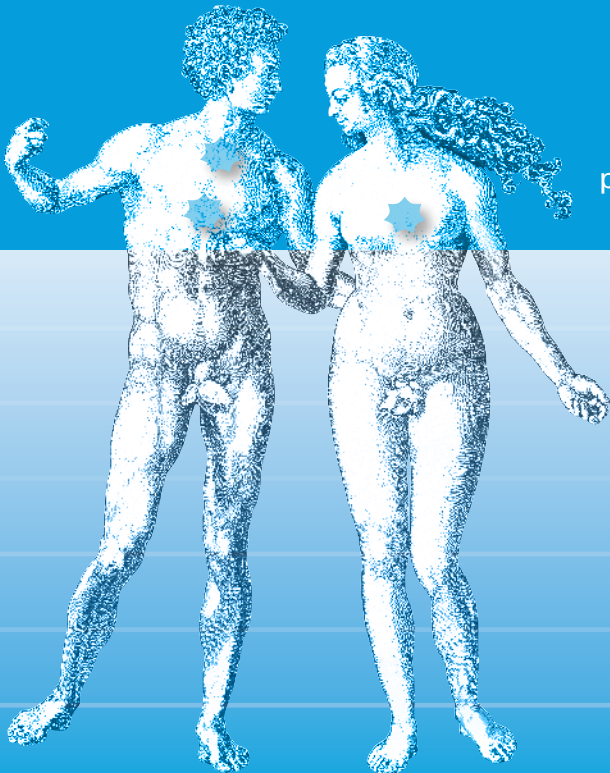




Le cancer de l'œsophage

**Un guide de la Ligue
contre le cancer
pour les personnes concernées
et leurs proches**



Impressum

Editeur

Ligue suisse contre le cancer
Effingerstrasse 40
case postale 8219
3001 Berne
tél. 031 389 91 00
fax 031 389 91 60
info@liguecancer.ch
www.liguecancer.ch

Direction du projet

Susanne Lanz, Ligue suisse contre
le cancer, Berne

Conseils scientifiques

(ordre alphabétique)

Prof. Dr Hanspeter Honegger, médecin-
chef oncologie, hôpital Triemli, Zurich
Dr Norbert Lombriser, médecin-chef
radio-oncologie, hôpital Triemli, Zurich
Prof. Dr h.c. Urs Metzger, médecin-chef
chirurgie, hôpital Triemli, Zurich
Dr Annelies Schnider, médecin principal
chirurgie, hôpital Triemli, Zurich

Texte

Dr phil. Nicolas Broccard, journaliste
scientifique, Berne
Susanne Lanz, Ligue suisse contre
le cancer, Berne

Traduction

Gabriella Pidoux, Alexia Stantchev,
Ligue suisse contre le cancer, Berne

Couverture

Adam et Eve, d'après Albrecht Dürer

Illustration

P. 9: Willi R. Hess, dessinateur scienti-
fique, Berne

Photos

Pp. 4, 12, 22, 26, 34: ImagePoint SA,
Zurich

Conception graphique

Wassmer Graphic Design, Zäziwil

Impression

Ast & Fischer SA, Wabern

Cette brochure est également disponible
en allemand et en italien.

© 2011, 2007

Ligue suisse contre le cancer, Berne
2^e édition revue et corrigée

Sommaire

Editorial	5
Qu'est-ce que le cancer?	6
Le cancer de l'œsophage	8
L'œsophage et sa fonction	8
Causes possibles et facteurs de risque	10
Symptômes possibles	11
Examens et diagnostic	13
Les stades de la maladie	14
Traitement du cancer de l'œsophage	17
Généralités	17
Planification du traitement	18
Effets indésirables	19
Modification de l'alimentation	21
Traitement dans le cadre d'une étude clinique	21
Traitement des stades précoces	23
Traitement du stade avancé	24
Traitement de la douleur	25
Suivi médical et réadaptation	25
Méthodes thérapeutiques	27
Opération	27
Radiothérapie	28
Traitements médicamenteux	29
Médecines complémentaires	32
Vivre avec la maladie	33
Annexes	35



Chère lectrice, cher lecteur,

Pour faciliter la lecture, nous utilisons seulement la forme masculine. Nous remercions nos lectrices de leur compréhension.

Pour les personnes atteintes de cancer comme pour leurs proches, l'annonce du diagnostic représente un bouleversement. Du jour au lendemain, la vie bascule. Le quotidien, les perspectives d'avenir, tout est chamboulé et les pensées se précipitent, pleines d'espoir un jour, lourdes d'angoisse le lendemain.

Vous trouverez dans cette brochure une brève description du cancer de l'œsophage, des examens réalisés en vue de poser le diagnostic ainsi que du traitement. Vous pourrez aussi constater que le cancer de l'œsophage peut prendre des formes très diverses qui correspondent en réalité à des maladies et des effets particuliers.

