et le traitement sera d'autant plus efficace qu'il sera précoce et entretenu.

→ Vivre après un cancer du sein

Certains traitements (hormonothérapie) doivent être poursuivis pendant plusieurs années et des contrôles réguliers restent conseillés. La plupart des ex-patientes retrouvent une vie (sociale, conjugale, etc.) normale.

Après une mastectomie, une reconstruction du sein peut être réalisée par différentes techniques : prothèse synthé-

tique, reconstruction du sein au départ d'une greffe de tissus (peau, graisse, muscle).

→ Groupes d'entraide et adresses utiles

- Vivre comme avant, avenue Louise 223 bte 29, 1050 Bruxelles.
Tél. : 02 649 41 68
E-mail : info@vivrecommeavant.be.
- Centre communautaire de référence pour le dépistage du cancer du sein, rue André Dumont 5, à 1435 Mont-Saint-Guibert.
Tél. : 010 23 82 70
E-mail : ccref@ccref.org.
<http://ccref.org/contexte-sein.php>.
- Europa Donna Belgium, avenue W. Churchill 11 bte 30, 1180 Bruxelles.
E-mail : info@europadonna.be.
www.europadonna.be

Les cancers de l'utérus

L'utérus – aussi appelé matrice – est l'organe du petit bassin dans lequel se développe la grossesse. Le corps de l'utérus mesure environ 10 cm. Sa paroi musculaire entoure une cavité, tapissée d'une muqueuse appelée endomètre. Il s'ouvre dans le vagin au niveau du col utérin. Le cancer du corps utérin se développe au départ de l'endomètre. En fonction du type de cellule à l'origine de ce cancer, on parlera soit d'**adénocarcinome endométrial classique (endométriode-type I)**, qui représente 85 % des cancers de l'endomètre, soit d'**adénocarcinome dit non endométriode (type II)**, qui nécessite une approche thérapeutique plus spécifique.

→ Fréquence

Les cancers de l'utérus (ou plus exactement du corps de l'utérus) figurent en 5^e position par ordre de fréquence chez la femme (après le cancer du sein, le cancer colorectal, le mélanome et le cancer du poumon). En Belgique, les derniers chiffres indiquent que 1 457 femmes ont été atteintes par ce cancer en 2014.

→ Facteurs de risque

Les cancers de l'utérus atteignent surtout des femmes de plus de 50 ans, en surpoids et n'ayant jamais eu d'enfant. Un nombre croissant de cas se rencontre cependant chez des femmes plus jeunes, sans aucun de ces facteurs de risque.

L'apparition de règles avant l'âge de 12 ans ou une ménopause tardive augmentent également le risque. La prise d'hormones féminines (œstrogènes sans progestérone) après la ménopause ou de tamoxifène (traitement hormonal du cancer du sein) augmente également le risque de cancer de l'utérus et suppose une surveillance à ce niveau.

Pour ce qui est des causes du cancer de l'utérus, il faut prendre également en considération des antécédents de curetages biopsiques ou de tumeur œstrogénosécrétante.

Les femmes dont la mère, les sœurs ou les filles ont été touchées par ce cancer ont elles-mêmes plus de risques que la moyenne d'en être également atteintes. Une anomalie génétique héréditaire peut aussi être mise en cause (HNPCC ou syndrome de Lynch).

→ Dépistage

Aucun dépistage systématique des cancers du corps de l'utérus n'est actuellement recommandé. Il en va tout autrement pour le col de l'utérus (voir p. 35). Une surveillance particulière peut être proposée aux femmes qui présentent des facteurs de risque. On procède alors à une échographie transvaginale (pour estimer l'épaisseur de la muqueuse endométriale, l'aspect et la taille de l'utérus) et à une biopsie sur la paroi de l'endomètre.

→ Symptômes

On soupçonne un possible cancer endométrial chez les femmes qui ont :

- des saignements vaginaux inhabituels, en dehors des règles, après la ménopause ou lors des relations sexuelles ;
- une augmentation importante du volume des règles avant ou pendant la ménopause ;
- un écoulement de pus par le col utérin ;
- des écoulements vaginaux teintés de sang ;
- des pertes malodorantes.

Ces symptômes apparaissent relativement précocement. C'est pourquoi ce cancer est souvent découvert à un stade débutant.

Plus tard, la femme peut aussi éprouver des difficultés ou des douleurs pour uriner, des douleurs lors de relations sexuelles ou dans le bas-ventre ; il est alors souhaitable de consulter.

→ Diagnostic

Une échographie permet d'apprécier l'aspect de l'endomètre. Le diagnostic repose ensuite sur l'examen microscopique d'une biopsie. Celle-ci peut être faite lors d'une hystéroscopie : un endoscope (fin tuyau contenant des fibres optiques) est introduit afin d'examiner l'intérieur de la cavité utérine et réaliser des prélèvements au niveau des zones suspectes.

Parfois, les biopsies sont impossibles à réaliser, soit parce que le col de l'utérus est fermé, soit parce que les saignements sont trop importants. Il faut alors pratiquer un curetage après dilatation du col (sous anesthésie générale).

Si une tumeur est découverte, son importance peut être précisée par IRM (imagerie par résonance magnétique). Cet examen permet d'avoir une image de la tumeur en trois dimensions, ce qui est utile pour mieux apprécier son extension et adapter le traitement en conséquence.

→ Traitements

Les cancers limités à l'endomètre sont généralement opérés. Le chirurgien enlève l'utérus, les trompes de Fallope ainsi que les ovaires. S'ils sont suspects, les ganglions lymphatiques situés le long de l'aorte ou dans la région pelvienne sont également enlevés. La chirurgie peut être complétée par une radiothérapie si ces ganglions sont envahis par des cellules cancéreuses, ou afin de supprimer d'éventuels foyers tumoraux microscopiques résiduels. On procède alors à une irradiation externe ou à l'installation temporaire d'implants radioactifs dans le vagin (curiethérapie).

En présence de métastases, le traitement sera une hormonothérapie et/ou une chimiothérapie, en fonction des caractéristiques des récepteurs hormonaux présents sur les cellules cancéreuses et de l'état général de la patiente.

Les cancers du col de l'utérus

Le col de l'utérus assure la jonction entre l'utérus et le vagin. Des cancers peuvent s'y développer, le plus souvent au départ des cellules qui forment la muqueuse non glandulaire située dans la partie inférieure et étroite de l'utérus (appelée cervix).

→ Fréquence

En 2014, en Belgique, 653 nouveaux cas de cancer du col ont été enregistrés. Très rares avant 25 ans, leur fréquence culmine entre 40 et 50 ans, pour diminuer progressivement par la suite. Grâce au dépistage, un grand nombre de lésions précancéreuses (dysplasies) ou de cancers microscopiques du col de l'utérus peuvent être découverts et traités efficacement.

→ Facteurs de risque

Le principal facteur de risque est une infection chronique par certains virus HPV (virus du papillome humain), qui peuvent

provoquer un condylome (ou papillome) du col. Cette lésion bénigne est le point de départ d'environ 90 % des cancers du col de l'utérus, mais toutes n'évoluent pas vers un cancer. Les souches de virus les plus susceptibles de déclencher un cancer sont celles de types 16 et 18.

Les HPV se transmettent par contact sexuel.

Les risques d'être infectée par le HPV, et de voir cette infection dégénérer en cancer, sont plus élevés pour les femmes répondant à l'un ou plusieurs de ces critères :

- premiers rapports sexuels avant 16 ans ;
- partenaires multiples ou rapports sexuels avec une personne ayant des partenaires multiples ;
- grossesses multiples ;
- tabagisme ;
- une immunité faible ;
- utilisation de contraceptifs oraux durant de longues années ;
- présence d'autres infections sexuellement transmissibles.

→ Dépistage

Le dépistage consiste à réaliser un frottis. Il est recommandé à toutes les femmes dès l'âge de 25 ans. Ce test est simple, rapide et indolore. Le médecin prélève sur les parois du col de l'utérus quelques cellules sur une tigelette ou une petite brosse introduites par le vagin. Ces cellules seront examinées au microscope. Après deux frottis normaux à intervalle d'un an, les suivants seront réalisés tous les 3 ans jusqu'à 65 ans. Au-delà de cet âge, le risque de ce cancer est faible.

En cas d'anomalie constatée lors d'un frottis, le médecin peut proposer un examen de contrôle sans attendre le frottis de dépistage suivant.

Le rythme d'un frottis tous les trois ans peut sembler insuffisant à certaines femmes. Il s'agit pourtant des recommandations internationales actuelles, qui se justifient par la longue période nécessaire pour qu'une infection chronique

par HPV se transforme en cancer. D'ailleurs, dans les prochaines années, les nouvelles techniques de dépistage associées à la recherche de virus HPV vont probablement permettre d'espacer davantage encore ces examens.

→ Symptômes

Il n'y a pas de symptômes au stade précoce. Plus tardivement, des petites pertes de sang peuvent se produire par le vagin, entre les règles ou après un rapport sexuel, ainsi que des leucorrhées (pertes blanches) indolores. De telles anomalies ne sont pas automatiquement causées par un cancer, mais nécessitent une consultation médicale.

→ Diagnostic

En cas d'anomalie, on peut procéder plus rapidement à un frottis de contrôle, proposer une coloscopie (examen du col à l'aide d'une loupe adaptée) ou une biopsie. Le diagnostic est confirmé par l'analyse microscopique du tissu prélevé. Le degré d'envahissement local par la tumeur est ainsi précisé.

→ Traitements

Les lésions microscopiques peuvent être éliminées par conisation (petite intervention chirurgicale qui consiste à enlever une partie du col sans toucher au reste de l'utérus). Un résultat équivalent est possible par traitement au laser ou cryothérapie (destruction par le froid).

Pour les formes un peu plus étendues, on peut soit procéder à une conisation élargie (chez les femmes jeunes qui souhaitent encore avoir un enfant), soit enlever tout l'utérus. Si nécessaire, le chirurgien préleve également les ganglions lymphatiques, pour vérifier si ces derniers sont indemnes d'envahissement.

Plus le cancer est invasif, plus les traitements doivent être étendus. On peut soit proposer une chirurgie élargie éventuellement complétée par de la radiothérapie, soit donner une association de radiothérapie externe et de curiethérapie. Cette

dernière méthode consiste à mettre un implant radioactif au contact direct de la tumeur, afin d'y concentrer un maximum d'irradiation. Le cas échéant, une association concomitante de radiothérapie et de chimiothérapie sera envisagée.

Les chances de succès sont d'autant meilleures que le cancer est peu développé. Grâce au dépistage, on peut même traiter des lésions précancéreuses avec une (quasi-) certitude de guérison.

À propos de la vaccination contre le HPV

Le cancer du col de l'utérus fait partie des rares cancers pouvant être évités dans une certaine mesure par l'administration d'un vaccin préventif. Ce vaccin est recommandé chez les jeunes filles, idéalement avant les premiers rapports sexuels. Il fonctionne contre les principales souches du virus HPV responsables de ce cancer, mais pas contre toutes les souches virales. C'est pourquoi la vaccination ne dispense pas les femmes vaccinées de continuer à effectuer des frottis de dépistage.



Les cancers de l'ovaire

Les ovaires, situés dans la partie inférieure de l'abdomen, produisent les cellules reproductrices de la femme (ovules) et les hormones féminines.

Une grande variété de tumeurs, des plus bénignes (kystes) aux cancers les plus agressifs, peuvent se développer dans les ovaires. 80 à 90 % des cancers ovariens apparaissent au départ de la couche cellulaire externe (l'épithélium ovarien), d'où leur nom de tumeurs épithéliales (ou adénocarcinomes en langage médical).

D'autres formes de cancers des ovaires sont beaucoup plus

rars (tumeurs stromales ou germinales). La distinction entre ces différents types de cancers est importante parce que le traitement varie d'une forme à l'autre.

→ Fréquence

En Belgique, 848 nouveaux cas de cancer de l'ovaire ont été enregistrés en 2014. Ce cancer est le 8^e par ordre de fréquence et le 5^e en termes de décès chez la femme. Heureusement, tant son incidence (nombre de nouveaux cas par an) que son taux de mortalité diminuent au fil des ans.

Il apparaît surtout après l'âge de 55 ans, mais des femmes plus jeunes peuvent aussi en être atteintes.

→ Facteurs de risque

Les causes des cancers de l'ovaire ne sont pas connues. Les statistiques indiquent qu'ils apparaissent plus fréquemment chez les femmes qui ont eu peu ou pas d'enfants. Un nombre important de grossesses et l'utilisation de la pilule contraceptive semblent réduire le risque de cancers de l'ovaire. Le risque augmente en revanche en cas d'histoire familiale, surtout lorsque deux proches (mère, grand-mère, tantes, filles ou sœurs) présentent un cancer ovarien. Une piste héréditaire peut alors être suspectée : 5 à 10 % des tumeurs malignes de l'ovaire sont clairement influencées par l'hérédité (notamment par mutation du gène BRCA1 également associée à un risque accru de cancer du sein).

→ Dépistage

Il n'y a pas actuellement de dépistage systématique des cancers de l'ovaire. Une surveillance particulière peut être proposée aux femmes présentant un risque familial, voire une ablation préventive des ovaires chez les femmes porteuses d'une mutation génétique et qui ne souhaitent pas ou plus avoir d'enfants.

→ Symptômes

Les ovaires bougent assez librement dans la cavité abdominale. De ce fait, une tumeur débutante ne s'accompagne habituellement d'aucune plainte particulière. Ces cancers sont donc souvent diagnostiqués tardivement, ce qui peut expliquer leur taux de mortalité. Dommage, car les chances de guérison d'un cancer des ovaires diagnostiqué très précocement sont excellentes.

Lorsque la maladie prend de l'extension, différents symptômes peu spécifiques peuvent apparaître, comme des douleurs dorsales ou abdominales, de la fatigue, une sensation de gonflement, une augmentation de volume du ventre, des nausées, de la constipation, un besoin fréquent d'uriner, une perte de poids inexpliquée ou encore un essoufflement inhabituel. Si ces symptômes persistent durant 3 à 4 semaines, il est nécessaire de consulter son médecin. De même, toute augmentation brutale du tour de taille après la ménopause justifie sans tarder un avis médical.

→ Diagnostic

Pour poser un diagnostic, le médecin commence par un examen clinique (percussion légère de la paroi abdominale, toucher vaginal et toucher rectal). Si nécessaire, il peut également (faire) procéder à une échographie transvaginale ou sus-pubienne, voire à un écho-Doppler, afin d'évaluer l'état des ovaires. Ensuite, une analyse sanguine d'abord générale, puis plus spécifique avec recherche d'un marqueur tumoral appelé CA 125 aidera à orienter le diagnostic. Si nécessaire, une échographie plus poussée et un scanner préciseront l'origine du problème.

→ Traitements

La chirurgie (réalisée par cœlioscopie) permet de confirmer le diagnostic (après biopsie et examen microscopique des tissus suspects) et de vérifier le degré d'extension des lésions cancéreuses à l'intérieur de la cavité abdominale. Dès que

la nature exacte du cancer est connue, le chirurgien enlève la tumeur, si possible en totalité, en même temps que les organes voisins (l'autre ovaire, l'utérus et un repli du péritoine). Dans certains cas, l'ablation de l'ovaire, mais aussi de l'utérus et des trompes de Fallope, s'impose.

Si la maladie s'est étendue à la cavité abdominale, le chirurgien retire le plus possible de tissu tumoral. Moins il en restera, plus les traitements complémentaires (chimiothérapie) auront de chances d'être efficaces. Face à un cancer peu étendu, mais de nature agressive, de la chimiothérapie sera également proposée après l'opération pour réduire le risque de récurrence.

Parfois, l'extension de la tumeur est telle que la chirurgie première est impossible. On commencera alors par de la chimiothérapie pour réduire le volume de la tumeur avant de la retirer.

→ **Vivre après un cancer de l'ovaire**

Stérilité, ménopause brutale, risque de fuites urinaires... Le traitement chirurgical peut avoir des conséquences non négligeables en termes de qualité de vie. En présence de formes peu agressives de cancers ovariens, à un stade précoce, il est parfois possible d'éviter ces séquelles en épargnant l'utérus et le second ovaire, surtout chez les femmes jeunes qui souhaitent encore avoir des enfants. Si un traitement complémentaire par chimiothérapie est nécessaire, il risque de causer une stérilité définitive malgré la préservation d'un ovaire.

Une grossesse est-elle encore possible après un cancer de l'ovaire ?

Dans certains cas, il est possible de prélever et de congeler du tissu ovarien sain, avant le début de la chimiothérapie, pour obtenir ultérieurement des ovocytes qui serviront pour une grossesse ultérieure. Il est indispensable d'en parler alors avec l'équipe médicale avant le début des traitements.



Les cancers de la prostate

La prostate est une glande qui fait partie des organes génitaux masculins. Située sous la vessie et devant le rectum, elle a normalement la taille et la forme d'une châtaigne. Elle produit le liquide prostatique qui entre dans la composition du sperme. La prostate peut être le siège d'inflammation ou d'infection (prostatite), d'adénome bénin (tumeur non cancéreuse qui perturbe la vidange de la vessie) ou de cancer.

→ **Fréquence**

En Belgique, près de 8 000 nouveaux cas ont été diagnostiqués en 2014. Environ trois quarts des patients ont plus de 65 ans. Il s'agit actuellement de la forme de cancer la plus fréquente chez l'homme.

→ **Facteurs de risque**

Le premier facteur de risque est sans conteste l'âge : chez les hommes de plus de 80 ans, ce cancer devient extrêmement fréquent, sans pour autant entraîner de symptômes du fait d'une croissance souvent lente. Autres facteurs de risque : l'origine ethnique (cancer particulièrement fréquent chez les noirs américains) et l'hérédité (risque accru si le père, un oncle et/ou un frère en sont atteints). La grande fréquence de ces cancers dans les pays occidentaux suggère un rôle défavorable de notre style de vie.