Grâce aux progrès médicaux de ces dernières années, les traitements sont aujourd'hui plus efficaces et plus faciles à supporter, l'objectif étant de lutter contre la maladie tout en préservant la qualité de vie.

Dans les cas où le cancer de l'œsophage ne peut pas être guéri, il est possible d'en ralentir l'évolution et d'en atténuer les symptômes.

La Ligue contre le cancer propose toute une série de brochures dans lesquelles vous trouverez des informations et des conseils qui pourront vous aider à vivre au mieux avec la maladie (voir annexes).

N'oubliez pas, avant tout, que vous n'êtes pas seul. Vos proches, votre équipe médicale et votre ligue contre le cancer sont là pour vous. Au besoin, vous trouverez aussi un soutien auprès d'autres professionnels (voir annexes).

Nos vœux les plus chaleureux vous accompagnent.

Votre Ligue contre le cancer

Qu'est-ce que le cancer?

Le terme *cancer* recouvre de nombreuses maladies différentes qui ont pour point commun la présence de cellules cancéreuses.

Tumeur bénigne ou maligne?

Certaines tumeurs, dites «bénignes», ne sont pas cancéreuses: elles peuvent comprimer des tissus ou des organes mais elles demeurent localisées dans une partie du corps et ne mettent généralement pas la vie en danger. Il peut arriver qu'une tumeur bénigne s'aggrave et se transforme en cancer.

Dans la plupart des types de cancers cependant, ces cellules prolifèrent et forment des tumeurs dites «malignes», qui ont tendance à s'accroître et à se disséminer. De plus, les cellules cancéreuses peuvent se mettre à circuler dans le sang ou le système lymphatique et envahir les ganglions lymphatiques (nodules répartis dans tout l'organisme ayant une fonction immunitaire). Des amas de cellules cancéreuses, les *métastases*, peuvent alors se former à distance du tissu d'origine.

En général, on arrive à déterminer à partir de quel organe et de quel type de cellule les métastases se sont formées. Il ne faut pas confondre les métastases d'un cancer de l'œsophage – par exemple dans le poumon – avec un cancer du poumon. Un examen du tissu (ou examen *histologique*) permet de déterminer l'origine de ces tumeurs.

Tout commence dans la cellule

Les tissus et les organes de notre corps sont constitués de milliards de cellules assemblées les unes aux autres. Leur noyau contient le matériel génétique héréditaire (les chromosomes, portant les gènes composés d'ADN) qui fonctionne comme un plan de construction.

En principe, les cellules suivent les instructions contenues dans leur noyau pour se diviser et remplir leur fonction. Chaque type de cellule a en effet une forme et un rôle spécifique selon l'organe et le tissu dans lesquels elle se trouve.

Des causes très diverses

Le matériel génétique des cellules subit régulièrement des altérations liées notamment à l'âge, au hasard, à des influences externes telles que radiations, virus, substances toxiques ou à certains facteurs génétiques. L'organisme est doté de systèmes de réparation pour réparer ces «erreurs».

Il arrive toutefois que ces mécanismes soient dépassés et que des cellules se divisent et prolifèrent de manière anarchique. Certaines peuvent alors former une masse que l'on appelle une tumeur. On observe aussi que les cellules cancéreuses tendent à perdre leur caractère différencié et à acquérir une structure et une forme plus simples.

Croissance variable

Une tumeur n'apparaît pas du jour au lendemain: une masse tumorale d'un centimètre de diamètre contient déjà des millions de cellules et peut croître depuis plusieurs années. La vitesse de division cellulaire varie beaucoup d'une tumeur à l'autre. Pour en savoir plus sur la formation d'une tumeur, vous pouvez consulter le CD-ROM «Le cancer: des gènes à l'homme» (voir p. 36).

Facteurs de risque

Le cancer peut toucher chacun d'entre nous. Pour certains types, il est possible de réduire le risque d'être atteint, notamment en renonçant au tabac, en adoptant une alimentation saine, en pratiquant régulièrement une activité physique ou en modérant sa consommation d'alcool.

Pour d'autres, comme dans le cas de l'œsophage, on ignore à l'heure actuelle comment diminuer les risques. En fin de compte, il n'existe pas de recette miracle, et nul ne peut savoir à l'avance s'il développera ou non la maladie. Dans certaines familles cependant, on observe une fréquence élevée de cancers bien précis. Pour en savoir plus sur la question, vous pouvez consulter la brochure «Prédispositions héréditaires au cancer» (voir annexes).

Le cancer de l'œsophage

L'œsophage et sa fonction

L'œsophage est un «tube» souple constitué de plusieurs couches musculaires. Sa longueur est d'environ 25 centimètres et son diamètre, quand il ne contient pas de nourriture, de un à deux centimètres. L'œsophage prend naissance derrière le larynx, traverse la cage thoracique au voisinage de la trachée et de l'aorte, pénètre dans la cavité abdominale par le diaphragme et aboutit finalement dans l'estomac.

L'œsophage ne participe pas au processus de digestion, il n'est responsable que de l'acheminement des aliments de la cavité buccale vers l'estomac. La dilatation de l'œsophage, ainsi que la muqueuse dont il est recouvert, facilitent le passage de la nourriture.

Dans la bouche, les aliments sont broyés et mélangés à la salive; la masse ainsi obtenue est appelée «bol alimentaire». La première phase de la déglutition est volontaire (nous pouvons normalement la contrôler): elle permet de faire passer le bol alimentaire de la ca-

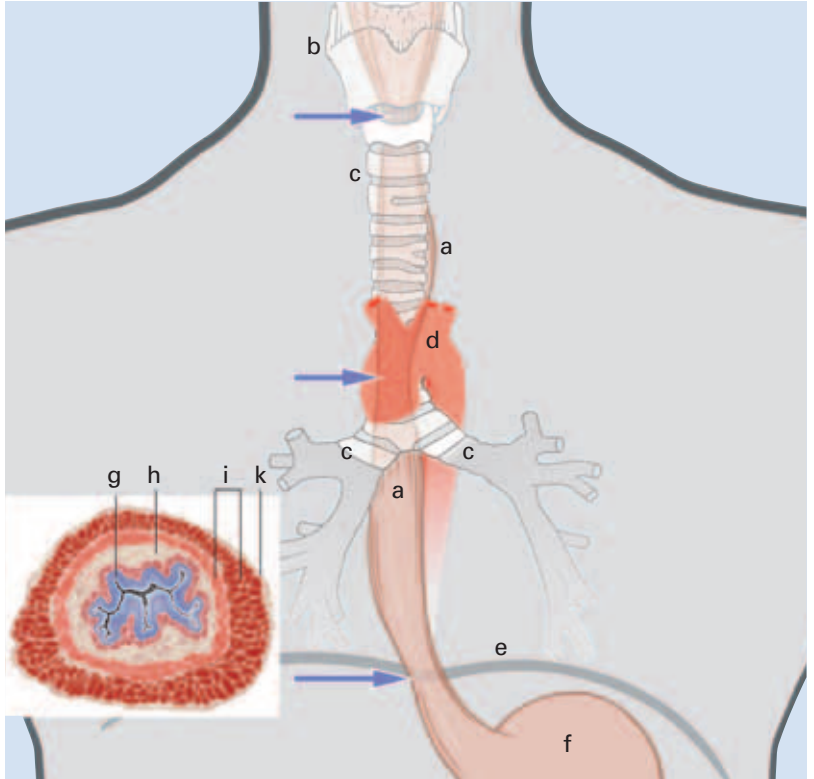
tivité buccale vers l'œsophage. Les contractions musculaires rythmiques de l'œsophage (non contrôlées) acheminent le bol alimentaire vers l'estomac. De l'estomac, les aliments passent dans l'intestin grêle.

Les deux extrémités de l'œsophage sont munies d'un mécanisme de verrouillage qui, en temps normal, empêche le reflux des aliments.

Tout comme l'estomac, l'œsophage est un organe creux dont la paroi comprend quatre couches. De l'intérieur vers l'extérieur:

- > la muqueuse
- > la couche interne de tissu conjonctif
- > les couches musculaires
- > la couche externe de tissu conjonctif (*adventice*)

Le cancer de l'œsophage, également appelé *carcinome de l'œsophage*, se développe la plupart du temps à partir des cellules de la muqueuse; soit des cellules de revêtement (*épithélium* de revêtement), soit des cellules glandulaires.



L'œsophage (coupe transversale)

- | | | | |
|---|---|---|---|
| a | Œsophage | f | Estomac |
| b | Larynx | g | Muqueuse |
| c | Trachée et embranchements
des bronches | h | Couche interne de tissu
conjonctif |
| d | Aorte (grande artère du cœur) | i | Couches musculaires |
| e | Diaphragme | k | Couche externe de tissu
conjonctif (adventice) |

Les flèches → indiquent des rétrécissements naturels.

Par conséquent, il existe deux types principaux de cancer de l'œsophage:

- > Les carcinomes des cellules épithéliales de la muqueuse (*carcinome épidermoïde*) se développent avant tout dans la partie supérieure de l'œsophage;
- > Les carcinomes des cellules glandulaires (*adénocarcinomes*) se développent dans la partie basse de l'œsophage.

Les cellules cancéreuses peuvent se mettre à circuler dans le système lymphatique et envahir des ganglions lymphatiques voisins; elles sont également susceptibles d'atteindre d'autres organes par l'intermédiaire de la circulation sanguine et d'y former des métastases. En cas de cancer de l'œsophage, les organes les plus fréquemment touchés sont le foie, les poumons et les os.

Causes possibles et facteurs de risque

Différents facteurs accroissent le risque d'être touché par un cancer de l'œsophage.