On a également remarqué que les personnes atteintes de la maladie de Parkinson et les personnes apparentées (jusqu'au 3^e degré) sont plus à risque.

→ **Dépistage**

Une surveillance particulière est généralement conseillée en cas de prédisposition familiale (plusieurs parents atteints). Par contre, le dépistage systématique des cancers de la prostate ne fait toujours pas l'objet d'un consensus scientifique. En effet, les inconvénients liés aux examens de dépistage et les

risques de surtraitement doivent être pris en compte. Les traitements du cancer de la prostate peuvent perturber profondément la qualité de vie du patient, alors que certaines tumeurs de très petite taille n'évolueront pas assez vite pour justifier d'y avoir recours. Une simple surveillance peut alors être préférable à un traitement, du moins tant que la tumeur n'évolue pas. À partir de 50 ans, n'hésitez pas à discuter avec votre médecin traitant des avantages et inconvénients de ce dépistage, pour décider ensuite en toute connaissance de cause.

Le dépistage s'effectue par toucher rectal et dosage sanguin du PSA (« Prostate Specific Antigen », une protéine produite par la prostate). Toutefois, le test PSA reste controversé, car des taux élevés de PSA indiquent un problème prostatique (augmentation du volume de la glande liée à l'âge, présence d'un adénome bénin, modification de l'architecture tissulaire à la suite d'une infection, d'un traumatisme ou d'un cancer), mais pas nécessairement un cancer. Par ailleurs, les valeurs considérées comme normales varient en fonction de l'âge, et une élévation légère à modérée est difficile à interpréter.

→ Symptômes

Habituellement, la maladie passe complètement inaperçue pendant de nombreuses années. Le cancer doit avoir atteint un volume important avant de se manifester par une compression des voies urinaires (jet d'urine qui perd de sa force, besoin d'uriner plus souvent même durant la nuit, sensation de douleur ou de brûlure lorsqu'on urine, traces de sang dans les urines). Il est alors nécessaire de consulter un médecin afin de détecter l'origine du problème.

Notons que ces symptômes sont fréquents chez les hommes âgés et résultent le plus souvent d'une simple augmentation du volume de la prostate due à un adénome bénin (ou hyperplasie bénigne de la prostate).

Une tumeur maligne de la prostate qui a envahi les organes voisins peut s'accompagner de douleurs sourdes dans le bas-

ventre ou le bas du dos, d'une irritation du rectum, etc. En cas d'envahissement lymphatique, on peut constater un œdème (gonflement) au niveau d'une jambe ou de la verge.

Une fracture spontanée ou des douleurs osseuses dues à des métastases peuvent aussi conduire à un diagnostic.

→ Diagnostic

En présence de symptômes suspects, le médecin peut réaliser un toucher rectal : il va palper la prostate via le rectum. Lorsqu'elle est anormalement dure, volumineuse ou présente des nodules, le médecin enverra son patient chez un urologue.

Pour poser le diagnostic, une IRM (imagerie par résonance magnétique) de la prostate peut être réalisée. Cette IRM peut être simple, ou réalisée à l'aide d'une sonde endorectale, un petit ballon introduit dans le rectum pour obtenir des images plus nettes. Si des zones suspectes sont repérées, une biopsie est réalisée pour confirmer le diagnostic.

→ Traitements

Face à un cancer de la prostate, la stratégie thérapeutique déterminée en consultation oncologique multidisciplinaire (COM) tient compte de la balance risques/bénéfices des traitements. Face à une tumeur de petite taille, peu agressive et stable chez un patient âgé, une surveillance peut être préférable à un traitement immédiat : cette approche évite donc des traitements lourds – qui risquent d'avoir des effets secondaires importants – tant qu'ils ne sont pas indispensables. Inconvénient : le patient doit se soumettre régulièrement à des examens de contrôle et apprendre à vivre avec un cancer.

Si un traitement est décidé, la tumeur limitée à la prostate sera opérée (chirurgie classique ou laparoscopique) ; des séances de radiothérapie externe (notamment par tomothérapie) ou par implants radioactifs peuvent aussi être administrées. Dans certains cas, un traitement de *High intensity focal ultrasound* est appliqué. Il s'agit d'ultrasons de très haute intensité.

Lorsque le cancer est plus étendu, le traitement de référence est l'hormonothérapie (blocage de la production éventuellement complété par un blocage de l'action des hormones masculines). En cas de récurrence après traitement hormonal, on propose généralement une chimiothérapie. Des études sont menées pour évaluer l'intérêt d'utiliser d'emblée ces deux approches thérapeutiques.

→ Vivre après un cancer de la prostate

Tous les traitements des cancers de la prostate peuvent provoquer des effets secondaires plus ou moins fréquents, durables et désagréables. Incontinence urinaire ou impuissance après chirurgie, brûlures ou impuissance après radiothérapie, bouffées de chaleur, diminution de la puissance sexuelle ou impuissance en cas d'hormonothérapie sont autant de risques dont le malade doit être informé. Le maintien de la qualité de vie du patient est donc une donnée importante à prendre en compte, quel que soit le traitement envisagé.

Certains de ces effets secondaires peuvent être progressivement résolus ou améliorés par des traitements spécifiques (kiné urinaire en cas d'incontinence, traitement médicamenteux de certaines impuissances).

Le saviez-vous ?

Lors d'une relation sexuelle, les hommes à qui l'on a enlevé l'entière de la prostate éprouvent un orgasme, mais sans éjaculation (émission de sperme).

Les cancers du testicule

Situés dans les bourses (scrotum), les testicules produisent les spermatozoïdes (cellules reproductrices de l'homme) et les hormones mâles (testostérone).

→ Fréquence

En Belgique, 359 cas de cancer du testicule ont été diagnostiqués en 2014, surtout chez des hommes âgés de 20 à 40 ans. Il existe différentes formes de cancers du testicule, issus le plus souvent des cellules germinales (qui produisent le sperme). On distingue essentiellement deux types de tumeurs germinales : les séminomes ou les non-séminomes.

→ Facteurs de risque

Un cancer du testicule survient plus fréquemment lorsqu'un ou les deux testicules ne sont pas descendus rapidement dans les bourses après la naissance (cryptorchidie), un phénomène qui pourrait avoir des causes héréditaires. L'atrophie d'un testicule (après un traumatisme ou une maladie comme les oreillons) pourrait également être un facteur de risque.

Les hommes qui ont déjà présenté auparavant un cancer testiculaire peuvent également développer par la suite un second cancer dans l'autre testicule. De même, les hommes dont un frère a été atteint par un cancer du testicule sont plus à risque.

La piste environnementale et l'exposition à des substances chimiques sont étudiées, mais pas encore confirmées.

Ces cancers ne sont pas provoqués par la masturbation ni par les maladies sexuellement transmissibles.

→ Dépistage

Il n'y a pas de dépistage systématique pour ce type de cancer. Par contre, l'autopalpation permet un diagnostic précoce à la suite de l'apparition des premiers symptômes.

→ Symptômes

La plupart des hommes chez qui on diagnostique un cancer testiculaire ont eux-mêmes constaté une modification d'un de leurs testicules. Cette modification consiste en une augmentation de volume indolore du testicule accompagnée ou non d'une masse solide que l'on sent à la palpation. Environ

un tiers des patients mentionnent une vague sensation de lourdeur au niveau du bas-ventre, derrière les bourses ou à l'intérieur même de celles-ci.

Une autopalpation régulière des testicules peut donc être utile et il est recommandé de consulter son médecin en cas d'anomalies à ce niveau.

Parmi d'autres signes plus rares, on note également une douleur dans l'abdomen, le flanc ou le dos (due au gonflement des ganglions situés dans ces régions) ou encore une gynécomastie soudaine (un développement des glandes mammaires chez l'homme). Une fatigue inexplicquée peut aussi être un symptôme parmi d'autres.

→ Diagnostic

La première étape pour le médecin est d'interroger son patient sur ses antécédents, notamment s'il a souffert, petit, d'une cryptorchidie. Ensuite, il procède à un examen clinique général et à une palpation des bourses. L'échographie permet ensuite d'identifier la nature des anomalies repérées à la palpation. Une prise de sang avec recherche d'un marqueur tumoral (substance produite en excès par certains cancers) peut également orienter le diagnostic.

Pour déterminer avec certitude si l'on se trouve en présence d'un cancer du testicule, un examen microscopique des tissus est nécessaire. Pour cela, il est indispensable d'enlever le testicule, l'épididyme et le cordon spermatique des bourses par voie opératoire, via l'aïne. Ces organes sont ensuite examinés au microscope par un anatomo-pathologiste.

Si, avant l'opération, l'urologue a encore un doute quant à savoir s'il se trouve ou non en présence d'un cancer du testicule, il arrive parfois que l'on examine un petit fragment de tissu pendant l'opération (biopsie extemporanée). Pendant ce temps, le patient reste sous anesthésie. S'il apparaît qu'il ne s'agit pas d'un cancer, on interrompt l'opération sans enlever le testicule.

→ Traitements

La chirurgie (orchidectomie, à savoir l'ablation du testicule atteint) est la première étape du traitement, quelle que soit la nature de la tumeur. Le testicule sera analysé afin de connaître le type de cancer ainsi que le stade de la maladie. Si le cancer est localisé, on peut envisager une surveillance active (elle consiste en des contrôles réguliers par prises de sang et imagerie médicale) ou de la chimiothérapie, ou encore de la radiothérapie des ganglions lymphatiques lombo-aortiques (dans l'abdomen).

Si de la chimiothérapie ou de la radiothérapie est envisagée, il est utile de faire congeler du sperme avant le début de ces traitements. Ceci permettra, le moment venu, de pallier une éventuelle stérilité par une fécondation *in vitro*.

→ Vivre après un cancer du testicule

L'ablation d'un testicule ne modifie pas sur le plan organique la vie sexuelle. Elle ne provoque ni diminution du désir ni impuissance, et le testicule « rescapé » peut à lui seul assurer une production suffisante d'hormones et souvent aussi de spermatozoïdes. Pour des raisons esthétiques, le testicule enlevé peut éventuellement être remplacé par une prothèse selon le désir du patient.

Par contre, l'impact psychologique de ce cancer sur la vie sexuelle du patient n'est pas négligeable, tant il est vrai que la sexualité n'est pas qu'une affaire d'hormones... Si tel est le cas, l'aide de la partenaire et/ou d'un sexologue sera utile pour passer ce cap difficile.



Pas de risque accru en cas de vasectomie

La vasectomie, méthode de stérilisation masculine qui consiste à ligaturer les canaux empruntés par les spermatozoïdes pour gagner les vésicules séminales, n'augmente pas le risque de cancer du testicule.

Les reins, les uretères, la vessie et l'urètre constituent ce que l'on appelle les voies urinaires. Celles-ci sont tapissées d'une muqueuse, l'épithélium urinaire (également appelé urothélium), au départ duquel peuvent se développer différents cancers. Nous aborderons ici uniquement les tumeurs des reins et de la vessie.

Les cancers du rein

Il existe différentes formes de cancers du rein. La forme plus fréquente chez l'adulte est le carcinome rénal à cellules claires (80 % des cas). Ce cancer apparaît au niveau des tubules rénaux (où l'urine est produite), qui font partie des petits filtres (néphrons) du rein. La seconde forme est le carcinome papillaire. Certaines tumeurs mêlent les deux caractéristiques (cellules claires et papillaires) ; elles apparaissent surtout chez les personnes atteintes d'une maladie rénale chronique.

Parmi les autres formes, citons :

- le carcinome kystique multiloculaire, qui se caractérise par des kystes multiples ;
- le néphroblastome ou tumeur de Wilms, qui est le cancer du rein le plus fréquent chez les jeunes enfants.

→ Fréquence

Les cancers du rein sont relativement peu fréquents. En Belgique, 1 688 cas ont été recensés en 2014. À l'exception des tumeurs de Wilms qui atteignent de très jeunes enfants, les cancers rénaux sont surtout fréquents à partir de 50 ans. On dénombre nettement plus de cas chez les hommes que chez les femmes.

→ Facteurs de risque

Deux facteurs de risque semblent jouer un rôle à peu près équivalent : le tabagisme et l'embonpoint ou l'obésité. Une tension artérielle élevée pourrait être un autre facteur prédisposant.

Par ailleurs, deux pathologies héréditaires rares (syndrome de von Hippel-Lindau et carcinome papillaire héréditaire des cellules rénales) s'accompagnent d'un risque d'adénocarcinome rénal. Les antécédents familiaux de cancer du rein, en particulier chez un frère ou une sœur, peuvent également inciter à la vigilance.

Enfin, un traitement par dialyse de longue durée peut augmenter le risque, du fait de l'apparition de kystes dans le rein, qui peuvent évoluer en tumeur.

→ Dépistage

Il n'existe pas de dépistage systématique pour ce type de cancer.

→ Symptômes

Une tumeur rénale peut être présente longtemps avant que des symptômes ne se manifestent. Ceux-ci prendront la forme de sang dans les urines (hématurie), d'une douleur ou d'une masse palpable dans la région des reins, du flanc ou des lombaires.

Les symptômes plus généraux susceptibles d'accompagner un cancer du rein sont une fatigue sans raison apparente, de la fièvre, une sensation générale d'apathie, une perte de poids inexpliquée. Ces symptômes n'accompagnent pas forcément un cancer du rein, mais il est conseillé de consulter un médecin s'ils persistent.

→ Diagnostic

Après avoir examiné le patient, le médecin effectuera si nécessaire une prise de sang et un prélèvement d'urine, pouvant être suivis par des examens complémentaires comme :

- une échographie rénale bilatérale pour mettre en évidence une masse solide, avec parfois des calcifications ;
- un scanner (CT-scan), à la recherche de tumeurs rénales mais également de métastases et d'envahissement veineux ;
- une IRM (ou RMN, résonance magnétique nucléaire) de l'abdomen pour visualiser des lésions de petite taille et repérer une invasion éventuelle de l'artère rénales, des principaux vaisseaux sanguins du rein ou d'autres organes de proximité.

→ Traitements

Le traitement repose principalement sur la chirurgie par l'ablation soit totale, soit partielle du rein. Si le rein entier est retiré, le chirurgien enlève également la glande surrénale et le tissu adipeux (graisse) situé autour du rein. Les ganglions lymphatiques avoisinants peuvent également être retirés.

Pour préserver le rein, d'autres techniques peuvent être envisagées, comme la destruction du cancer par radiofréquences (de petites électrodes sont insérées dans la tumeur pour la brûler) ou par cryoablation (une aiguille insérée par une petite incision produit un froid intense pour détruire les cellules cancéreuses). Il faut pour cela que la tumeur soit bien circonscrite et de petite taille.

Le cancer du rein est peu sensible à la chimiothérapie et à la radiothérapie. Ces traitements sont donc peu utilisés dans ce cas, excepté, éventuellement, lors de rechute ou de métastases, ou si la chirurgie est impossible.

L'immunothérapie a pris une place importante dans le traitement du cancer du rein. Les défenses immunitaires de l'organisme contre la tumeur sont stimulées par des injections de médicaments (interféron, interleukines) et des thérapies ciblées. L'immunothérapie est habituellement utilisée après l'intervention chirurgicale, afin de supprimer les cellules cancéreuses qui auraient échappé aux traitements précédents.

→ Vivre après un cancer du rein

On peut mener une vie normale avec un seul rein en bon état. Si le rein restant ne fonctionne pas correctement ou si les deux reins doivent être enlevés, il est alors nécessaire d'être traité par dialyse.

Les cancers de la vessie

La vessie stocke l'urine produite par la filtration du sang dans les reins. De ce fait, les substances chimiques agressives (provenant du tabac ou de certaines expositions professionnelles) qui sont éliminées du sang par les reins stagnent un moment dans la vessie. Elles peuvent irriter la paroi vésicale et, à la longue, favoriser le développement d'un cancer.

Dans la vessie, on rencontre différentes catégories de cellules, ce qui explique qu'il existe plusieurs types de cancers de la vessie. Nous n'aborderons que le plus fréquent (90 % des cas), qui se développe au départ de la muqueuse (l'urothélium).

→ Fréquence

En Belgique, 2 417 nouveaux cas ont été recensés en 2014. Ce cancer est actuellement près de quatre fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme et s'observe principalement après 55-60 ans.

→ Facteurs de risque

Le principal facteur de risque est le tabagisme, impliqué dans 30 à 40 % des cancers de la vessie.

Par ailleurs, les personnes qui, dans l'exercice de leur profession, ont manipulé certaines substances chimiques (amines aromatiques utilisées dans les industries du textile, des matières plastiques, des colorants et du caoutchouc) ou y ont été exposées de façon prolongée courent un risque

accru de cancer de la vessie, même plusieurs dizaines d'années après l'exposition. Une demande de reconnaissance de maladie professionnelle peut être introduite par ces patients auprès du Fonds des maladies professionnelles (<http://www.fmp-fbz.fgov.be/>).

Des infections urinaires fréquentes ou une cystite chronique peuvent également augmenter le risque (surtout chez les femmes) ainsi que des irritations chroniques ou certains traitements (divers types de chimiothérapie par exemple ou une radiothérapie du bassin).

Une forme rare de ce cancer peut se développer chez les patients atteints d'un cancer colorectal héréditaire en cas de syndrome de Lynch.

→ Dépistage

Il n'existe pas de dépistage systématique. Pour les personnes à risque (fumeurs de plus de 50 ans ou personnes qui ont ou ont eu une profession à risque), des examens d'urine réguliers peuvent être proposés.

→ Symptômes

Le cancer de la vessie à un stade débutant n'engendre pratiquement aucun symptôme. La première anomalie susceptible d'attirer l'attention est en général la présence de sang dans les urines. Rarement, il peut arriver que la miction (le fait d'uriner) soit douloureuse, que l'on doive uriner plus fréquemment que la normale ou de façon urgente ; à d'autres moments, on n'arrive pas à uriner. Des sensations de brûlure peuvent aussi être ressenties, ainsi que des douleurs dans le bas du dos.