- > **Partie supérieure de l'œsophage:** tabac et consommation d'alcool; particulièrement en cas de tabagisme sur des nombreuses années combiné à la consommation d'alcools forts.
- > **Partie inférieure de l'œsophage:** reflux gastro-œsophagien chronique provoquant une modification des cellules de la muqueuse de l'œsophage. Cette affection est appelée *œsophage de Barrett*.
- > **Autres facteurs de risque:** nourriture grasse, ingestion élevée de nitrates par consommation excessive de viande et de poissons fumés ou salés, absorption de boissons et de nourriture très chaudes, exposition fréquente à certaines substances chimiques et agents polluants (brûlures).

Les hommes trois fois plus touchés que les femmes

En Suisse, chaque année, 360 hommes et 120 femmes sont atteints par un cancer de l'œsophage. Le cancer de l'œsophage n'apparaît que très rarement avant 45 ans. Plus de la moitié des personnes touchées sont âgées de 50 à 69 ans. Quatre personnes atteintes sur dix ont plus de 70 ans.

Globalement, le nombre de nouveaux cas est en augmentation. Elle est due à l'accroissement du nombre de carcinomes des cellules glandulaires (adénocarcinomes) dans la partie inférieure de l'œsophage. En revanche, le nombre des carcinomes des cellules épithéliales (carcinome épidermoïde) est en régression.

Symptômes possibles

Souvent, les carcinomes de l'œsophage ne provoquent aucune douleur durant une période prolongée, raison pour laquelle ils sont fréquemment découverts à un stade avancé, quand ils ne sont généralement plus guérissables.

Différents symptômes peuvent indiquer la présence d'un cancer de l'œsophage:

- > des problèmes de déglutition dans un premier temps, uniquement avec les aliments solides et, par la suite, également avec les aliments pâteux et liquides;
- > une sensation inhabituelle d'étranglement lors de la déglutition d'aliments;
- > des crampes douloureuses de l'œsophage;
- > des brûlures d'estomac ou des renvois fréquents;
- > une perte de poids non souhaitée, douleurs et enrouement.

Ces symptômes n'indiquent pas forcément la présence d'un cancer; des troubles moins graves peuvent également en être à l'origine. Cependant, ces troubles doivent également être soignés, raison pour laquelle ils doivent toujours faire l'objet d'un examen médical.



Examens et diagnostic

En cas de suspicion de cancer de l'œsophage ou lors de symptômes suspects, le médecin fera les examens suivants:

- > Un questionnaire détaillé sur les troubles ressentis et le mode de vie, suivi d'un examen physique approfondi;
- > Des analyses sanguines: les marqueurs tumoraux sont des substances produites par les cellules cancéreuses et peuvent être décelées dans le sang. Ils ne sont pas utilisés pour planifier les traitements du cancer de l'œsophage, mais ils peuvent jouer un rôle important dans la surveillance de l'évolution de la maladie.

Imagerie médicale et biopsie

- > **Endoscopie de l'œsophage (œsophagoscopie) et de l'estomac (gastrosocopie):** sous anesthésie locale, le médecin introduit un tuyau souple de petit diamètre (endoscope) dans la bouche du patient et le fait descendre le long de l'œsophage, jusque dans l'estomac. L'endoscope est muni d'une caméra miniaturisée qui permet d'examiner les endroits suspects et d'une micro-pince pour prélever des échantillons de tissus (biopsie) qui seront examinés au microscope. L'analyse au microscope des échantillons

prélevés permet de déterminer le type de tumeur et le degré de malignité des cellules cancéreuses (voir «Les grades des tumeurs» p. 16).

- > L'endoscopie de l'œsophage combinée avec une échographie permet de déterminer l'infiltration de la tumeur dans les parois de l'œsophage et dans les ganglions lymphatiques voisins.

Autres techniques d'imagerie médicale

- > **Radiographie de la cage thoracique** en vue de déceler d'éventuelles métastases dans les poumons.
- > **La tomographie de la cage thoracique et de l'abdomen** permet de connaître la position de la tumeur et le degré d'infiltration des tissus voisins, de déterminer si les ganglions lymphatiques sont touchés et d'identifier d'éventuelles métastases.
- > **L'imagerie par résonance magnétique (IRM) et le TEP-Scan** ou tomographie d'émission par positron peuvent dans certains cas être nécessaires.
- > **Endoscopie des voies respiratoires et des bronches** (bronchoscopie): cet examen optique, pratiqué sous anesthésie locale permet de déterminer la progression de la tumeur dans

les voies respiratoires. Par la même occasion, il est possible de prélever des échantillons de tissus (biopsie).

- > **Endoscopie de la cavité abdominale (laparoscopie):** elle est parfois indiquée lors de carcinomes de la région inférieure de l'œsophage et du passage vers l'estomac, en cas de suspicion d'atteinte des ganglions lymphatiques ou de présence de métastases dans la région abdominale.

Cet examen se fait sous narcose (anesthésie complète) en salle d'opération. Une petite incision est pratiquée dans la paroi abdominale pour permettre le passage de l'endoscope. Grâce à la caméra de l'endoscope, la cavité abdomi-

nale sera inspectée. Par la même occasion, il est possible de prélever des échantillons de tissus (biopsie).

Toutes les méthodes décrites ci-dessus ne sont pas utilisées systématiquement. Le choix des techniques d'investigation dépend de chaque cas particulier et des résultats des divers examens.

Les stades de la maladie

Les différents examens permettent de déterminer le stade de la maladie, c'est-à-dire d'évaluer son extension; on parle également de *staging*. Pour ce faire, on a recours à la classification internationale TNM. Le staging est important pour définir la meilleure thérapie.

Scanner TEP/TDM

Ce nouvel appareil combine deux techniques d'imagerie diagnostique: la tomographie par émission de positrons (TEP) et la tomodensitométrie (TDM).

Différentes mais complémentaires, ces deux techniques sont associées dans le cadre d'un seul et même examen, ce qui donne des images plus parlantes. Cette méthode permet de définir l'emplacement exact, la taille, la nature et l'extension de la tumeur et des métastases éventuelles et de préparer avec précision des biopsies, des opérations et des radiothérapies. Cet examen permet de visualiser l'activité de la tumeur et de mesurer ainsi l'efficacité d'un traitement.

La classification TNM

T La lettre T suivie d'un chiffre compris entre 0 et 4 exprime la taille de la tumeur: plus le chiffre est élevé, plus sa taille est importante.

Tis Tumeur *in situ*, limitée à la couche superficielle de la muqueuse.

T1 La tumeur est limitée à la muqueuse et à la couche interne de tissu conjonctif.

T2 La tumeur a envahi la couche musculaire.

T3 La tumeur a envahi la couche externe de tissu conjonctif.

T4 La tumeur s'est étendue aux organes avoisinants.

N La lettre N (*node* en anglais) suivie des chiffres 0 ou 1 exprime le degré d'atteinte des ganglions lymphatiques.

N0 Pas d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux.

N1 Atteinte d'1 à 2 ganglions lymphatiques avoisinants.

N2 Atteinte de 3 à 6 ganglions lymphatiques avoisinants.

N3 Atteinte de 7 ganglions lymphatiques avoisinants ou plus.

M La lettre M suivie du chiffre 0 ou 1 indique la présence ou l'absence de métastases.

M0 Pas de signe de métastases.

M1 Des ganglions lymphatiques plus éloignés sont atteints et/ou des métastases sont présentes dans d'autres organes.

La classification en stades

En ce qui concerne le cancer de l'œsophage, les différentes combinaisons de la classification TNM sont regroupées en quatre stades (I-IV).

Stade I

Taille de la tumeur T1 ou T2; pas d'atteinte des ganglions lymphatiques N0, pas de métastases M0.

Stade II

Taille de la tumeur T1 à T3; atteinte des ganglions lymphatiques N0 ou N1, pas de métastases M0.

Stade III

Taille de la tumeur T1 à T4; atteinte des ganglions lymphatiques N0 à N3, pas de métastases M0.

Stade avancé

Stade IV

Taille de la tumeur T1 à T4, atteinte des ganglions lymphatiques N0 à N3 et métastases dans d'autres organes ou atteinte de ganglions lymphatiques éloignés M1.

Des lettres complémentaires (par exemple IIA ou IIB) précisent le diagnostic. Si vous le souhaitez, votre médecin vous donnera davantage d'informations sur ce sujet.

Les grades des tumeurs

L'analyse des échantillons de tissus prélevés permet de déterminer dans quelle mesure les cellules cancéreuses diffèrent des autres cellules de la muqueuse de l'œsophage et d'estimer le degré d'agressivité de la tumeur.

Plus la cellule cancéreuse diffère d'une cellule saine et plus sa vitesse de division est élevée, plus la tumeur est agressive. Les spécialistes parlent de degré de différenciation ou *grading*. On distingue les grades suivants:

- G1** Les cellules cancéreuses ressemblent encore fortement aux cellules saines de la muqueuse de l'œsophage (bien différenciées).
- G2** Les cellules cancéreuses ressemblent encore un peu aux cellules saines de la muqueuse de l'œsophage (moyennement différenciées).
- G3** Les cellules cancéreuses ne ressemblent presque plus aux cellules saines de la muqueuse de l'œsophage (indifférenciées).

Traitement du cancer de l'œsophage

Généralités

Le traitement dépend avant tout des facteurs suivants:

- > Le type de tumeur (adénocarcinomes, carcinome épidermoïde, voir p. 10) et sa localisation.
- > Le stade de la maladie (voir p. 14), c'est à dire:
 - la tumeur est-elle encore circonscrite à la muqueuse de l'œsophage?
 - les ganglions lymphatiques sont-ils touchés? si oui, lesquels?
 - des métastases se sont-elles formées dans d'autres organes?
- > Votre âge et votre état de santé général.