Mais attention : ces anomalies sont aussi typiques de maladies bénignes de la vessie, comme une infection. C'est pourquoi il vaut mieux consulter son médecin si ces symptômes apparaissent.

→ Diagnostic

En cas de présence de cellules anormales dans les urines,

une cystoscopie, aussi appelée endoscopie (examen de la vessie à l'aide d'un tube souple introduit par l'urètre), peut être réalisée. Cet examen peut permettre de réaliser des biopsies, pour déterminer le type exact de la tumeur.

Une urographie intraveineuse (radiographie réalisée après injection d'un produit de contraste) permet de réaliser une imagerie relativement précise des reins, des uretères et de la vessie.

→ Traitements

Les traitements sont déterminés en fonction du type de tumeur : tumeur à croissance superficielle, qui ne dépasse pas la muqueuse, carcinome *in situ* (cancer à un stade préliminaire) ou tumeur infiltrante, qui s'étend depuis la muqueuse jusque dans les muscles vésicaux.

En cas de tumeurs à croissance superficielle, l'opération chirurgicale est le traitement de référence : elle consiste à éliminer la tumeur qui est limitée à la muqueuse. Pour limiter le risque de récurrence, on peut procéder après la chirurgie à un lavage vésical, qui consiste à introduire les traitements de chimiothérapie ou d'immunothérapie (BCG) par voie endoscopique, jusque dans la vessie.

Un traitement au laser par cystoscopie peut supprimer les cellules cancéreuses. Un cystoscope est introduit jusque dans la vessie et les rayons laser sont dirigés vers les cellules superficielles pour les brûler.

En cas de carcinome *in situ*, on peut recourir au lavage vésical, à la chirurgie (qui peut aller jusqu'à l'ablation totale de la vessie), à un traitement au laser ou à la radiothérapie.

Face à des tumeurs infiltrantes (qui pénètrent profondément dans la paroi musculaire de la vessie), on procède à l'ablation chirurgicale de la vessie, mais aussi des ganglions lymphatiques situés à proximité. S'ils ne sont pas atteints, la vessie sera retirée, voire également la prostate et les vésicules séminales chez l'homme, et l'utérus, l'urètre, voire une partie du vagin chez la femme.

Si nécessaire, le traitement chirurgical est complété par de la chimiothérapie classique ou de la radiothérapie. Dans certains cas, la chimiothérapie peut précéder la chirurgie pour diminuer le volume de la tumeur et permettre ensuite une opération plus limitée.

En cas de métastases à distance, on propose généralement une chimiothérapie.

→ **Vivre après un cancer de la vessie**

Lorsqu'il est nécessaire d'enlever la vessie, les voies urinaires sont raccordées à la peau (urétérostomie) au niveau de l'abdomen, pour permettre d'éliminer les urines collectées dans une poche externe.

Une autre solution, plus lourde sur le plan chirurgical, consiste à recréer un réservoir à partir d'un morceau du gros intestin et/ou de l'intestin grêle. Il est ensuite relié aux deux uretères pour permettre l'écoulement de l'urine des reins vers ce réservoir. Il peut s'agir d'un système incontinente (le surplus est récolté dans une poche de stomie externe, reliée par un trou dans l'abdomen) ou continent (une valve est créée pour empêcher l'urine de s'écouler en permanence). Cette deuxième solution permet au patient de différer le moment de vider la poche.

Si seule une partie de la vessie a été retirée, le chirurgien peut aussi réaliser dans la partie terminale de l'intestin grêle ou du côlon, ce que l'on appelle une « néo-vessie ». Ce réservoir séparé peut recueillir l'urine. Il est raccordé aux uretères, mais également au sphincter de la vessie, pour permettre une vidange plus naturelle.

Le saviez-vous ?

L'augmentation du tabagisme féminin aura notamment pour conséquence un accroissement important du nombre des cancers de la vessie chez la femme.



Les cancers de l'œsophage

L'œsophage assure le passage des aliments depuis la gorge jusqu'à l'estomac. Sa paroi est composée de muscles et d'une muqueuse qui tapisse l'intérieur. Il existe différents types de cancers œsophagiens, dont la plupart se développent dans les cellules de la muqueuse (carcinome épidermoïde, adénocarcinome).

Le carcinome épidermoïde, qui se développe le plus souvent dans les parties supérieures et moyennes de l'œsophage, est lié à la consommation d'alcool et de tabac.

L'adénocarcinome, que l'on retrouve essentiellement dans la partie inférieure, résulte de complications rares du reflux gastro-œsophagien qui peut provoquer le développement de l'œsophage de Barrett.

→ **Fréquence**

En 2014, le cancer de l'œsophage a atteint 988 personnes en Belgique. Il est près de trois fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme et connaît un pic chez les 60-65 ans.

→ **Facteurs de risque**

Il existe un lien de cause à effet clair entre le cancer de l'œsophage et :

- le tabac ;
- la consommation d'alcool ;
- l'œsophage de Barrett, à savoir des irritations chroniques de la muqueuse du bas œsophage, dues à des reflux d'acide depuis l'estomac, entraînant le développement d'un tissu anormal ;
- des brûlures œsophagiennes par ingestion accidentelle de substances fortement acides ou basiques ;

- la consommation régulière de boissons brûlantes, de plats fortement épicés, d'aliments contenant des nitrosamines ;
- les carences en vitamine C ;
- des antécédents familiaux de cancer de l'œsophage, chez des personnes qui ont déjà des comportements à risque (tabagisme, consommation d'alcool, etc.) ;
- la tylose, maladie héréditaire, qui se manifeste par la présence de plaques de kératine sur les paumes ou la plante des pieds ou des papillomes (masses en forme de doigts) dans l'œsophage.

D'autres facteurs de risque sont encore à l'étude.

→ Dépistage

Un dépistage systématique est proposé aux personnes présentant des lésions susceptibles de se canceriser (œsophage de Barrett, brûlures de l'œsophage, etc.).

→ Symptômes

Un cancer de l'œsophage va commencer à se manifester lorsque le volume de la tumeur perturbe son fonctionnement. On remarque alors de la dysphagie, c'est-à-dire des difficultés croissantes et parfois des douleurs pour avaler (d'abord les aliments solides, ensuite les liquides). On peut aussi constater un amaigrissement et une perte d'appétit, une sensation de brûlure ou de douleur derrière le sternum ou au dos, des brûlures d'estomac, des reflux, l'apparition de toux ou d'une voix enrouée.

→ Diagnostic

Une radiographie peut être réalisée. Le patient avale alors un produit de contraste pour visualiser le rétrécissement provoqué par la tumeur. Cette méthode risque toutefois de ne pas repérer de très petites lésions limitées à la muqueuse.

L'endoscopie (gastroscopie) est plus précise. Elle permet de voir directement l'intérieur de l'œsophage à l'aide d'un fin

tuyau souple introduit par la bouche. Cet examen est utile pour découvrir des lésions à un stade précoce et permet le prélèvement de petits fragments de tissus aux endroits suspects. Ces biopsies sont ensuite analysées au microscope. On peut également réaliser une écho-endoscopie, qui combine échographie et endoscopie.

Si le diagnostic est confirmé, d'autres examens seront nécessaires (échographie, CT-scan, résonance magnétique, PET-scan, bronchoscopie) afin de déterminer exactement l'étendue de la tumeur et de planifier au mieux le traitement.

→ Traitement

Si la tumeur est superficielle, il est possible de traiter la paroi touchée par endoscopie (mucosectomie) ou par radiofréquence (une sonde est introduite pour brûler la partie de l'œsophage touchée).

Si la tumeur a envahi en profondeur la muqueuse de l'œsophage, mais reste peu étendue, la chirurgie est le traitement de choix. On procède à l'ablation chirurgicale totale ou partielle de l'œsophage. La continuité des voies digestives est rétablie soit en remontant l'estomac dans le thorax pour le suturer au reste de l'œsophage, soit en prélevant un segment d'intestin grêle ou de gros intestin (côlon) qui est installé à la place de l'œsophage.

Le chirurgien prélève également les ganglions lymphatiques à proximité de la tumeur. Ils seront examinés au microscope pour vérifier s'ils sont ou non atteints par des cellules cancéreuses.

La radiothérapie et la chimiothérapie peuvent également être utilisées, avant l'opération pour réduire la taille de la tumeur ou après l'opération comme traitement complémentaire ou, à un stade plus avancé de la maladie, lorsque l'intervention chirurgicale n'est pas réalisable.

La chimiothérapie sera administrée lorsque le cancer est métastasé, afin de contrôler les symptômes et augmenter l'espérance de vie.

Le passage des aliments et des liquides peut également être amélioré par la destruction partielle de la tumeur au laser ou par la pose d'un tube, sorte de prothèse que l'on installe au niveau de la tumeur pour maintenir l'œsophage ouvert.

→ Vivre après un cancer de l'œsophage

Les personnes qui ont subi une ablation de l'œsophage ont tendance à maigrir. Elles doivent généralement modifier leurs habitudes alimentaires et remplacer les trois repas principaux quotidiens par de nombreuses petites collations riches en énergie, réparties tout au long de la journée.

Les cancers de l'estomac

La quasi-totalité des cancers de l'estomac trouve son origine au niveau de la muqueuse qui tapisse l'intérieur de l'estomac. Une tumeur gastrique ne se développe pratiquement jamais au départ d'une muqueuse saine, mais succède à un état précancéreux (dysplasie) qui fait lui-même suite à une inflammation chronique (gastrite).

→ Fréquence

En Belgique, 1 482 nouveaux cas de cancer de l'estomac ont été recensés en 2014, dont une bonne partie chez l'homme. Rares avant 40 ans, leur fréquence augmente ensuite dès 55 ans.

→ Facteurs de risque

Il existe de nombreux facteurs de risque :

- une infection chronique de la muqueuse gastrique par la bactérie *Helicobacter Pylori* (gastrites chroniques et ulcères de l'estomac). Ces lésions sont à risque de transformation cancéreuse si elles ne sont pas traitées ;
- l'alimentation, et notamment une consommation excessive d'alcool et/ou une alimentation trop salée ou

trop riche en salaisons et saumures ou en sel. En effet, les nitrates et nitrites issus de l'alimentation et de l'eau de boissons peuvent se transformer en nitrosamines dans l'estomac, susceptibles de favoriser un cancer ;

- l'obésité ;
- le tabagisme ;
- des facteurs héréditaires (syndrome de Lynch). Une histoire familiale de cancers de l'estomac doit inciter à la prudence et à consulter pour, éventuellement, identifier un gène prédisposant ;
- l'ablation partielle de l'estomac pourrait augmenter le risque de cancer dans la partie qui reste.

→ Dépistage

Il n'y a pas de dépistage systématique face à ce cancer. Cependant, la recherche systématique de la bactérie *Helicobacter Pylori* est utile chez les personnes à risque élevé (du fait d'antécédents personnels ou familiaux, de la présence d'une gastrite chronique ou atrophique...). Un traitement antibiotique permet l'élimination de cette bactérie.

→ Symptômes

Au départ, un cancer de l'estomac ne présente aucun symptôme particulier, ce qui explique le caractère souvent tardif du diagnostic. Les symptômes apparaissent lorsque la tumeur s'est déjà étendue dans l'estomac ou aux structures voisines.

Ils peuvent consister en :

- douleurs, brûlures ou inconfort au niveau de l'estomac ;
- sensation de pesanteur à l'estomac ;
- nausées et vomissements répétés ;
- sensation de satiété trop rapide ;
- manque d'appétit ;
- perte de poids ;
- anémie ;
- fatigue anormale.

→ Diagnostic

Le diagnostic repose sur la gastroscopie. Un fin tuyau souple (endoscope) muni d'une lumière et d'une caméra est introduit par la bouche afin de vérifier dans l'œsophage, l'estomac et le duodénum s'il existe des lésions suspectes. Si c'est le cas, cet appareil permet de réaliser des prélèvements (biopsies) à leur niveau pour examen microscopique.

Une fois le diagnostic confirmé, un bilan d'extension et d'opérabilité est réalisé.

→ Traitements

Dans quelques cas (cancers superficiels), le médecin peut décider de ne procéder qu'à l'enlèvement de la muqueuse et de la sous-muqueuse, par endoscopie.

Mais, face à un cancer localisé, le traitement est principalement chirurgical. Il consiste à enlever une partie ou la totalité de l'estomac (gastrectomie), ainsi que les ganglions lymphatiques avoisinants. En cas de gastrectomie totale, la partie inférieure de l'œsophage est reliée au début de l'intestin grêle. La chirurgie peut être suivie ou parfois précédée d'une association chimiothérapie-radiothérapie pour limiter l'extension de la tumeur.

La chimiothérapie peut également être utile pour lutter contre les symptômes de la maladie (douleur, saignements, obstruction, etc.) et améliorer la qualité de vie du patient. Quant à la radiothérapie, son utilité reste limitée et même débattue.

→ Vivre après un cancer de l'estomac

La gastrectomie entraîne généralement des séquelles comme des vomissements de bile, du brûlant, un amaigrissement, des crampes, de la diarrhée, une carence en vitamine B12, etc. Une adaptation de l'alimentation peut alors s'imposer, soit pour revenir progressivement vers une alimentation quasi normale, soit à titre définitif. Un diététicien spécialisé (une liste de noms est disponible sur le site de la Fondation contre

le Cancer www.cancer.be – rubrique « Aide aux patients ») pourra donner des conseils pour atténuer ou résoudre les problèmes rencontrés.

Les cancers du pancréas

Le pancréas est une glande qui a deux fonctions importantes : produire les sucs pancréatiques déversés dans l'intestin pour participer à la digestion des graisses et des sucres, et sécréter deux hormones (l'insuline et le glucagon) chargées de contrôler le taux de sucre dans le sang.

Les cancers du pancréas se développent généralement à partir du tissu glandulaire qui produit les enzymes digestives. Ce type de cancer porte le nom général d'adénocarcinome.

→ Fréquence

Le cancer du pancréas fait partie des cancers qui connaissent une progression très importante. Le nombre de cas a plus que doublé ces 15 dernières années ! En 2014, 1 715 nouveaux cas ont été diagnostiqués, un nombre qui se répartit presque également entre hommes et femmes (respectivement 871 et 844). Ce type de cancer apparaît rarement avant 45 ans, mais il augmente avec l'âge, en particulier après 60-65 ans.

→ Facteurs de risque

Le principal facteur de risque est le tabac, les fumeurs étant deux fois plus souvent atteints que les non-fumeurs. L'obésité pourrait également jouer un rôle favorisant, ainsi qu'un régime alimentaire riche en graisses et en protéines animales. Ce cancer est parfois précédé par une inflammation chronique du pancréas (pancréatite).

→ Dépistage

Il n'y a pas de dépistage systématique face à ce cancer.

→ Symptômes

Le cancer est silencieux à son début et comme les symptômes sont vagues, ils sont souvent sous-estimés. Il peut s'agir de douleurs dans la partie haute de l'abdomen, irradiant vers le dos. Une altération de l'état général (amaigrissement, fatigue, etc.) et des troubles de la digestion (perte d'appétit, difficultés à digérer, nausées) s'installent.

Une jaunisse (ictère) peut aussi apparaître, accompagnée de démangeaisons. Elle est due à la compression des voies biliaires. Dans ce cas, la bile produite par le foie n'arrive plus à s'écouler dans l'intestin à cause du volume occupé par la tumeur.

Diagnostic

L'imagerie médicale est nécessaire pour poser le diagnostic. Elle peut comprendre :

- l'échographie classique qui peut montrer une dilatation des voies biliaires et orienter les examens vers le pancréas ;
- une écho-endoscopie (sonde d'échographie introduite dans le duodénum par voie endoscopique) pour examiner plus précisément le pancréas ;
- un scanner (ou tomodensitométrie) pour mieux voir la taille de la tumeur et son extension ;
- un dosage dans le sang d'un marqueur tumoral (CA 19.9), anormalement élevé dans la grande majorité des cancers pancréatiques. Son dosage sanguin est surtout utile pour le suivi de la maladie durant le traitement.

D'autres techniques d'imagerie médicale (comme la scintigraphie à l'octréotide marqué par exemple) peuvent parfois être proposées pour faciliter le diagnostic de tumeurs du pancréas plus particulières.

→ Traitements

Les cancers du pancréas se développent souvent de façon dis-

crète et peuvent rapidement envahir les organes avoisinants, ce qui explique leur gravité. Si la tumeur est opérable, le traitement de choix reste la chirurgie. Une partie ou la totalité du pancréas est alors retirée, ainsi, éventuellement, que le duodénum, la vésicule biliaire, une partie du canal cholédoque, une partie de l'estomac (le pylore, qui relie l'estomac au duodénum) et/ou les ganglions lymphatiques. La continuité des voies digestives est ensuite rétablie.

Lorsque la tumeur est inopérable, la chirurgie peut néanmoins être utile, pour assurer le meilleur confort de vie possible au patient en levant les obstacles dus à l'envahissement tumoral (dérivation des voies biliaires ou de l'estomac par exemple).

La chimiothérapie et la radiothérapie peuvent améliorer la survie dans certains cas de tumeurs inopérables, voire réduire la taille de la tumeur avant la chirurgie.

→ Vivre après un cancer du pancréas

Après reconstruction du système digestif, le patient devra adapter son alimentation, en collaboration avec un diététicien spécialisé.

Si l'entièreté du pancréas a été retirée, il peut se voir prescrire des enzymes pancréatiques sous forme de médicaments à prendre au cours des repas, ainsi que de l'insuline, en cas de diabète.

Les cancers colorectaux

Le gros intestin reçoit les résidus alimentaires en cours de digestion, à la sortie de l'intestin grêle. Il résorbe plus de 90 % de l'eau (+/- 1,5 litre par jour) contenue dans le bol intestinal et le transforme progressivement en selles.