Les objectifs du traitement et les principes thérapeutiques varient en fonction du type de tumeur et du stade de la maladie. Toutefois, le but principal est toujours d'assurer la nutrition du patient par voie naturelle.

Objectifs du traitement

Curatif

Qui vise la guérison. Pour le cancer de l'œsophage, les meilleures chances sont obtenues par ablation chirurgicale complète de la tumeur (voir p. 27).

Palliatif

Lorsque les chances de guérison sont faibles, on essaie de freiner l'évolution de la maladie par différents moyens en respectant le plus possible une bonne qualité de vie. On peut toutefois freiner la progression de la tumeur et ralentir l'évolution de la maladie.

Les traitements palliatifs prennent alors une grande importance. Il peut s'agir de mesures médicales et psychosociales, de prodiguer des soins, voire un accompagnement spirituel, afin d'atténuer les symptômes au maximum et de maintenir une qualité de vie aussi bonne que possible.

Différentes mesures, soit médicales, de soins, psychologiques ou spirituelles sont à disposition pour diminuer les troubles tels que les douleurs ou les angoisses.

En règle générale, si des ganglions lymphatiques sont atteints ou s'il y a des métastases, les chances de guérison sont minimes.

Principes thérapeutiques

Un traitement peut être : *adjuvant* s'il est effectué en vue d'éliminer d'éventuelles cellules cancéreuses subsistant après l'opération et pour diminuer le risque de récurrence (nouvelle apparition de tumeur) et de formation de métastases;

néoadjuvant s'il précède l'opération. Les médecins parlent également de traitement préopératoire. L'objectif est de réduire la taille de la tumeur afin de ménager au maximum les tissus environnants lors de l'intervention chirurgicale. Le traitement néoadjuvant permet également de détruire des métastases microscopiques.

Planification du traitement

En règle générale, une équipe pluridisciplinaire planifie et suit le traitement: cela signifie que la situation initiale est évaluée par des experts de différents domaines qui vous proposeront la meilleure thérapie possible.

Vous pourrez ainsi discuter directement des options possibles avec les spécialistes concernés: gastro-entérologue, spécialiste en chirurgie viscérale, oncologue, radio-oncologue. Idéalement, l'un de ces médecins sera chargé de coordonner la mise en place du traitement.

Peut-être allez-vous également ressentir le besoin de consulter un psycho-oncologue: vous pourrez ainsi obtenir un soutien sortant du cadre strictement médical et parler d'autres difficultés, d'ordre psychologique ou social.

Vous participez aux décisions

Nous vous recommandons de discuter des différentes options possibles avec chaque spécialiste. Vous pouvez poser des questions à tout moment, remettre en question une décision antérieure ou demander un temps de réflexion.

Si vous le souhaitez, demandez à un proche ou une personne de confiance de vous accompagner à ces entretiens.

Vous pouvez également en parler avec votre médecin de famille ou demander un deuxième avis médical: c'est votre droit le plus strict, et le spécialiste chargé de votre suivi ne jugera pas votre démarche comme une marque de défiance.

Prenez le temps de poser toutes vos questions sur le traitement.

- > Le traitement permet-il d'obtenir la guérison? Peut-il prolonger la survie et améliorer la qualité de vie?
- > Quels sont les avantages et les inconvénients du traitement (également en termes de qualité de vie et/ou de survie)?
- > Y a-t-il des alternatives au traitement proposé?
- > A quels effets indésirables devez-vous vous attendre? Sont-ils transitoires ou définitifs? Que peut-on faire pour mieux les gérer?
- > Quels impacts la maladie et le traitement auront-ils sur votre alimentation?
- > Quelles répercussions la maladie et le traitement auront-ils sur votre quotidien et votre entourage?

- > Si vous renoncez à certains traitements, quelles en seront les répercussions sur votre survie et votre qualité de vie?

Effets indésirables

La survenue ou non d'effets indésirables et leur importance varient beaucoup d'un individu à l'autre. Certains peuvent survenir en cours de traitement et régresser spontanément par la suite; d'autres peuvent n'apparaître que plus tard, au terme du traitement proprement dit. Nombre d'effets indésirables s'atténuent au fil des jours, des semaines ou des mois.

De nos jours, certains désagréments liés au traitement peuvent être atténués par des soins ou des mesures médicales. Pour ce faire, il est indispensable que vous parliez à l'équipe soignante des symptômes que vous constatez.

Important

- > Certains effets indésirables comme la douleur ou la nausée sont prévisibles. Pour les atténuer, vous recevrez des médicaments adjuvants, parfois avant le début du traitement. Il est important de les prendre selon les indications.