Les adénomes colorectaux naissent d'une tumeur bénigne (polypes adénomateux) qui évolue lentement, jusqu'à devenir

cancéreuse. Ils apparaissent le plus souvent dans les cellules qui tapissent la paroi intérieure du côlon ou du rectum : il s'agit de ces cellules chargées de produire le mucus qui favorise la progression des selles dans le côlon, vers le rectum.

La quasi-totalité des cancers colorectaux touche la muqueuse du gros intestin (adénocarcinomes colorectaux) ; le reste se compose de léiomyosarcomes qui touchent les cellules musculaires lisses, les tumeurs stromales gastro-intestinales et les lymphomes qui surviennent dans les tissus lymphatiques.

Les cancers du côlon et du rectum sont habituellement regroupés, car les cellules à l'origine de ces deux cancers sont du même type.

→ **Fréquence**

En Belgique, 9 694 nouveaux cas de cancers du côlon et du rectum ont été enregistrés en 2014. Il s'agit du 2^e cancer par ordre de fréquence chez la femme (après les cancers du sein) et du 3^e chez l'homme (après les cancers de la prostate et du poumon). Rares avant 40 ans, leur fréquence augmente nettement à partir de la cinquantaine.

→ **Facteurs de risque**

Les facteurs de risque les plus répandus sont :

- l'âge (avoir plus de 50 ans) ;
- les antécédents familiaux ou personnels de cancer colorectal ;
- la présence d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (recto-colite ulcéro-hémorragique, maladie de Crohn) ;
- les antécédents personnels de polypes bénins dans le côlon ;
- une consommation importante d'alcool, de viande rouge et de charcuteries ;
- une alimentation pauvre en fibres ;
- le manque d'exercice physique, l'obésité, le diabète ;

- le tabagisme pourrait également être impliqué.

Plusieurs formes de prédisposition héréditaire sont connues (polypose familiale, cancer héréditaire non polyposique du côlon ou syndrome de Lynch). On estime qu'un tiers des personnes atteintes d'un cancer du côlon seraient porteuses d'une anomalie génétique.

→ **Dépistage**

Les personnes présentant des facteurs de risque (antécédents familiaux ou personnels, prédisposition génétique) peuvent bénéficier d'un dépistage (à discuter au cas par cas avec le médecin traitant).

Pour la population générale, un dépistage systématique du cancer colorectal est organisé en Belgique, chez les hommes et les femmes de 50 à 74 ans. Il est réalisé par un test immunologique (recherche de traces microscopiques de sang) sur un prélèvement de selles.

Les autres examens de dépistage sont le toucher rectal et l'endoscopie, pour observer les parois du côlon.

→ **Symptômes**

Les signes révélateurs sont très variables et non spécifiques du cancer. Il peut s'agir de douleurs abdominales, de constipation ou de diarrhée, de sang dans les selles, de faux besoins, de fatigue ou d'amaigrissement inexplicables, etc.

→ **Diagnostic**

La coloscopie permet généralement de poser le diagnostic : polypes bénins ou cancer. Ceci grâce à la possibilité de prélever un morceau de tissu suspect et de l'analyser au microscope.

S'il s'agit d'un cancer, on vérifie l'envahissement éventuel de la paroi intestinale par une échographie transrectale (introduction d'une sonde à ultrasons par l'anus), un CT-scan ou une IRM.

→ Traitements

Le traitement dépend de la localisation tumorale, de son degré de développement et du résultat du bilan d'extension.

La chirurgie est le premier traitement. Si la tumeur est de très petite taille, la partie de l'intestin touchée peut être retirée lors de la coloscopie. Sinon, dans la grande majorité des cas, la chirurgie sera plus lourde, avec l'ablation de la tumeur ainsi que les tissus avoisinants et les ganglions lymphatiques à proximité immédiate. Si les ganglions sont envahis par des cellules cancéreuses, des séances de radiothérapie et de chimiothérapie peuvent également être proposées.

Pour les cancers du rectum, le principe général est le même, mais la proximité de l'anus peut parfois compliquer la chirurgie. Si la localisation et l'étendue du cancer le permettent, l'anus est préservé. S'il doit être retiré, un anus artificiel (colostomie) est créé pour permettre l'évacuation des selles. De plus en plus souvent, cet anus artificiel est une étape temporaire : la continuité de l'intestin est restaurée le plus rapidement possible.

La chimiothérapie s'y ajoute si la tumeur a envahi la paroi intestinale, si les ganglions sont touchés par des cellules cancéreuses ou en cas de métastases (cellules cancéreuses ayant migré dans d'autres organes). Elle peut être administrée en même temps que la radiothérapie pour en augmenter l'efficacité.

Des traitements ciblés, qui agissent spécifiquement sur des mécanismes de progression ou de propagation des cellules cancéreuses, ont vu le jour, grâce à la recherche scientifique. L'administration de ces traitements ciblés n'est envisageable que dans les cas où les cellules cancéreuses présentent à leur surface des caractéristiques spécifiques (récepteurs ou anti-gènes tumoraux par exemple).

→ Vivre après un cancer du gros intestin

La continuité de l'intestin peut être rétablie immédiatement, à moins qu'une dérivation (colostomie ou anus artificiel) tem-

poraire ne soit pratiquée. Dans ce cas, une seconde opération permettra ultérieurement de rétablir les voies naturelles. Mais, parfois, la colostomie est définitive.

La localisation de la colostomie doit être discutée de commun accord avec le malade, afin de choisir un endroit du ventre qui cause le moins de désagréments possible.

La peur de devoir porter une « poche » est très présente chez les patients confrontés au cancer du gros intestin. Pourtant, de nombreuses personnes porteuses d'une colostomie mènent une vie normale. Une association existe pour les y aider (Stoma-Ilco : tél. : 070/66 66 80 ; site : www.stomie.be/).

Les cancers du foie

Les cancers qui ont leur point de départ dans le foie sont nettement moins fréquents que les métastases au niveau du foie à la suite d'un cancer qui a pris naissance dans un autre organe. Le plus courant (90 % des cas) est le carcinome hépatocellulaire ou hépatocarcinome, qui apparaît dans les cellules du foie. Lorsqu'il apparaît dans les cellules qui tapissent les canaux biliaires à l'intérieur du foie, on parle de cancer des canaux biliaires intrahépatiques ou cholangiocarcinome.

→ Fréquence

En Belgique, 864 nouveaux cas ont été enregistrés en 2014 ; bien que d'incidence faible (en comparaison avec les pays d'Afrique ou d'Asie), ce cancer est en évolution, le nombre de cas par an ayant plus que doublé ces 10 dernières années. Plus fréquent chez l'homme que chez la femme, il survient le plus souvent après 55 ans, voire 65 ans pour la femme.

→ Facteurs de risque

La cirrhose du foie, due à l'abus d'alcool ou à des hépatites virales chroniques (hépatite B ou C), est la principale cause du

cancer du foie. Une cirrhose résulte plus rarement d'une hémochromatose (une surcharge de l'organisme en fer) ou d'une consommation d'aliments contaminés par certaines moisissures (majoritairement dans certains pays d'Afrique et d'Asie).

L'obésité et, de là, la stéatose hépatique (appelée aussi « foie gras », car de la graisse s'est accumulée dans les cellules du foie), augmentent aussi le risque de dommages au foie, qui pourraient évoluer en cancer.

→ Dépistage

Chez les patients atteints de cirrhose, il est conseillé de réaliser :

- une recherche de marqueur tumoral (alpha-fœtoprotéines) par prise de sang ;
- des échographies du foie à intervalles réguliers, pour détecter précocement la survenue éventuelle d'un cancer du foie.

Un dépistage par prise de sang des personnes porteuses du virus de l'hépatite C peut également être utile.

→ Symptômes

Les signes cliniques sont très variables, généralement tardifs et non spécifiques du cancer. Il peut s'agir de douleurs abdominales, d'une fatigue anormale, de l'apparition d'une jaunisse, de la présence de liquide dans l'abdomen (ascite), d'œdème des jambes, d'une perte de poids inexplicée, d'un manque d'appétit, etc. Parfois une masse est sentie sous les côtes.

→ Diagnostic

La prise de sang montre des anomalies qui ne sont pas spécifiques : anémie, augmentation des taux d'enzymes fabriquées par le foie (transaminases, gamma-GT, phosphatases alcalines). Une élévation importante du taux d'alpha-fœtoprotéines (marqueur tumoral) est souvent associée à un cancer du foie.

Le diagnostic repose sur les techniques d'imagerie : écho-

graphie, CT-scan ou PET-scan (tomographie par émission de positrons), et IRM mettent en évidence des lésions même de petite taille dans le foie. L'examen microscopique des prélèvements de tissus hépatiques complète le diagnostic.

→ Traitements

Le choix du traitement dépend surtout de la taille de la tumeur. La chirurgie, si la cirrhose permet l'opération, consiste à enlever la partie du foie atteinte (hépatectomie partielle). L'ablation totale du foie, avec transplantation hépatique, ne peut, quant à elle, être envisagée que pour les très petites tumeurs et chez un sujet jeune.

Pour les nombreux patients qui ne sont pas opérables, d'autres traitements peuvent être envisagés pour détruire les tumeurs hépatiques : l'alcoolisation (injection directe d'alcool dans la tumeur via une petite aiguille) ou les radiofréquences (destruction par ultrasons). La cryothérapie (traitement par le froid) peut également être utilisée.

La chimio-embolisation est une autre piste de traitement : un fin tube flexible est introduit via une artère de la jambe jusque dans les vaisseaux sanguins proches de la tumeur du foie. Des médicaments sont injectés via ce fin tube dans un endroit précis du foie pour bloquer notamment l'apport de sang, lequel est indispensable à la croissance tumorale.

La radio-embolisation interne sélective vise à amener par cette même voie des microsphères radioactives qui irradient la tumeur. Cette méthode permet de délivrer très localement une dose d'irradiation nettement supérieure à celle délivrée lors d'une radiothérapie classique.

Ces deux méthodes ont l'avantage d'avoir une action très ciblée, en préservant le plus possible les tissus sains.

→ Vivre après un cancer du foie

En cas de greffe du foie, la prise d'un traitement immunosuppresseur est nécessaire pour éviter le rejet de l'organe greffé par le système immunitaire du receveur.



Alcool et cancers du foie

À partir de quelle consommation quotidienne d'alcool risque-t-on à terme de développer une cirrhose ? La réponse varie en fonction du sexe. Les femmes peuvent consommer au maximum 20 grammes d'alcool par jour (soit, par exemple, 2 verres de vin) et les hommes maximum 40 grammes par jour.

SYSTÈME RESPIRATOIRE

Les cancers du poumon

Il existe plusieurs formes de cancers du poumon, en fonction du type de cellules des bronches en cause :

- les cancers dits à « petites cellules » (20 à 25 % des cas) ;
- les cancers « non à petites cellules » (75 à 80 % des cas), parmi lesquels on identifie plusieurs catégories distinctes (les carcinomes épidermoïdes, les adénocarcinomes et les carcinomes indifférenciés à grandes cellules).

La prise en charge varie en fonction du type de tumeur.

→ Fréquence

En Belgique, 8 452 nouveaux cas de cancer du poumon ont été recensés en 2014. Il s'agit du second cancer le plus fréquent chez l'homme et du 3^e chez la femme. Si le nombre de nouveaux cas stagne chez l'homme, il est en nette augmentation chez la femme : +3 % chez l'homme ces 10 dernières années, contre... un doublement des cas chez les femmes sur la même période ! Mais les hommes restent deux fois plus touchés que les femmes.

→ Facteurs de risque

Le tabagisme reste le facteur le plus important. Environ 90 % des cancers du poumon sont directement liés au tabac : un fumeur court 20 fois plus de risque qu'un non-fumeur ! Ce risque est augmenté par le nombre d'années pendant lesquelles on a fumé et l'âge auquel on a commencé à fumer : plus on commence jeune (actuellement, dès 11-12 ans, voire avant), plus le risque à long terme augmente et plus jeune on risque d'être atteint d'un cancer du poumon (dès la quaran-

taine). Ces deux facteurs sont plus importants que le nombre de cigarettes fumées par jour !

Le tabagisme passif augmente d'environ 1,3 la fréquence des cancers du poumon chez les non-fumeurs régulièrement exposés à la fumée des autres.

L'exposition intense et répétée (le plus souvent d'origine professionnelle) à des substances comme l'amiante, l'arsenic, le nickel, le chrome, les goudrons, etc., est un autre facteur de risque. Le radon (gaz radioactif émis par certaines roches) est également incriminé, ainsi que l'absorption de particules fines émanant notamment des pots d'échappement des véhicules diesel.

Parmi les autres risques, citons :

- des traitements antérieurs par radiothérapie au niveau du thorax, ainsi que des antécédents d'affections respiratoires (BPCO, silicose, tuberculose par exemple) ou de cancer du poumon ;
- des mutations génétiques, notamment celle du gène EGFR dans les cas de cancer du poumon non à petites cellules ;
- la prise de bêta-carotène ou une alimentation pauvre en fruits et légumes, additionnées au tabagisme.

→ Dépistage

Il n'y a pas de dépistage systématique des cancers du poumon. Toutefois, à titre individuel, il est recommandé aux personnes âgées de 55 à 74 ans, qui cumulent 30 années-paquet (à savoir un paquet par jour pendant 30 ans ou 2 paquets par jour pendant 15 ans, etc.) et qui sont toujours fumeuses (ou qui ont arrêté depuis moins de 15 ans) de se soumettre à un dépistage.

→ Symptômes

Plusieurs symptômes non spécifiques peuvent conduire à la découverte d'un cancer du poumon : essoufflement, respiration sifflante, toux anormale accompagnée ou non de cra-

chats contenant du sang, infections pulmonaires à répétition, voix enrouée, fatigue, perte d'appétit, douleurs thoraciques, etc., justifient la consultation d'un médecin.

→ Diagnostic

Face à des symptômes évocateurs, le médecin aura recours à une série d'examen pour confirmer son diagnostic.

- Radiographie du thorax.
- Cytologie : l'examen microscopique des crachats permet parfois la découverte de cellules cancéreuses.
- Scanner pour examiner de petites lésions pour lesquelles la radiographie ne donne pas suffisamment d'informations.
- Bronchoscopie qui permet de visualiser les bronches à l'aide d'un fin tuyau et de prélever un échantillon de tissu suspect pour analyse au microscope.
- Ponction transthoracique si la bronchoscopie n'est pas possible : une ponction à travers la paroi du thorax est réalisée pour être analysée en laboratoire.
- Médiastinoscopie : un fin tuyau muni d'une caméra est inséré par une incision au-dessus du sternum, jusque dans le médiastin, afin d'examiner les ganglions lymphatiques qui drainent la région atteinte et de réaliser une biopsie.

Une épreuve fonctionnelle respiratoire mesure le fonctionnement des poumons pour savoir si l'ablation d'une partie des poumons est réalisable si nécessaire.

→ Traitement

Le traitement dépend du type de cancer bronchique, de son degré d'extension et de l'existence éventuelle d'autres pathologies. Il peut comprendre une chirurgie, une radiothérapie et/ou une chimiothérapie.

Lorsque le cancer est opérable, le chirurgien enlève le plus souvent le lobe pulmonaire touché (lobectomie). S'il le peut,

il ne retirera qu'une partie (segmentectomie), mais il se peut qu'il doive retirer le poumon entier (pneumectomie), ainsi que les ganglions lymphatiques qui le drainent. L'opération peut être suivie ou parfois même précédée par d'autres traitements (chimiothérapie et éventuellement radiothérapie).

Si l'intervention chirurgicale n'est pas possible, il peut être envisagé de recourir à la radiofréquence : une sonde est amenée jusqu'à la tumeur à travers la paroi thoracique et un courant de haute fréquence est envoyé. Cela entraîne un échauffement local important afin d'éliminer les cellules cancéreuses.

Radiothérapie et chimiothérapie, seules ou en combinaison, sont également utilisées face aux cancers inopérables. La radiothérapie est de plus en plus ciblée, focalisant les rayons au cœur de la tumeur ; cette radiothérapie dite « stéréotaxique » est davantage indiquée pour lutter contre les petites tumeurs localisées, chez des patients difficilement opérables.

Des traitements ciblés, qui agissent directement sur les cellules cancéreuses en bloquant leur prolifération ou en les détruisant, sont utilisés en cas d'échec de la chimiothérapie.

→ Vivre après un cancer du poumon

Il est possible de mener une vie de qualité avec un morceau de poumon, voire même un poumon en moins, pour autant que les autres dégâts causés par le tabagisme à l'ensemble des poumons (bronchite chronique, emphysème, etc.) ne soient pas trop importants.

Faites-vous aider pour arrêter de fumer

Toutes causes confondues (cancers, maladies cardiovasculaires, etc.), le tabac tue à terme un fumeur sur deux. Pour vous libérer de ce dangereux esclavage, contactez gratuitement la ligne Tabacstop au 0800 111 00.



Les cancers du larynx

Le larynx se situe dans la gorge, au carrefour des voies digestives et respiratoires. C'est à son niveau que se situent les cordes vocales. Dans deux tiers des cas, les cancers du larynx se développent à hauteur des cordes vocales (cancer glottique) ; chez près d'un tiers des patients, ils sont localisés au-dessus des cordes vocales (cancer sus-glottique) et, chez un petit nombre, en dessous (cancer sous-glottique).

→ Fréquence

En 2014, 564 Belges ont reçu le diagnostic de cancer du larynx. Il touche surtout les plus de 55-60 ans et les hommes (près de 7 fois plus que les femmes).

→ Facteurs de risque

Le tabagisme (et surtout le fait « d'avaler » la fumée) augmente considérablement le risque de cancer du larynx. Une consommation exagérée d'alcool accroît surtout le risque de tumeur sus-glottique. La combinaison alcool et tabac a un effet synergique : leur effet combiné est supérieur à la somme des effets de chacun. Une prédisposition héréditaire pourrait cependant influencer la survenue des cancers provoqués par l'alcool et le tabac.