- > Informez votre équipe soignante avant de prendre des produits que vous avez vous-même choisis. Cela est aussi valable pour des pommades, des médicaments de médecine complémentaire, etc. Même si ceux-ci sont naturels ou qu'ils paraissent anodins, ils peuvent avoir une influence sur la thérapie.

Un grand nombre de brochures publiées par la Ligue contre le cancer exposent les effets des traitements; vous y trouverez des conseils qui pourront vous aider à mieux les gérer (voir annexes).

L'alimentation artificielle

Après une intervention chirurgicale ou à un stade très avancé de la maladie, il peut arriver que les personnes concernées ne puissent plus se nourrir de manière naturelle (par la bouche). Dans pareil cas, on dispose de deux techniques d'alimentation artificielle qui, avec des instructions détaillées, peuvent être utilisées de manière autonome à domicile.

L'alimentation *entérale* (alimentation par sonde, qui emprunte la voie digestive): les aliments sont acheminés vers l'estomac par une sonde via le nez et la gorge ou par un cathéter via la paroi abdominale.

L'alimentation *parentérale* (qui n'emprunte pas la voie digestive): les substances nutritives sont injectées directement dans la circulation sanguine par un cathéter veineux central. Ce mode d'alimentation n'est utilisé que lorsque l'alimentation entérale n'est pas possible.

Si vous devez utiliser un mode d'alimentation artificielle de manière durable et que cela vous inquiète ou vous fait peur, n'hésitez pas à parler de vos craintes à votre équipe soignante et médicale. Elle vous donnera toutes les informations et le soutien nécessaire. Au besoin elle pourra aussi vous mettre en contact avec un psycho-oncologue qui vous aidera à affronter la situation.

Modification de l'alimentation

Le traitement d'une tumeur de l'œsophage peut avoir pour conséquence des problèmes de déglutition. En particulier après une intervention chirurgicale, il est souvent nécessaire de recourir à un mode d'alimentation artificiel, que ce soit pour un certain temps ou de manière durable (voir encadré). Votre équipe soignante vous apportera son soutien et les informations nécessaires. Les conseils d'une nutritionniste peuvent également être requis.

Dans les cas où le retour à une alimentation naturelle est possible, les conseils ci-dessous pourront vous faciliter cette étape. Avec un peu d'expérience vous saurez rapidement ce qui vous convient bien et quels sont les aliments qu'il vaut mieux éviter.

- > Buvez et mangez tout ce qui vous procure du plaisir sans causer de désagréments.
- > Faites six à huit repas légers répartis tout au long de la journée. Mangez lentement et mastiquez soigneusement.
- > La déglutition est facilitée si les aliments sont coupés en petits morceaux, bien cuits ou réduits en purée. Une sauce

crémeuse en accompagnement peut également faciliter la prise des repas.

- > Préparés avec des ingrédients appropriés, les soupes et les poudings constituent des mets équilibrés et faciles à ingérer.
- > Evitez la nourriture et les boissons trop chaudes ou trop froides.

Pour en savoir plus...

sur les possibles difficultés liées à l'alimentation et comment y remédier, consultez la brochure «Difficultés alimentaires en cas de cancer» de la Ligue contre le cancer (voir annexes).

Traitement dans le cadre d'une étude clinique

La recherche médicale développe constamment de nouvelles méthodes thérapeutiques. Au terme de nombreuses étapes, il faut les évaluer chez l'homme pour savoir si elles présentent un avantage en termes d'efficacité et d'effets indésirables. Il est donc nécessaire de réaliser une étude clinique qui implique directement des patients.

Généralement, il s'agit d'optimiser des traitements qui existent déjà, pour notamment augmenter leur efficacité, en atténuer les effets secondaires ou bien encore prolonger l'espérance de vie.



Certaines personnes participent aussi en pensant aux bénéfices possibles pour d'autres futurs patients.

Il se peut que dans le cadre du traitement, on vous propose de participer à une telle étude. Vous pouvez aussi demander à être informé sur les études en cours. La décision vous appartient entièrement, vous êtes libre d'accepter ou de refuser. À tout moment, vous pouvez vous retirer de l'étude.

Si vous refusez de prendre part à une étude clinique, cela n'aura aucune influence négative sur votre traitement. Dans tous les cas, vous serez soigné selon les connaissances scientifiques les plus récentes.

Seul un entretien personnel avec votre médecin vous permettra de déterminer les avantages ou les inconvénients qui pourraient en résulter pour vous. La brochure «Thérapie anticancéreuse dans le cadre d'une étude clinique» permet d'en savoir plus (voir p. 37).

Traitement des stades précoces

- Vous trouverez une description des stades de la maladie à partir de la page 14.
- Les différents traitements sont décrits de manière plus détaillée aux pages 17 à 22.

Stade I

L'ablation partielle ou totale de l'œsophage et des ganglions lymphatiques voisins constitue la thérapie de choix. Dans le cadre d'une étude clinique, l'opération peut être suivie d'un traitement combinant chimio- et radiothérapie.