L'inhalation de substances irritantes, notamment l'amiante et certaines vapeurs de métaux ou de produits chimiques (tel l'acide sulfurique), ainsi que l'exposition à un rayonnement radioactif, peuvent également jouer un rôle dans la genèse de ce cancer.

Une autre cause pourrait être l'infection chronique au papillomavirus humain (HPV) transmis lors de contacts sexuels oraux.

→ Dépistage

Ce cancer ne fait pas l'objet d'un dépistage systématique.

→ Symptômes

À un stade précoce, la tumeur glottique (au niveau des cordes vocales) se manifeste par un enrouement persistant qui s'aggrave avec le temps.

En cas de tumeur sus-glottique et sous-glottique, on assiste à un changement au niveau de la voix, des maux de gorge qui irradient vers les oreilles ou une toux persistante. Le patient peut aussi avoir l'impression d'avoir une « boule » dans la gorge. Parfois, on constate un ganglion gonflé au niveau du cou.

À un stade plus tardif, la gêne à la respiration ou des problèmes de déglutition, voire une masse dans la gorge ou le cou, incitent à consulter.

→ Diagnostic

Un premier examen de l'entrée du larynx et des cordes vocales est effectué à l'aide d'un miroir laryngé (un miroir pourvu d'un manche, comme chez le dentiste). Si une tumeur est repérée, l'ORL va visualiser l'ensemble du larynx et l'entrée de l'œsophage avec un laryngoscope (tuyau creux qui contient un système optique équipé de verres fortement grossissants). Il sert à préciser la taille et la localisation de la tumeur, mais aussi à effectuer une biopsie pour analyse microscopique du tissu suspect. Cet examen se réalise de préférence sous anesthésie générale.

En même temps, le médecin procède également à une bronchoscopie pour vérifier les voies respiratoires (trachée et poumons) et réaliser une biopsie.

Si un ganglion lymphatique est gonflé, l'ORL peut réaliser une ponction à l'aide d'une aiguille pour vérifier s'il contient des cellules cancéreuses.

→ Traitements

Les tumeurs de petite et de moyenne taille sont traitées par chirurgie ou radiothérapie ; les cancers plus avancés nécessitent une combinaison des deux techniques.

L'intervention chirurgicale consiste en l'ablation partielle ou totale du larynx (laryngectomie). Si elle est partielle, la voix sera préservée ; par contre, il faut savoir qu'enlever tout le larynx signifie aussi la disparition des cordes vocales. La trachée est alors raccordée à une ouverture située à la base du cou (trachéostome) maintenu ouvert par une canule pour permettre la respiration.

La chimiothérapie n'est pas le traitement le plus courant des cancers du larynx, mais elle est utilisée face aux tumeurs étendues en combinaison avec la radiothérapie, en présence d'une récidive ou en traitement palliatif.

Il est possible de détruire localement les tissus tumoraux à l'aide de certains types de rayons laser. Cette technique est réservée aux stades précoces de la maladie, en cas de récidive de très petite taille ou à titre palliatif lorsque la tumeur menace d'obstruer les voies respiratoires en raison de son volume.

Enfin, un traitement ciblé peut être utilisé en association avec la radiothérapie ou la chimiothérapie pour le traitement des cancers de la tête et du cou, dont certains cancers du larynx.

→ Vivre après un cancer du larynx

Après un traitement par radiothérapie, le patient conserve sa voix, mais le son de celle-ci devient parfois moins clair. Si la zone d'irradiation comprend une partie de l'œsophage, avaler peut provoquer une sensation de brûlure. Il faudra alors conseiller au patient de renoncer provisoirement à certaines boissons et aux aliments très épicés.

Après une laryngectomie totale (ablation du larynx, y compris les cordes vocales), le patient va devoir réapprendre à parler avec l'aide d'un logopède. La voix rééduquée, obtenue parfois en quelques semaines, se perfectionne progressivement avec l'usage. Son timbre est souvent monotone, mais cette voix permet de retrouver une activité sociale et professionnelle.

Depuis 1962, l'Association Francophone des Mutilés de la Voix de Belgique offre soutien et aide pratique aux nouveaux opérés. Tél. : 02/742 03 95 ou 0473/490 880 ; e-mail : afmnb@skynet.be.

De nouveaux traitements à l'étude

Actuellement, l'efficacité d'une radiothérapie accélérée est à l'étude. Il s'agit d'administrer une même dose de rayonnement totale, mais répartie sur une période plus courte, en combinaison avec certains médicaments. Le but recherché est d'accroître l'efficacité du traitement, tout en assurant une meilleure conservation de la voix. À l'heure actuelle, ce traitement n'est toutefois proposé que dans le cadre d'une recherche clinique.



SYSTÈME SANGUIN

Les leucémies (général)

Le terme « leucémie » est un terme global qui regroupe différents cancers du système sanguin, qui prennent naissance dans les cellules souches du sang. La distinction entre les différentes formes de leucémies se base sur le type de cellules souches concernées : dans les leucémies lymphoblastiques, ce sont les cellules souches lymphoïdes (cellules qui donnent naissance aux lymphocytes) anormales qui se multiplient et envahissent le système sanguin et lymphatique. Dans les leucémies myéloïdes ou myéloblastiques, ce sont les cellules souches myéloïdes (qui donnent naissance à différentes cellules du système sanguin dont les monocytes et granulocytes) anormales qui envahissent le sang.

Le type de leucémie est défini également par sa vitesse de progression. Dans la leucémie aiguë (qui évolue plus rapidement), on assiste à une prolifération de globules blancs immatures ; dans la leucémie chronique (à l'évolution plus lente), il s'agit d'une prolifération de globules blancs relativement matures, mais anormaux. La composition du sang s'en trouve profondément perturbée.

→ Fréquence

Mille huit cent quatre-vingt-cinq nouveaux cas de leucémies, tous types confondus, ont été diagnostiqués en 2014 en Belgique. L'âge moyen des patients varie selon le type de leucémie.

- La leucémie lymphoïde aiguë survient principalement chez les enfants et les jeunes adultes.
- La leucémie myéloïde aiguë se rencontre surtout chez les personnes de plus de 60 ans et rarement chez les enfants.
- La leucémie myéloïde chronique et la leucémie lymphoïde chronique se rencontrent surtout chez les personnes de plus de 60 ans.

Les leucémies de l'enfant

→ Fréquence

Bien qu'il s'agisse d'une affection relativement rare, la leucémie est la forme la plus courante de cancer chez les enfants et les jeunes adolescents de moins de 20 ans : 115 nouveaux cas ont été recensés en 2014 en Belgique.

Quatre-vingts pour cent des leucémies aiguës de l'enfant sont des leucémies aiguës lymphoblastiques (LAL) et 15 à 20 %, des leucémies aiguës myéloblastiques (LAM). Les leucémies chroniques (exclusivement myéloïdes chez l'enfant) ne représentent que 4 à 5 % de l'ensemble des leucémies infantiles.

Nous aborderons ici uniquement la leucémie aiguë lymphoblastique.

→ Facteurs de risque

Dans 10 % des cas, la cause est d'ordre génétique ou toxique :

- augmentation du risque de leucémie aiguë dans des anomalies génétiques comme la trisomie 21 ;
- le jumeau monozygote (vrai jumeau) d'un enfant atteint d'une leucémie risque lui aussi de développer cette maladie, surtout si celle-ci survient dans la première année de vie ;
- augmentation du risque de leucémie chez des enfants préalablement exposés à certaines substances toxiques (benzène, métaux lourds, etc.), aux radiations ionisantes ou à une chimiothérapie pour traiter un cancer antérieur.

Dans la grande majorité des cas, les causes restent cependant inconnues, même si une réaction anormale du système immunitaire à la suite d'une infection (probablement virale) est généralement suspectée.

→ Dépistage

Il n'y a pas de dépistage systématique pour ce cancer.

→ Symptômes

Les symptômes sont multiples, mais ne se présentant pas forcément tous :

- pâleur, fatigue, étourdissements, difficultés respiratoires (dyspnée, essoufflement), palpitations (tachycardie) et impression de malaise général due à l'anémie ;
- infections récidivantes : angines, bronchites, infection des gencives (gingivite), voire épisodes de fièvre et sueurs nocturnes inexplicables, résultant du manque de globules blancs normaux ;
- petits saignements dans l'épaisseur de la peau (pétéchies), pertes de sang au niveau des gencives, du nez, etc., tendance aux ecchymoses, menstruations abondantes marquant un manque de plaquettes ;
- augmentation de volume du foie, de la rate, ainsi que des ganglions lymphatiques, qui résultent de la prolifération cellulaire ;
- douleurs osseuses ou articulaires sont courantes, au point que l'enfant peut se mettre à boiter, du fait de la prolifération de cellules leucémiques dans la moelle des os.

Il est rare qu'un enfant présente l'ensemble de ces anomalies.

→ Diagnostic

Le diagnostic est généralement évoqué à la suite d'une prise de sang qui détermine les taux de chaque type de cellules sanguines, leur normalité et le rapport entre ces cellules.

Une ponction de moelle osseuse ou une biopsie de tissu osseux sont nécessaires pour vérifier la présence de cellules cancéreuses dans le tissu qui régénère le sang. Les deux peuvent se faire simultanément, et les prélèvements seront observés au microscope.

D'autres examens sont systématiquement entrepris, tels qu'une radiographie du thorax pour avoir une image des poumons et du médiastin (zone située entre les deux poumons) et observer une série de tissus, organes, vaisseaux sanguins et ganglions lymphatiques.

→ **Traitement**

Il fait appel avant tout à la chimiothérapie qui est administrée en plusieurs étapes :

- l'induction (phase initiale du traitement) se veut relativement agressive, durant 3 à 4 semaines, pour réduire fortement la quantité de cellules cancéreuses ;
- la consolidation, lorsque les symptômes ont disparu et que les cellules cancéreuses ne sont plus détectées dans le sang ni dans la moelle osseuse, fait appel à des médicaments différents de ceux utilisés lors de l'induction ;
- l'intensification, réalisée immédiatement après la consolidation, reprend habituellement les médicaments utilisés lors de l'induction ;
- le traitement d'entretien, qui vise à éviter une éventuelle reprise de la maladie et dure de 2 à 3 ans.

Dans certains cas, une greffe de cellules souches allogéniques (provenant d'un donneur) doit être envisagée.

→ **Vivre après une leucémie**

Les enfants qui ont souffert d'une leucémie devront être suivis le restant de leur vie, pour s'assurer que les traitements n'auront pas d'effets à long terme. L'encadrement psychologique et social de toute la famille ne doit pas non plus être négligé.

Des progrès constants

Les recherches menées pour lutter contre la leucémie de l'enfant ont porté leurs fruits : aujourd'hui, la survie à 5 ans d'un enfant atteint de LAL atteint les 90 % ! Et ils sont toujours plus nombreux à atteindre l'âge adulte.

Les leucémies de l'adulte

→ **Fréquence**

Tous types confondus, 1 770 nouveaux cas de leucémies ont été diagnostiqués chez des adultes de plus de 20 ans en 2014.

→ **Facteurs de risque**

Les personnes exposées professionnellement à certaines substances chimiques telles que le benzène, les pesticides ou divers solvants courent un risque plus important de développer une leucémie que la moyenne de la population. Le tabagisme pourrait également favoriser ce type de cancer.

Le risque de leucémie s'accroît lorsqu'une personne s'est trouvée exposée à une quantité importante de radioactivité. De même, un faible pourcentage (environ 3 %) des patients traités par radiothérapie ou chimiothérapie anticancéreuse développent une leucémie quelques années après la fin de leur traitement.

Enfin, une prédisposition génétique pourrait influencer l'apparition de certaines formes de leucémies, mais dans une faible mesure.

→ **Dépistage**

Il n'y a pas de dépistage systématique des leucémies.

Les leucémies aiguës

→ **Symptômes**

Les premiers symptômes d'une leucémie aiguë se manifestent brutalement, alors que la personne se portait bien jusque-là. Apparaissent alors :

- une pâleur, de la fatigue, de l'essoufflement, des palpitations, etc., du fait de l'anémie ;
- des hémorragies spontanées, des infections ne guérissant pas, des menstruations anormalement abondantes, des

pétéchies (petits points de sang sous la peau) à cause du déficit en plaquettes ;

- de la fièvre et des sueurs nocturnes, des infections à répétition en raison du manque de globules blancs.

→ Diagnostic

Après un examen physique, des analyses sanguines peuvent être demandées afin de vérifier si :

- le nombre de cellules sanguines d'un certain type est anormalement élevé ou anormalement bas ;
- le rapport entre ces cellules est anormal ;
- des cellules anormales sont présentes dans le sang.

Un examen approfondi de la moelle osseuse par ponction ou biopsie au niveau de l'os du bassin est également réalisé. Ce prélèvement est nécessaire pour révéler le type de leucémie auquel le patient est éventuellement confronté.

→ Traitement

La chimiothérapie est le traitement principal, pour détruire les cellules leucémiques. Comme les traitements s'attaquent également aux cellules sanguines saines, le patient est exposé à un risque important d'hémorragies ou d'infections qui justifie un isolement temporaire. Cette période de grande fragilité dure généralement de 2 à 5 semaines.

Dans certains cas et si le patient n'est pas trop âgé, on peut procéder à une greffe de cellules souches provenant d'un donneur sain.

Une radiothérapie du cerveau peut aussi être nécessaire à titre préventif, pour éviter des récurrences touchant le système nerveux central (cerveau et moelle épinière).

→ Vivre après une leucémie aiguë

Dans les cas de leucémie lymphoïde aiguë, une chimiothérapie (orale ou par perfusion) continuera à être administrée durant 2 à 3 ans, à plus faibles doses.

Les leucémies chroniques

→ Symptômes

Une leucémie chronique débute de manière tellement insidieuse et la prolifération des cellules anormales est tellement progressive que ce n'est qu'à un stade relativement tardif de la maladie que le patient constate une diminution de sa vitalité ou encore un gonflement des ganglions lymphatiques ou de la rate. À ce moment, la maladie évolue vraisemblablement déjà depuis plusieurs années.

En cas de leucémie myéloïde chronique, ce sont les symptômes suivants qui prédominent :

- anémie et symptômes associés, dont la fatigue ;
- augmentation de volume de la rate.

En cas de leucémie lymphoïde chronique, les principaux symptômes sont :

- gonflement des ganglions lymphatiques au niveau du cou, des aisselles et/ou de l'aîne inguinale ;
- augmentation de volume de la rate ;
- infection des voies respiratoires supérieures.

Ces anomalies peuvent, bien entendu, avoir une autre cause qu'une leucémie. Seul un examen médical permettra de déterminer leur origine.

→ Diagnostic

Lorsqu'un patient présente un ou plusieurs des symptômes décrits ci-dessus, le médecin effectue un examen physique et demande des analyses sanguines. Lorsque celles-ci montrent que le nombre de cellules sanguines d'un certain type est anormalement élevé ou anormalement bas, que le rapport entre ces cellules est anormal ou que des cellules anormales sont présentes dans le sang, des examens complémentaires sont nécessaires. Cela commencera par une ponction, voire une biopsie, de la moelle osseuse. On pourra ainsi détermi-

ner s'il y a une leucémie et si oui, de quel type.

En cas de leucémie myéloïde chronique, il peut être indiqué de réaliser une échographie ou un scanner abdominal pour mieux évaluer le volume de la rate et du foie.

En cas de leucémie lymphoïde chronique, il peut être recommandé de réaliser une radiographie ou un scanner thoracique, ainsi qu'un scanner abdominal, pour mesurer les ganglions inaccessibles à l'examen clinique, la rate et le foie.

→ **Traitement**

La leucémie lymphoïde chronique et la leucémie myéloïde chronique étant deux maladies différentes, les traitements diffèrent.

En cas de leucémie lymphoïde chronique

Face à l'évolution souvent extrêmement lente de cette forme de leucémie, le médecin peut conseiller provisoirement une simple surveillance (contrôles réguliers). D'éventuels problèmes infectieux seront traités par antibiotiques.

Si les symptômes deviennent plus sévères, il est nécessaire de commencer une chimiothérapie. Elle peut être accompagnée d'une immunothérapie par anticorps monoclonaux, qui s'attaque spécifiquement aux cellules cancéreuses. L'immunothérapie peut également être administrée seule.

Enfin, une greffe de cellules souches peut être utile pour des patients encore jeunes qui présentent une leucémie lymphoïde chronique à un stade avancé.

En cas de leucémie myéloïde chronique

Le traitement de ce type de leucémie a connu une véritable révolution ces dernières années, améliorant la survie des patients, et ce, grâce aux progrès de la recherche scientifique.

Le traitement de choix fait appel aux inhibiteurs de tyrosine kinase. Ce traitement ciblé, administré sous forme de comprimés, va inhiber les signaux que la cellule cancéreuse émet pour stimuler sa prolifération. Ce traitement doit être

pris à long terme. Bien que ciblant spécifiquement les cellules cancéreuses, il n'est pas dénué d'effets secondaires et ne peut pas être combiné à certains autres médicaments.

Une autre option est l'immunothérapie par interféron, à administrer par injection.

Enfin, un traitement par chimiothérapie emmenant à une greffe de cellules souches peut être utile à un stade avancé de la maladie ou si les autres traitements ne donnent pas satisfaction.



Et demain ?

Actuellement, des recherches visent à prélever les lymphocytes T (globules blancs capables de tuer les cellules cancéreuses) et à les modifier génétiquement afin de les rendre capables de reconnaître et de détruire les cellules leucémiques ; ils sont alors multipliés en laboratoire, puis réinjectés au patient.

Les lymphomes sont des cancers qui ont leur origine dans les ganglions lymphatiques. Il en existe de nombreux types différents, classés en deux catégories : la maladie de Hodgkin et les lymphomes non hodgkiniens.

La maladie de Hodgkin

Dans cette maladie, on observe une prolifération anormale d'un certain type de globules blancs (les lymphocytes). La maladie de Hodgkin se distingue de tous les autres types de cancers des ganglions lymphatiques par la présence de cellules malignes géantes, reconnaissables au microscope.

→ Fréquence

La maladie de Hodgkin est relativement rare. En Belgique, 355 cas ont été diagnostiqués en 2014. Elle atteint surtout des individus jeunes (15-35 ans).

→ Facteurs de risque

Les causes de la maladie de Hodgkin restent largement inconnues. On sait toutefois qu'elle est un peu plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Certains virus (virus d'Epstein-Barr, qui provoque la mononucléose, ou le VIH responsable du sida) semblent parfois associés à son développement, mais leur rôle précis reste sujet à discussion.

→ Dépistage

Il n'existe pas de dépistage systématique face à ce cancer.

→ Symptômes

La maladie débute généralement par une augmentation de volume indolore d'un ou plusieurs ganglions, souvent au ni-

veau du cou, des aisselles ou de l'aîne inguinale. Plus rarement, son point de départ se situe dans la rate ou la moelle osseuse. Contrairement à un gonflement lié à une banale infection, celui-ci perdure plus d'un mois.

La maladie s'étend aux chaînes ganglionnaires. Les lymphocytes ne fonctionnant plus correctement, les infections se développent plus facilement.

D'autres symptômes peuvent également survenir, tels que :

- une alternance entre périodes de poussée de fièvre et de température normale ;
- une perte de poids ou manque d'appétit ;
- une forte fatigue sans raison apparente ;
- une transpiration abondante, surtout la nuit ;
- des démangeaisons sur tout le corps.

→ Diagnostic

Pour pouvoir déterminer avec précision de quel type de lymphome il s'agit, une biopsie et l'examen microscopique d'un ganglion suspect sont nécessaires.

→ Traitement

Pratiquement tous les patients atteints de la maladie de Hodgkin reçoivent plusieurs cures de chimiothérapie, sur une durée de 12 à 24 semaines. Des séances de radiothérapie sont parfois administrées aux endroits où la maladie était présente.

Dans certains cas, le recours à la greffe de cellules souches de moelle osseuse peut être nécessaire.

→ Vivre après une maladie de Hodgkin

La chimiothérapie comme la radiothérapie risquent de porter atteinte à la fertilité. Pour permettre aux patientes jeunes d'avoir encore des enfants, du tissu ovarien peut être prélevé avant le début des traitements, congelé, puis réimplanté après la guérison.

Chez les hommes, s'il y a suffisamment de cellules germinales de bonne qualité dans le sperme, on envisage de congeler du sperme avant le traitement.

Les lymphomes non hodgkiniens

Ce type de lymphome est particulièrement hétérogène, se composant de plus de 30 variantes différentes, en fonction de l'apparence des cellules au microscope, de leurs caractéristiques immunologiques et moléculaires ou, encore, de leur mode de développement. Il prend le plus souvent naissance dans un ou plusieurs ganglions lymphatiques, voire dans le tissu lymphoïde de l'estomac, des poumons, de l'intestin ou de la peau. Il touche les lymphocytes B (pour 70 % des lymphomes non hodgkiniens) ou T.

→ Fréquence

Depuis une vingtaine d'années, on constate un accroissement aussi important qu'inexpliqué du nombre des lymphomes non hodgkiniens (LNH). En Belgique, 2 080 cas ont été enregistrés en 2014.

Cette maladie apparaît surtout après 45 ans et un peu plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes.

→ Facteurs de risque

On ne connaît pas encore avec précision les causes des LNH. L'hérédité n'y joue apparemment aucun rôle majeur. Le risque augmente surtout en cas de troubles de l'immunité (défenses immunitaires perturbées, maladies auto-immunes, sida ou prise de traitements immunosuppresseurs après une greffe d'organe).

Par ailleurs, certains virus (Epstein-Barr – qui provoque la mononucléose –, virus T-lymphotrope humain de type 1 – HTLV-1) pourraient aussi jouer un rôle favorisant. Enfin, l'ex-

position des agriculteurs à certains pesticides, solvants ou engrais chimiques semble associée à une fréquence accrue de lymphomes non hodgkiniens.

→ Dépistage

Il n'existe pas de dépistage systématique face à ces cancers.

→ Symptômes

Le premier signe de lymphome non hodgkinien est souvent un gonflement aisément palpable d'un ou de plusieurs ganglions lymphatiques au niveau du cou, de l'aisselle ou de l'aîne inguinale. Habituellement, ces gonflements sont indolores.

Un LNH s'accompagne de symptômes consécutifs aux dommages ou à l'augmentation de volume de l'organe concerné. Ainsi, s'il touche le thorax, la personne peut ressentir un essoufflement, de la toux ; s'il concerne l'abdomen, il peut se manifester par une digestion difficile, des nausées et vomissements, un inconfort abdominal, une masse dans l'abdomen ; s'il affecte le cerveau, il peut engendrer des maux de tête, des changements de personnalité, des crises d'épilepsie ; s'il touche la moelle osseuse, il peut provoquer des infections récurrentes, des ecchymoses.

Les autres symptômes généraux sont : fièvre de longue durée, perte de poids inexpliquée, fatigue intense, transpiration nocturne abondante, éruption cutanée qui démange.

→ Diagnostic

Une prise de sang est généralement réalisée pour identifier l'origine de ces symptômes qui ne sont pas spécifiques à un LNH.

Si un ganglion est gonflé, une ponction ou une biopsie pour examen microscopique peuvent être réalisées. En l'absence de ganglion lymphatique anormal, divers examens sont nécessaires pour localiser l'anomalie responsable des symptômes.

Comme du tissu lymphatique est présent dans l'arrière-gorge et les fosses nasales, un prélèvement peut également être réalisé chez un ORL pour analyse.

→ **Traitement**

Le traitement dépendra notamment du type de lymphome, de son degré d'agressivité, du stade de la maladie, de ses facteurs pronostiques, mais aussi de l'âge et de l'état général du patient.

Si le lymphome est d'évolution très lente, il se peut même que l'on se passe de traitement, mais la maladie sera alors surveillée de près et des traitements seront entamés si nécessaire.

Les patients atteints de lymphome non hodgkinien peuvent être traités par radiothérapie et chimiothérapie. Parfois, une combinaison de ces deux traitements est proposée.

L'immunothérapie, qui repose sur l'administration d'anticorps monoclonaux destinés à se fixer sur les lymphocytes B, peut être utilisée pour éliminer ces cellules dans certains types de lymphomes. Les anticorps, combinés à de la chimiothérapie, peuvent aussi rendre les cellules cancéreuses plus sensibles au traitement. Dans certains cas, on recourt également à une greffe de cellules souches.

Le myélome multiple (ou maladie de Kahler)

Le myélome multiple est la conséquence d'une prolifération de plasmocytes anormaux dans la moelle osseuse. Les plasmocytes sont une variété de globules blancs qui sécrètent un type particulier d'anticorps appelé paraprotéine ou protéine M. Cette prolifération perturbe l'entière production des cellules sanguines produites par la moelle osseuse (globules rouges, globules blancs et plaquettes). Par ailleurs, les plasmocytes anormaux peuvent envahir différents os et les affaiblir (avec des douleurs et un risque accru de fractures).

→ **Fréquence**

Cette maladie apparaît surtout après 60 ans et touche un peu plus souvent l'homme que la femme. En 2014, 824 nouveaux cas ont été recensés en Belgique.

→ **Facteurs de risque**

Des chercheurs ont découvert chez pratiquement tous les patients atteints de la maladie de Kahler une anomalie touchant un ou plusieurs chromosomes des plasmocytes malins. Néanmoins, le lien entre cette anomalie et l'apparition du myélome multiple n'a pas encore pu être clairement identifié.

Une inflammation chronique qui sollicite les plasmocytes pourrait favoriser la multiplication de plasmocytes anormaux.

→ **Dépistage**

Il n'existe pas de dépistage systématique face à ce cancer.

→ **Symptômes**

Les symptômes n'apparaissent que lorsque la maladie est déjà à un stade avancé. Des douleurs osseuses sont souvent le premier symptôme. Elles débutent généralement au niveau du dos, mais peuvent s'étendre aux côtes, au cou ou au bassin, et s'intensifient généralement au fil du temps. Parfois, les douleurs apparaissent brutalement en raison d'un tassement vertébral ou d'une fracture plus ou moins spontanée d'une côte ou d'un os long par exemple.

On peut aussi observer au niveau des os des excroissances douloureuses dues à la prolifération locale des plasmocytes. Une douleur dans certains organes (comme les reins) peut aussi être le signe d'une accumulation de protéines M.

D'autres signes peuvent aussi apparaître comme :

- une faiblesse osseuse (ostéoporose) ;
- une fatigue, un essoufflement, une pâleur dus à l'anémie ;

- des infections fréquentes ;
- de la fièvre ;
- des saignements fréquents et abondants ;
- une perte de poids ;
- une sensation inhabituelle de soif ;
- des nausées, vomissements, un manque d'appétit ;
- de la somnolence et de la confusion, etc.

→ Diagnostic

Un examen sanguin permettra de déterminer la vitesse de sédimentation du sang, particulièrement accrue chez les patients atteints de cette pathologie. Toujours dans le sang, on recherche la présence d'une protéine spécifique : la paraprotéine de Bence-Jones, qui entraîne une forte présomption de maladie de Kahler. La paraprotéine peut également se retrouver dans les échantillons d'urine.

Une biopsie de la moelle osseuse par ponction au niveau du sternum ou du bassin est souvent indispensable. Elle permet de mettre en évidence une augmentation du taux de plasmocytes.

Enfin, l'imagerie médicale (radiographie, scanner, IRM, scintigraphie) peut s'avérer nécessaire pour déterminer si certains os sont envahis ou non.

→ Traitement

Le traitement ne sera pas nécessaire si le myélome est à un stade très peu avancé. Il sera alors surveillé de près.

Différents traitements permettent de contrôler la maladie et de soulager les symptômes.

Les traitements ciblés visent directement les gènes anormaux ou des protéines spécifiques des cellules cancéreuses. Ils peuvent également cibler les cellules normales dont les cellules cancéreuses se servent pour favoriser leur croissance et leur multiplication. Ainsi, certaines molécules (lenalidomide et thalidomide) bloquent la croissance des cellules cancéreuses dans la moelle osseuse et stimulent les défenses

immunitaires. D'autres (bortezomib) perturbent le recyclage des protéines anormales dans les cellules cancéreuses ; les protéines anormales vont alors s'accumuler et provoquer la mort des cellules cancéreuses.

Ce traitement peut s'accompagner d'une chimiothérapie, voire de l'administration de corticoïdes qui renforcent l'action de la chimiothérapie.

Les greffes de cellules souches peuvent être réalisées chez des patients en bon état général, après une chimiothérapie. La greffe peut être autologue (les cellules souches sont prélevées chez le patient avant le début du traitement, puis réinjectées) ou allogénique (les cellules souches proviennent d'un donneur sain).

Une radiothérapie peut également être proposée, par exemple, lorsque le patient souffre de douleurs dans le dos ou dans le cou ou s'il y a risque de fracture.

→ Vivre après un myélome multiple

À la suite du myélome multiple, la synthèse des globules rouges, des globules blancs et des plaquettes sanguines peut devenir insuffisante, provoquant anémie, infections ou hémorragies.

Le déficit en globules rouges ou en plaquettes peut être combattu au moyen de transfusions sanguines ou par l'administration d'érythropoïétine (EPO) pour stimuler la production de globules rouges.

Le risque d'infections des voies respiratoires ou urinaires est augmenté. Il faut, dès lors, consulter son médecin en cas de fièvre. La prise d'antibiotiques est souvent nécessaire.

Enfin, contre le risque de fractures osseuses, des traitements permettant de limiter la décalcification des os et l'hypercalcémie (augmentation du taux de calcium dans le sang) peuvent être nécessaires. Des biphosphonates peuvent être administrés dans ce but.

La douleur (particulièrement celle de type névralgique) peut aussi persister, mais peut être traitée par antidouleurs.

On distingue trois types principaux de cancers cutanés en fonction des cellules à partir desquelles ils se développent :

- les mélanomes ;
- les carcinomes basocellulaires ;
- les carcinomes spinocellulaires.

Les mélanomes se forment au départ des cellules pigmentaires (les mélanocytes, qui produisent le pigment de la peau). Même si c'est exceptionnel, d'autres organes que la peau peuvent être le point de départ de ce cancer. Ainsi, on connaît de rares cas de mélanome de l'œil, voire de la muqueuse de la bouche ou du nez. Les carcinomes, quant à eux, se développent au départ des cellules de la peau proprement dites.

Les mélanomes

→ Fréquence

En Belgique, 2 925 cas de mélanome ont été diagnostiqués en 2014. Ce chiffre ne tient pas compte de nombreuses lésions débutantes qui échappent souvent à l'enregistrement.

→ Facteurs de risque

Les facteurs de risque du mélanome semblent être de deux types : individuels et environnementaux.

Parmi les facteurs individuels, on peut citer :

- le type de peau : les personnes au teint clair, qui attrapent rapidement des coups de soleil et ne bronzent pas ou difficilement, courent un risque majeur ;
- la présence de nombreuses taches pigmentaires (*naevi* ou « grains de beauté »), irrégulières et multicolores (appelées aussi dysplasiques), de grande taille ;

- des facteurs génétiques : dans certaines familles, on rencontre une fréquence anormalement élevée de mélanomes ;
- quant aux autres causes du cancer de la peau, notons enfin que les mélanomes sont plus fréquents que la moyenne en cas d'antécédents personnels ou familiaux de la maladie de Parkinson.

En ce qui concerne les facteurs environnementaux, il existe une relation avec l'exposition aux rayonnements ultraviolets (soleil et banc solaire). Les coups de soleil sévères, surtout pendant l'enfance, augmentent le risque de mélanome à l'âge adulte.

→ Dépistage

Des campagnes de dépistage sont organisées en Belgique à l'initiative des dermatologues (Euromelanoma). Il est possible d'y participer à titre individuel, sur base volontaire.

Le mélanome peut, en effet, être dépisté précocement grâce à la surveillance des taches pigmentées à l'aide d'un dermatoscope, sorte de grosse loupe posée directement sur la peau par un dermatologue. L'avantage du dépistage précoce est qu'il permet de traiter des tumeurs à un stade débutant, avec d'excellentes chances de guérison moyennant un traitement local.

Chaque adulte, surtout s'il fait partie d'un groupe à risque (voir facteurs de risque), devrait surveiller épisodiquement ses grains de beauté, à la recherche des cinq critères suivants (définis sous le nom de règle ABCDE) : Asymétrie de sa forme ou son épaisseur, Bords irréguliers, Couleur non homogène (souvent très foncée), Diamètre de plus de 5 mm, Évolution (changement d'aspect, de taille, de couleur, d'épaisseur). En cas d'anomalie, il est alors conseillé de consulter son dermatologue.

Par ailleurs, toute nouvelle tache pigmentée chez l'adulte doit attirer l'attention, surtout si elle présente les caractéristiques décrites ci-dessus.

→ Symptômes

Les manifestations susceptibles de révéler un mélanome débutant apparaissent souvent au niveau de grains de beauté préexistants. Il peut s'agir :

- de saignements ;
- de démangeaisons ;
- de la formation d'une blessure avec une croûte.

Tous les mélanomes n'ont pas toujours une couleur sombre. Il peut, en effet, arriver que des cellules pigmentaires devenues cancéreuses ne forment plus de pigments.

→ Diagnostic

Une lésion suspecte exige un examen complémentaire au dermatoscope. En cas de doute, le médecin réalise une biopsie sous anesthésie locale. Les petites lésions sont généralement enlevées en totalité, mais, face à une tache pigmentée étendue, on peut se contenter d'en prélever un petit fragment. Si l'examen microscopique du tissu prélevé confirme la présence d'un mélanome, un traitement chirurgical plus étendu devra alors être pratiqué.

Le médecin palpe également les ganglions lymphatiques situés à proximité de la lésion afin de déterminer si ceux-ci sont anormalement durs ou augmentés de volume, ceci peut en effet indiquer la présence d'un envahissement à leur niveau.

→ Traitements

Le traitement d'un mélanome commence toujours par son enlèvement chirurgical. Sur la base de l'épaisseur de la tumeur, les médecins évaluent la quantité de peau qu'il faut éliminer tout autour de la lésion (zone de sécurité). Cette « excision définitive » se pratique souvent sous anesthésie locale, parfois sous anesthésie générale. Si nécessaire, une greffe de peau sera réalisée.

Le chirurgien peut également prélever un ou plusieurs ganglions lymphatiques à proximité du mélanome, afin de

vérifier s'ils sont ou non atteints par les cellules cancéreuses. L'examen du ganglion sentinelle s'avère alors utile : il est le premier ganglion censé être touché en cas d'envahissement par les cellules cancéreuses. Le repérage, l'exérèse et l'examen de ce ganglion au microscope permettent la mise en évidence d'éventuelles métastases microscopiques. Si tel est le cas, tous les autres ganglions de cette zone sont alors également retirés et analysés. Par contre, si le ganglion sentinelle est indemne, ce ne sera pas nécessaire.

Plus un mélanome est épais, plus le risque existe que des cellules cancéreuses aient pu disséminer dans la peau ou atteindre d'autres organes (métastases dans les poumons, le foie, le cerveau, etc.). En général, une chimiothérapie est proposée à ces patients.

La radiothérapie constitue également une option, moins fréquemment utilisée que les autres méthodes de traitement.

L'immunothérapie vise à renforcer les mécanismes de défense immunitaire du patient vis-à-vis des cellules cancéreuses encore présentes après les autres traitements du cancer de la peau ou en cas de rechute. De fortes doses d'interféron peuvent être administrées dans ce but, mais leurs effets secondaires ne sont pas négligeables.

Différents essais de vaccinations thérapeutiques sont en cours, dans le cadre de recherches cliniques. Par ailleurs, un nouveau traitement d'immunothérapie améliore fortement la survie de certains patients atteints d'un mélanome avec métastases. Mais ce traitement s'accompagne d'effets secondaires parfois intenses.

Issue de la recherche fondamentale, une nouvelle génération de médicaments ciblés est testée, dans le cadre de recherches cliniques, face aux mélanomes.

Comme leur nom l'indique, les traitements ciblés agissent de façon très spécifique. Ils sont dirigés contre une « cible » précise au niveau des cellules cancéreuses. La présence de ces « cibles » est indispensable pour que le traitement agisse. Or tous les cancers n'en sont pas porteurs. C'est pourquoi

une sélection très précise des patients doit être réalisée avant d'envisager ce type de traitement.

Plusieurs chercheurs belges, soutenus par la Fondation contre le Cancer, se sont particulièrement distingués dans le développement de ces vaccins et autres traitements ciblés.

→ **Vivre après un mélanome**

Des contrôles réguliers seront effectués pour vérifier l'absence de récurrence. L'examen de la cicatrice et de la zone de peau entre la cicatrice et les ganglions lymphatiques est essentiel. On estime généralement qu'un suivi de 5 ans est suffisant dans le cas de mélanomes très superficiels. Pour les mélanomes plus épais, la durée de suivi sera de 10 ans.

Tout changement hormonal chez la femme (prise de pilule, grossesse, etc.) pourrait favoriser l'émergence de métastases. Dans le doute, mieux vaut discuter avec son médecin de l'opportunité d'attendre pour une future grossesse ou de pratiquer une autre méthode contraceptive.

Le gène BRAF au centre de nombreuses recherches

L'identification du gène BRAF constitue une avancée importante de la recherche scientifique dans le cas du mélanome, mais aussi dans d'autres cancers. Sa mutation, observée dans au moins 50 % des cas de mélanome et dans 7 % de l'ensemble des tumeurs humaines, aboutit à la fabrication d'une protéine anormale ! Le but des chercheurs est de développer des médicaments capables d'inhiber la protéine anormale pour freiner la prolifération des cellules cancéreuses.



Les carcinomes baso- et spinocellulaires

→ **Fréquence**

Il s'agit des cancers cutanés de loin les plus fréquents. Les cas enregistrés en 2014 indiquent qu'ils ont atteint 3 858 hommes et 2 773 femmes, mais les chiffres sont plus élevés dans la réalité, la plupart d'entre eux, découverts à un stade débutant, n'étant pas enregistrés. Il est donc impossible de préciser leur nombre exact. Les carcinomes basocellulaires surviennent surtout à partir de la quarantaine. Les carcinomes spinocellulaires, moins fréquents, apparaissent généralement chez les 60 ans et plus.

→ **Facteurs de risque**

L'exposition exagérée aux rayons ultraviolets naturels (soleil) et artificiels (banc solaire et autres lampes à UV) représente le principal facteur de risque.

Les personnes à peau claire, qui sont sujettes aux coups de soleil et bronzent difficilement sont particulièrement concernées.

Les patients qui prennent des médicaments immunosuppresseurs (pour diminuer le risque de rejet après une transplantation d'organe par exemple) courent également un risque accru.

Quelqu'un qui a reçu durant son enfance un traitement par irradiation court également un risque accru de cancer cutané au niveau de la zone de peau irradiée.

Un cancer peut apparaître à n'importe quel endroit de la peau, mais ce sont les zones les plus exposées au soleil à longueur de vie (visage, cou, bras et mains) qui sont le plus souvent atteintes.

→ **Dépistage**

Il n'existe pas de dépistage systématique face à ces cancers.

→ Symptômes

Le carcinome basocellulaire se manifeste surtout au niveau du visage, l'emplacement le plus fréquent étant le nez. Le patient constate un petit bouton brillant, translucide, qui grandit très lentement. Parfois, on peut y voir des vaisseaux sanguins dilatés. Une petite dépression à bordure nacréée se développe ultérieurement, au centre de la lésion. Parfois, une croûte ou une petite plaie indolore se forme.

Ce type particulier de cancer de la peau – le plus fréquent, puisqu'il concerne 75 % des cas – ne donne presque jamais naissance à des métastases. Il s'agit de la forme la moins dangereuse de cancer cutané.

Le carcinome spinocellulaire apparaît surtout au niveau du visage, du dos des mains, voire du cuir chevelu des personnes « dégarnies ». Il se développe parfois au départ d'une lésion précancéreuse de la peau, appelée kératose actinique. Il s'agit d'une plaque rugueuse sur la peau, qui ressemble à une verrue ou à un eczéma surmonté d'une croûte. Le plus souvent, un carcinome spinocellulaire débute par une tache rouge rosée ou par un petit nodule, présentant parfois un peu de desquamation ou la formation d'une croûte. Par la suite, une ulcération peut également apparaître. Cette lésion se transformera, dans 10 à 20 % des cas, en carcinome spinocellulaire.

Sa croissance est plus rapide que celle du carcinome basocellulaire. En l'absence de traitement, il finit par donner naissance à des métastases, généralement via les ganglions lymphatiques situés à proximité de la tumeur. Le carcinome spinocellulaire est, par conséquent, plus agressif que le basocellulaire.

→ Diagnostic

Si le dermatologue suspecte un cancer cutané, il prélève un petit morceau de tissu, habituellement sous anesthésie locale (biopsie). Un anatomopathologiste examine ensuite l'échantillon au microscope pour confirmer la présence d'un cancer et préciser sa nature exacte.

→ Traitements

Le traitement dépend du type de cancer, de l'emplacement, de la taille et du degré d'extension de la tumeur, ainsi que de l'âge du patient.

Dans la majorité des cas, un traitement chirurgical est proposé afin d'éliminer la tumeur dans sa totalité, parfois sous simple anesthésie locale. Une anesthésie générale peut s'avérer nécessaire lorsque la tumeur est particulièrement étendue ou s'est développée en profondeur. Si elle est étendue, une greffe de peau peut également être nécessaire.

S'il y a des métastases au niveau des ganglions lymphatiques situés à proximité de la tumeur, ces ganglions devront être enlevés chirurgicalement ou irradiés.

La thérapie photodynamique est un traitement récent permettant de rendre les cellules de la peau anormales ou malignes extrêmement sensibles à la lumière. Ces cellules sont ensuite exposées à une source de lumière intense, ce qui les tue. Après quelques semaines, de nouvelles cellules cutanées saines les remplacent.

En cas de carcinome basocellulaire superficiel, il est parfois possible d'appliquer localement une crème qui va freiner la multiplication cellulaire ou détruire les cellules. Il s'agit d'une chimiothérapie locale. Mais d'autres crèmes reposent sur l'immunothérapie : la substance qu'elles contiennent stimule le système immunitaire, afin de l'aider à éliminer les cellules cancéreuses.

Le laser ou la cryothérapie (traitement par le froid) peuvent être utilisés dans les stades précancéreux (kératose actinique) ou face à certains carcinomes basocellulaires.

La radiothérapie est rarement utilisée, mais peut être envisagée pour les tumeurs inopérables.

→ Vivre après un cancer de la peau

Un suivi rigoureux est indispensable pour repérer d'autres lésions qui apparaîtraient sur d'autres zones de la peau. Le risque de métastases persiste 5 à 10 ans après un carcinome

spinocellulaire, mais seulement 2 à 5 ans après un carcinome basocellulaire.

Les personnes qui ont eu un cancer cutané doivent éviter, autant que possible, les expositions aux rayons UV : se couvrir est dès lors indispensable, tout comme éviter les heures « chaudes » et utiliser les écrans solaires de haute protection.

Le saviez-vous ?

Les lèvres peuvent également être le point de départ d'un cancer de la peau et elles illustrent bien la responsabilité du soleil dans son apparition. En effet, c'est presque toujours la lèvre inférieure, beaucoup plus exposée aux ultraviolets, qui est atteinte.



ZONE TÊTE ET COU

Les cancers de la zone « tête et cou » regroupent les cancers du cerveau (le plus fréquent), de la bouche, de la rétine, des sinus et fosses nasales, du pharynx et du larynx.

Les cancers du cerveau

Il existe plusieurs types de tumeurs cérébrales. On les classe en fonction des cellules dont elles sont issues :

- les tumeurs gliales touchent les cellules qui entourent les cellules nerveuses. Il s'agit des tumeurs du cerveau les plus courantes. Elles se subdivisent en différentes catégories, comme les glioblastomes, les astrocytomes, les oligodendrogliomes ou les épendymomes ;
- les autres tumeurs trouvent leur origine dans d'autres tissus. Il s'agit des méduloblastomes, des méningiomes, des schwannomes ou des craniopharyngiomes.

→ Fréquence

En Belgique, 836 nouveaux cas de cancer du cerveau ont été enregistrés en 2014. Si leur fréquence augmente avec l'âge, il peut toucher des enfants : il est d'ailleurs le 2^e cancer le plus fréquent chez eux, après les leucémies.

→ Facteurs de risque

Dans la plupart des cas, aucune cause particulière n'est identifiée. Un certain nombre de facteurs de risque sont néanmoins connus :

- une prédisposition familiale aux tumeurs gliales. Dans 5 % des cas, une anomalie génétique héréditaire est relevée ;
- une exposition professionnelle aux radiations ou à certaines substances chimiques (formaldéhyde, chlorure de vinyle, acrylonitrile) ;

- le fait d'être de sexe masculin.

La question de l'utilisation du GSM continue de susciter le débat. Les résultats actuels n'établissent pas de lien indiscutable entre les tumeurs cérébrales et l'utilisation du GSM. Mais les ondes émises par les GSM étant classées par l'IARC dans la catégorie des cancérigènes possibles, les recherches doivent donc être poursuivies.

→ Dépistage

Il n'existe pas de dépistage systématique face à ces cancers.

→ Symptômes

Les symptômes varient selon la taille de la tumeur, sa nature et sa localisation. Les plus fréquents sont :

- maux de tête (surtout le matin) ;
- nausées et vomissements ;
- perturbations de l'élocution, de la vision ou de l'audition ;
- problèmes d'équilibre ou de coordination des gestes ;
- perturbations de l'humeur ou troubles de la personnalité ;
- troubles de la mémoire ;
- difficultés à se concentrer ;
- secousses ou spasmes musculaires ;
- engourdissement des membres ou picotements dans les pieds et les mains.

Aucune de ces anomalies n'est automatiquement associée à une tumeur cérébrale. C'est leur persistance qui doit alerter.

→ Diagnostic

Lorsqu'il suspecte une tumeur cérébrale, le médecin réalise d'abord un bilan neurologique complet (force musculaire, réflexes, examens des yeux et de la réaction des pupilles, etc.) dans le but de déterminer la zone du cerveau atteinte, car chaque territoire cérébral a une fonction particulière.

Une prise de sang peut mettre en évidence des marqueurs spécifiques aux tumeurs cérébrales.

L'imagerie médicale (scanner, résonance magnétique nucléaire, visualisation des vaisseaux sanguins – angiographie – etc.) est souvent révélatrice de la tumeur. Si une tumeur est décelée, une biopsie des tissus sera parfois nécessaire pour en déterminer la nature exacte et le degré d'agressivité. La biopsie guidée par CT-scan ou IRM permet de réaliser des prélèvements de manière très précise (biopsie stéréotaxique) ou de visualiser le cerveau en 3D (neuronavigation).

→ Traitements

En fonction du type de tumeur, de sa taille et de sa localisation, différents traitements peuvent être envisagés.

La chirurgie peut être réalisée pour retirer la tumeur entière ou en enlever une partie pour ralentir sa progression, améliorer les symptômes et permettre aux autres traitements d'être plus efficaces. Elle peut aussi consister à poser un drain (*shunt*) pour réduire la pression intracrânienne.

L'opération la plus fréquente est la craniotomie : les os du crâne sont sectionnés pour pouvoir intervenir au niveau du cerveau. Les techniques de plus en plus sophistiquées permettent une précision toujours plus grande, pour préserver les zones cérébrales saines et limiter les séquelles.

La radiothérapie : il peut s'agir d'une radiothérapie classique ou de techniques extrêmement ciblées qui concentrent une forte dose d'irradiation dans une zone préalablement définie. On parle alors de radiochirurgie (par Gamma Knife, Cyberknife, Novalis, etc.).

La chimiothérapie : elle est administrée soit pour réduire le risque de récurrence après chirurgie, soit pendant ou après la radiothérapie pour en améliorer l'efficacité, soit encore en cas de récurrence d'une tumeur du cerveau.

L'administration de traitements ciblés : certains visent, par exemple, à freiner la formation de nouveaux vaisseaux sanguins (traitements anti-angiogénèse), dans le cadre de certaines tumeurs.

Enfin, l'administration de médicaments contre les symp-

tômes : des corticoïdes contre l'œdème responsable de l'augmentation de pression dans le crâne, les antiépileptiques contre les convulsions, etc.

→ **Vivre après un cancer du cerveau**

Le cancer ou ses traitements peuvent avoir occasionné des dégâts au cerveau, provoquant des troubles de l'élocution, de la coordination des mouvements, de l'équilibre ou encore de la cognition. Un suivi par des spécialistes (neuropsychologue, ergothérapeute, orthophoniste, etc.) peut alors aider le patient à réduire ces séquelles ou à trouver des moyens de les contourner.

Les métastases cérébrales

Le cerveau peut être envahi par des métastases issues d'autres cancers (sein ou poumon par exemple). Dans ce cas, il ne s'agit pas de tumeurs cérébrales puisqu'un cancer est toujours déterminé et traité en fonction de son point de départ.

Les cancers du pharynx

Véritable carrefour entre les voies digestives et les voies aériennes, le pharynx est situé entre les fosses nasales et le larynx, en arrière de la cavité buccale. Il se compose du nasopharynx, de l'oropharynx, de l'hypopharynx et des sinus piriformes. Un cancer peut se développer à ces différents niveaux.

→ **Fréquence**

Il s'agit de cancers peu fréquents en Belgique, avec 544 nouveaux cas recensés en 2014. Ils surviennent principalement chez l'homme, entre 45 et 65 ans.

→ **Facteurs de risque**

Les principaux facteurs de risque sont le tabac et l'alcool qui renforcent mutuellement leurs effets nocifs. Le risque est encore accru si l'on exerce une profession exposant à l'inhalation de poussières (poussières de bois, d'amiante, etc.) ou de substances toxiques (dérivés du nickel, vapeurs d'acide sulfurique, hydrocarbures, peintures, etc.). Un autre facteur de risque pour ce type de cancer est les infections chroniques par certains virus HPV, transmis lors de relations sexuelles (sexe oral).

→ **Dépistage**

Il n'existe pas de dépistage systématique face à ces cancers.

→ **Symptômes**

Les premières anomalies sont généralement tardives, discrètes et confondues avec l'irritation de la gorge typique chez les fumeurs. De ce fait, elles sont souvent négligées. Ces symptômes peuvent évoluer vers une gêne ou une douleur d'un seul côté de la gorge, une sensation de corps étranger ou d'angine traînante d'un seul côté, une difficulté à avaler, parfois accompagnée de douleur qui irradie vers l'oreille, ou encore l'apparition d'un ganglion indolore à l'angle de la mâchoire ou au niveau du cou.

→ **Diagnostic**

Une endoscopie est généralement réalisée pour visualiser l'ensemble des voies aériennes et digestives supérieures. À cette occasion, des biopsies sont prélevées pour examen microscopique. Un scanner de la gorge et une radiographie des poumons complètent le bilan.

→ **Traitements**

Les traitements varient en fonction de la localisation du cancer :

- Cancers du nasopharynx : le traitement premier est la radiothérapie, souvent en combinaison avec de la chimiothérapie. La chirurgie peut être ensuite nécessaire pour enlever des ganglions.
- Cancers de l'oropharynx : ils sont principalement traités par la chirurgie, éventuellement complétée par une radiothérapie par voie externe, une brachythérapie (radiothérapie interne : un implant radioactif est mis en contact avec la tumeur), de la chimiothérapie ou une biothérapie (thérapie ciblée, destinée à empêcher les cellules tumorales de se développer).
- Cancers de l'hypopharynx : ils sont traités par radiothérapie, chirurgie, chimiothérapie, traitement au laser pour détruire les petites tumeurs, traitements ciblés (anticorps monoclonal qui bloque le facteur de croissance des cellules cancéreuses).

Alcool et tabac : un cocktail éminemment nocif

Un fumeur de plus de 20 cigarettes par jour, qui boit quotidiennement du vin, de la bière et/ou des apéritifs, a 100 fois plus de risques de développer un cancer du pharynx qu'un non-fumeur qui ne boit pas d'alcool.



SYSTÈME HORMONAL

Les cancers de la thyroïde

La thyroïde est un organe situé à la base du cou, en avant de la trachée. Sa fonction principale est la sécrétion d'hormones riches en iode.

Il existe différents types de cancers de la thyroïde qui peuvent présenter des degrés d'agressivité variables, certains étant d'évolution lente.

→ **Fréquence**

Avec 1 072 nouveaux cas diagnostiqués en 2014, les cancers de la thyroïde restent relativement rares en Belgique. On note une nette prédominance féminine (805 cas). Une augmentation de leur incidence est cependant constatée depuis plus de 20 ans. Elle est notamment liée à une meilleure détection.

→ **Facteurs de risque**

Une irradiation dans la région du cou, surtout lorsque celle-ci a eu lieu pendant l'enfance, entraîne un risque de cancer de la thyroïde même plusieurs dizaines d'années plus tard. Une contamination par de l'iode radioactif est également un facteur de risque. Cependant, l'administration de petites doses de produits radioactifs à visée diagnostique (scintigraphie par exemple) ne présente pas de danger particulier.

→ **Dépistage**

Il n'existe pas de dépistage systématique face à ces cancers.

→ **Symptômes**

On suspecte un cancer de la thyroïde en cas d'apparition d'un nodule à la base du cou, d'un ganglion lymphatique gonflé, d'un goitre présent de longue date qui se met à augmenter de

volume, de difficultés à avaler ou d'un enrouement persistant causé par la paralysie d'une corde vocale.

→ **Diagnostic**

Le diagnostic repose principalement sur l'échographie pour préciser la taille du nodule et déterminer sa nature : solide, liquide ou mixte.

La scintigraphie consiste à injecter de l'iode radioactif afin d'en étudier la fixation par le nodule. On parle de nodule froid en cas de fixation faible et de nodule chaud en cas de fixation importante.

Un nodule solide et froid est suspect, même si, dans une majorité de cas, il ne s'agira pas d'un cancer. Pour s'en assurer, une cytoponction du nodule à l'aiguille fine et l'analyse microscopique des cellules ainsi obtenues permettront de confirmer le diagnostic.

→ **Traitements**

Selon la présence d'un ou de plusieurs foyers tumoraux, une moitié ou la totalité de la thyroïde sera enlevée chirurgicalement. L'ablation des ganglions situés autour de la thyroïde peut être réalisée pour vérifier s'ils sont ou non atteints par des cellules cancéreuses en provenance de la tumeur.

En cas d'extension locale ou de métastases, des tests seront réalisés pour vérifier si les cellules tumorales fixent l'iode. Si tel est le cas, une injection d'une forte dose d'iode radioactif (iode 131) permettra de les détruire.

Dans certains cas, de la radiothérapie classique ou une chimiothérapie peuvent être proposées.

→ **Vivre après un cancer de la thyroïde**

La prise d'hormone thyroïdienne, adaptée en fonction de dosages sanguins, permet de compenser l'absence ou l'insuffisance de production par la thyroïde de cette hormone indispensable au bon fonctionnement de l'organisme.

Le suivi repose sur le dosage de thyroglobuline dans le

sang, protéine de stockage des hormones thyroïdiennes, produite par la thyroïde. Leur absence est signe de guérison.

LES PRINCIPAUX TRAITEMENTS

Chaque cas de cancer est unique. C'est ce qui ressort de plus en plus des connaissances acquises au fil des recherches menées sur les cancers : type de cancer, degré d'extension de la maladie, âge et état général du patient, mais aussi profil génétique ou épigénétique de la tumeur, etc. Et, puisque chaque cas est unique, le traitement est établi au cas par cas, lors d'une consultation oncologique multidisciplinaire (COM), qui regroupe les différents spécialistes impliqués directement ou indirectement dans le traitement d'un type de cancer. Chacun apporte son expérience, son expertise pour éclairer le diagnostic ainsi que le choix des traitements pour chaque patient. Voilà dix ans que ces COM ont été instaurées et financées ; on a constaté qu'elles contribuent de façon importante à la qualité des soins.

Grâce à la recherche scientifique, l'éventail des possibilités de traitement s'est étendu ces dernières années, de nouvelles voies se sont ouvertes, toujours plus ciblées, voire individualisées... Elles ne remplacent toutefois pas l'arsenal thérapeutique traditionnel, mais le complètent pour le rendre plus performant.

LA CHIRURGIE

La chirurgie est certainement la technique la plus ancienne utilisée pour soigner les cancers. De l'anesthésie à la microchirurgie, de nombreux progrès ont été réalisés, permettant d'opérer plus efficacement de nombreux malades tout en veillant à leur offrir la meilleure qualité de vie possible.

La chirurgie est un traitement local du cancer qui a différents objectifs. Elle a avant tout pour but de traiter la tumeur. La chirurgie permet à elle seule de guérir une tumeur débutante, découverte à un stade précoce. Par précaution, le chirurgien enlève une certaine épaisseur de tissu sain tout autour de la tumeur. Lorsque le cancer est volumineux ou situé dans une zone délicate, la chirurgie est parfois précédée par de la radiothérapie ou de la chimiothérapie. Le but est de réduire le volume tumoral afin de pouvoir recourir ensuite à une chirurgie moins mutilante. Parfois la chirurgie est suivie par une radiothérapie, notamment pour réduire le risque de récurrence (réapparition) locale de certains cancers.

En cas de séquelles physiques importantes (amputations, cicatrices), le patient peut avoir recours à la chirurgie reconstructrice ou réparatrice. Souvent réalisée après la fin des traitements, elle peut, dans certains cas, se faire en même temps que l'intervention initiale.

Enfin, la chirurgie peut également être palliative. Elle consiste, par exemple, à éviter l'obstruction d'un organe par la tumeur en créant une dérivation interne ou externe.

LA RADIOTHÉRAPIE

La radiothérapie utilise des rayonnements de très haute énergie. Leur but est de détruire les cellules cancéreuses. On estime que 6 patients atteints d'un cancer sur 10 devront recevoir des « rayons » à un moment ou à un autre dans leur parcours thérapeutique.

La radiothérapie a bénéficié de progrès considérables, permettant de mieux cibler les tumeurs en préservant au

maximum le tissu sain environnant et, de ce fait, en diminuant largement les effets secondaires.

La radiothérapie peut être externe ou interne.

→ La radiothérapie externe

Les rayons sont produits par un accélérateur linéaire de particules, puis dirigés très précisément vers la zone à irradier (déterminée au préalable avec un maximum de précision). Les rayons vont traverser la peau et différents organes avant d'atteindre la tumeur. Ce type de traitement ne nécessite généralement pas d'hospitalisation. Différentes approches de radiothérapie externe peuvent être envisagées, mais toutes ont pour objectif de cibler le plus précisément possible la tumeur et de préserver le mieux possible les tissus voisins, sains. Ce qui est encore plus important dans certaines zones du corps, comme le cerveau. On utilisera dans certains cas un équipement de type Gamma Knife, particulièrement précis.

→ La protonthérapie

Alors que la très grande majorité des appareils de radiothérapie produisent des faisceaux de photons ou d'électrons, cette technique utilise un faisceau de protons. Le recours à des protons permet de réduire la dose d'irradiation dans les tissus traversés par les rayons avant d'atteindre la tumeur et de ne pratiquement pas irradier les tissus situés derrière la tumeur.

→ Le Mobetron

Contrairement aux autres techniques, celle-ci permet d'irradier une zone précise, « sur le lit tumoral », c'est-à-dire pendant l'opération chirurgicale. Il est donc possible d'irradier à haute dose le site où se situait une tumeur du sein par exemple, juste après avoir retiré celle-ci. L'avantage est de visualiser précisément le site qui doit être traité, d'écartier les tissus sains du faisceau et d'administrer le traitement en une seule fois : une séance de Mobetron remplace la trentaine

de séances de radiothérapie classique souvent préconisées. Reste à évaluer l'efficacité à long terme de cette technique par rapport à la radiothérapie classique.

→ La radiothérapie interne

Des implants radioactifs sont mis au contact direct de la tumeur ou à proximité immédiate de celle-ci (curiethérapie ou brachythérapie). La dose de rayonnements est forte au niveau de la zone à traiter et diminue au niveau des tissus sains, ce qui les préserve dans une certaine mesure. Lorsque ces implants sont temporaires, ils sont laissés en place quelques jours. Il est alors nécessaire d'hospitaliser le malade en chambre isolée et protégée pendant cette courte période. D'autres implants peuvent être définitifs. Il s'agit, par exemple, de grains d'iode 125 ou de palladium 103 qui vont délivrer la dose nécessaire, mais perdent très rapidement leur radioactivité. C'est ce qui explique qu'ils ne constituent pas un risque pour l'entourage du patient.

L'immunocuriethérapie est une autre option où la substance radioactive est fixée à un anticorps monoclonal qui se comporte comme une « tête chercheuse » visant les cellules cancéreuses. Ces dernières seront irradiées et détruites sélectivement par la substance radioactive.

Ces techniques sont toujours encadrées par une dosimétrie précise (le plus souvent informatisée) qui vise à déterminer rigoureusement les doses d'irradiations reçues par le tissu sain et par le tissu tumoral, et à calculer le temps d'implantation.

LA CHIMIOTHÉRAPIE

Le plus souvent, une chimiothérapie est composée d'une association de plusieurs médicaments qui agissent selon des mécanismes différents. Ainsi, les cellules cancéreuses sont attaquées simultanément sur plusieurs fronts, ce qui augmente l'efficacité du traitement. Le type de médicaments,

leur dosage et leur combinaison éventuelle à d'autres traitements sont choisis au cas par cas.

Il arrive aussi que la chimiothérapie précède la chirurgie pour réduire le volume d'une tumeur, ce qui permet ensuite une opération moins mutilante.

La chimiothérapie s'attaque surtout aux cellules qui se multiplient rapidement, ce qui est habituellement le cas des cellules cancéreuses. Mais notre organisme comporte aussi des cellules saines qui se multiplient... Les dégâts causés par la chimiothérapie à ces cellules saines expliquent les effets secondaires du traitement (fatigue, nausées, alopecie, stérilité, etc.). Pour limiter les effets secondaires et permettre aux cellules saines de récupérer, on observe une pause entre les cycles de traitement. Des médicaments récents permettent cependant de lutter de plus en plus efficacement contre les effets secondaires indésirables de la chimiothérapie. La qualité de vie des patients s'en est trouvée nettement améliorée.

Le plus souvent, la chimiothérapie est administrée par voie intraveineuse, mais certains médicaments peuvent être pris par la bouche ou par injection dans un muscle. Ils sont véhiculés par le sang pour atteindre les cellules cancéreuses.

Une meilleure compréhension des mécanismes d'action des différentes chimiothérapies devrait permettre de contrer les mécanismes de résistance au traitement que développent certains cancers.

Enfin, les efforts de recherche font espérer la découverte de nouveaux médicaments ou de médicaments analogues plus performants, voire la possibilité de donner des traitements dont l'efficacité est démontrée face à certains cancers à d'autres patients, atteints d'une autre forme de cancer.

L'HORMONOTHÉRAPIE

Certaines tumeurs sont dites hormonosensibles, c'est-à-dire que leur croissance est stimulée par la présence d'hormones. En effet, certaines cellules cancéreuses possèdent à leur sur-

face des récepteurs sensibles aux hormones qui stimulent la division cellulaire, contribuant ainsi au développement de la tumeur.

Des examens de laboratoire permettent de détecter la présence de ces récepteurs hormonaux. S'ils sont présents, une hormonothérapie peut être proposée pour bloquer l'action ou la production d'hormones naturelles afin de perturber le développement des cellules cancéreuses. Contrairement à la chimiothérapie ou à la radiothérapie, qui cherchent à tuer rapidement les cellules cancéreuses, l'homonothérapie vise à entraîner leur mort à plus long terme en créant un milieu hormonal qui leur est défavorable.

L'homonothérapie est essentiellement utilisée face à certains cancers du sein et de la prostate, mais parfois aussi en cas d'autres tumeurs malignes

L'homonothérapie est un traitement au long cours. Au départ, face à un cancer du sein, la durée préconisée était de 5 ans, mais les recommandations actuelles sont d'allonger l'homonothérapie pour atteindre au total 10 ans de traitement.

L'IMMUNOTHÉRAPIE

Face aux microbes ou à des cellules anormales, l'organisme déclenche normalement des réactions puissantes de défense immunitaire. Pourtant, face à des cellules cancéreuses, le système immunitaire réagit trop peu efficacement ou trop tard. Il faut dire aussi que les cellules cancéreuses développent de multiples stratagèmes pour y échapper ! L'immunothérapie consiste à stimuler ces réactions de défense et à contourner ces stratagèmes des cellules cancéreuses.

De nombreux essais cliniques d'immunothérapie sont en cours, tant en Belgique qu'à l'étranger. L'immunothérapie prend petit à petit sa place dans le traitement de certains cancers, notamment certains cancers de la peau (mélanome), di-

verses leucémies, les lymphomes ou le cancer du rein.

De nouveaux traitements d'immunothérapie ciblent directement les lymphocytes. Le but est de les rendre insensibles aux substances produites par les cellules cancéreuses pour les mettre « hors jeu ».

LES THÉRAPIES CIBLÉES

La compréhension du processus cancéreux a évolué à pas de géant au cours des dernières décennies. La recherche a permis de mieux connaître les bases moléculaires et génétiques du cancer, et conduit à la découverte de nouveaux traitements.

Depuis plusieurs années, de nouveaux médicaments « ciblés » se sont développés dans le but d'attaquer plus spécifiquement les cellules cancéreuses en visant notamment les mécanismes qui assurent leur croissance ou leur propagation. Inconvénient : l'utilisation de ces médicaments doit être prolongée dans le temps pour maintenir leur effet. Avantage : ils perturbent moins les cellules normales.

Les nouvelles approches thérapeutiques que nous venons d'évoquer ci-dessus ne font qu'illustrer partiellement le large champ des recherches menées à ce niveau. Elles reflètent toutefois la créativité des chercheurs en cancérologie et annoncent le développement de nouveaux médicaments, plus adaptés à chaque patient. Même s'il n'existera probablement jamais de remède unique pour vaincre l'ensemble des cancers (souvenons-nous qu'il s'agit d'un très grand nombre de maladies différentes), les progrès des connaissances aboutissent tôt ou tard à l'amélioration des traitements.



Plus d'informations ?

Cancerinfo (0800 15 801) est là pour vous accompagner et pour répondre à vos interrogations liées au cancer, de manière gratuite et anonyme. Cancerinfo s'adresse bien entendu aux personnes touchées par la maladie, mais aussi à leur entourage au sens large : famille, amis, collègues, enseignants...

Vous pouvez retrouver les brochures relatives aux cancers et aux traitements sur le site **www.cancer.be**, rubrique « Publications ». Vous pouvez soit les commander gratuitement, soit les télécharger.

Contre le cancer, l'espoir est permis ! La science progresse, les patients et leurs proches sont de mieux en mieux accompagnés, le dépistage et la prévention gagnent du terrain. Grâce à ses donateurs, la Fondation contre le Cancer joue un rôle important dans tous ces domaines, en toute indépendance et transparence.

- **La Fondation contre le Cancer s'engage aux côtés des chercheurs.** Grâce à leur travail, les chances de guérison ont augmenté et continueront à croître.
- **La Fondation contre le Cancer se préoccupe de la santé de tous.** L'information et la prévention sont essentielles : 1 cancer sur 3 est directement lié à nos modes de vie.
- **La Fondation contre le Cancer accompagne les patients et leurs proches.** Toute personne touchée de près ou de loin par la maladie peut compter sur notre soutien actif et notre écoute attentive.
- **La Fondation contre le Cancer plaide pour une meilleure politique de santé publique.** Nous encourageons et aidons les pouvoirs publics à faire toujours plus et mieux dans la lutte contre les cancers.

COMMENT POUVEZ-VOUS SOUTENIR LA LUTTE CONTRE LE CANCER ?

Si vous souhaitez nous aider dans la réalisation de nos objectifs, vous pouvez faire un don par virement sur notre numéro de compte IBAN : BE45 0000 0000 8989 – BIC : BPOTBEB1.

Vous pouvez aussi devenir Ami de la Fondation et soutenir la recherche à partir de 5 €/mois. Découvrez plus d'informations sur www.cancer.be/ami.

Vous pouvez aussi soutenir la Fondation contre le Cancer via une disposition testamentaire. Si vous souhaitez apporter ainsi votre contribution, prenez contact avec votre notaire ou avec Greta Van Der Gracht, conseillère Legs à la Fondation contre le Cancer, au 02 743 37 15 ou par e-mail à gvanndergracht@fondationcontrolecancer.be. Nous vous fournirons avec plaisir toutes les informations nécessaires.

Il existe encore d'autres moyens d'aider la lutte contre le cancer : bénévolat, organisation d'événements... Pour en savoir plus, visitez www.cancer.be/nous-soutenir.

LA FONDATION CONTRE LE CANCER EN PRATIQUE

→ Nos coordonnées

Fondation contre le Cancer – Fondation d'utilité publique
Chaussée de Louvain 479 – B-1030 Bruxelles
Tél. : 02 736 99 99 – Fax : 02 734 92 50
Dép. communication : commu@cancer.be
Dép. scientifique : scientif@cancer.be
Notre magazine : Cancerinfo (trimestriel) :
magazine@cancer.be
www.cancer.be
facebook.com/fondationcontrolecancer
Twitter [@fcontrelecancer](https://twitter.com/fcontrelecancer)
LinkedIn : Fondation contre le Cancer

→ Cancerinfo : 0800 15 801 - www.cancerinfo.be

Cancerinfo est la ligne d'aide téléphonique de la Fondation contre le Cancer. Elle est gratuite, et garantit discrétion et anonymat. Vous pouvez y poser toutes vos questions liées au cancer et aux services de la Fondation. Elle est également à votre écoute si vous avez besoin d'une oreille attentive. Vous pouvez également poser vos questions et trouver de nombreuses informations sur le site Internet.

→ **Raviva : 0800 15 801 – www.raviva.be**

Raviva est un programme d'activités physiques pour les personnes atteintes, ou ayant été récemment atteintes, d'un cancer. Raviva aide à retrouver une meilleure condition physique et à combattre la fatigue due à la maladie et aux traitements.

→ **Tabacstop : 0800 111 00 – www.tabacstop.be**

Tabacstop répond à toutes les questions sur le tabac, la dépendance, l'aide au sevrage et le suivi après l'arrêt. Des professionnels de la santé formés en tabacologie assurent la permanence en ligne. Tabacstop dispose aussi d'un site Internet riche en informations et outils utiles.

→ **Guides-santé parus précédemment**

- *6 témoins, 6 chemins, 2016*
- *Les recettes santé de nos grands chefs, 2015*
- *Cancer et médecines complémentaires : vers une nouvelle cohabitation, 2014*
- *Avancer ensemble, pendant et après le cancer, 2013*
- *70 recettes pour 4 saisons, 2012*
- *La santé de la tête aux pieds, 2012*
- *Cancer : tant de choses à se dire, 2011*
- *Environnement et cancers, tour d'horizon, 2010*
- *Recettes belges de saison, 2009*
- *Cancer : balayons les idées reçues, 2008*
- *Le cancer chez les jeunes, 2007*
- *Guide des cancers, 2006*