Stades II et III

- > Dans le cadre d'une étude clinique, l'opération peut être précédée d'un traitement (néoadjuvant) d'une durée de 4 à 8 semaines combinant chimio- et radiothérapie ou uniquement d'une chimiothérapie. Après une pause de 4 à 8 semaines, on procède à l'ablation de l'œsophage et des ganglions lymphatiques voisins.
- > Dans le cadre d'une étude clinique, l'opération peut être suivie d'une nouvelle chimiothérapie. La chimiothérapie peut s'accompagner d'une thérapie d'anticorps.

- > De plus, quand l'intervention chirurgicale n'est pas possible, différentes études cliniques examinent l'efficacité d'un traitement combinant chimio- et radiothérapie. La durée d'un tel traitement est d'environ six semaines.

Traitement du stade avancé

- *Vous trouverez une description des stades de la maladie à partir de la page 14.*
- *Les différents traitements sont décrits de manière plus détaillée aux pages 17 à 22.*

Stade IV

Si la tumeur ne peut plus être opérée ou si elle a formé des métastases, le traitement visera à réduire autant que possible sa taille au moyen d'une radiothérapie. En outre, la radiothérapie permet de soulager des maux tels que la douleur et les problèmes de déglutition.

Dans certaines situations, les sources radioactives peuvent temporairement être placées directement dans l'œsophage (à l'aide d'un endoscope). La chimiothérapie peut également être utilisée en lieu et place de la radiothérapie pour soulager les patients.

Quand la tumeur rétrécit trop l'œsophage:

- > Les problèmes de déglutition peuvent être atténués par une intervention pratiquée avec un endoscope ou par une opération mineure.
- > Le médecin peut, à l'aide de l'endoscope, placer un petit tuyau (*stent*) pour laisser un passage ouvert dans l'œsophage.
- > Le volume de la tumeur peut être réduit au moyen d'un traitement par laser.

Traitement de la douleur

A un stade avancé de la maladie, le cancer de l'œsophage peut, notamment s'il a formé des métastases, provoquer des douleurs. Vos douleurs ne font que vous affaiblir inutilement et vous abattre. Il est par conséquent important de ne pas les taire ni les réprimer, mais d'en parler à votre médecin qui pourra faire appel à toutes les possibilités offertes par le traitement moderne de la douleur.

Il est toujours possible de soulager les douleurs d'origine cancéreuse, voire de les supprimer complètement, que ce soit par des médicaments ou par d'autres méthodes comme la radiothérapie ou une opération. Vous trouverez de précieux conseils sur le sujet dans la brochure «Vivre avec le cancer, sans douleur» (voir annexes).

Suivi médical et réadaptation

Après le traitement, vous devrez vous soumettre dans les premiers temps à des contrôles rapprochés. Ces examens visent à déceler rapidement les effets indésirables de la maladie ou du traitement, ainsi qu'à détecter et à soigner une récurrence éventuelle, une nouvelle tumeur ou des métastases.

Ils permettent également d'aborder d'autres difficultés (d'ordre professionnel, psychologique, social par exemple) en rapport avec la maladie. En cas de besoin et afin de faciliter au maximum le retour à la vie de tous les jours, vous pouvez avoir recours à une consultation ou à un suivi psychoncologique ou psychosocial (voir annexes).

La fréquence des examens de contrôle est fonction du stade de la maladie, des traitements qui ont été administrés et de votre état de santé général.

Durant les premières années après la thérapie, le médecin vous prescrira des examens de contrôle plus fréquents. Plus tard, ces examens s'espaceront.

Si des troubles ou des symptômes surgissent entre deux contrôles, il ne faut pas hésiter à contacter votre médecin sans attendre le prochain rendez-vous.



Méthodes thérapeutiques

- *Vous trouverez à partir de la page 17 des informations générales sur le traitement.*
- *Pour savoir quelle méthode s'applique en fonction des différents stades, consultez la page 23.*

Opération

L'intervention chirurgicale vise à enlever toute la tumeur avec une marge de sécurité de tissu sain. Selon le stade de la maladie, une ablation partielle ou totale de l'œsophage (œsophagectomie) sera nécessaire. Lors de cette intervention, le chirurgien procède également à l'ablation des ganglions lymphatiques voisins (lymphadénectomie).

Si la tumeur est située dans la partie supérieure de l'œsophage, l'intervention est en principe effectuée en pratiquant une ouverture dans la cage thoracique. Si elle est située dans la partie basse, l'intervention est généralement pratiquée depuis la cavité abdominale.

Ensuite, la section d'œsophage subsistant dans la cage thoracique ou dans le cou est rattachée à l'estomac qui, lui, est déplacé vers le haut. Si l'estomac ne peut être déplacé, une section de gros in-

testin ou d'intestin grêle peut être prélevée afin de remplacer la partie excisée de l'œsophage.

Dans certains cas, il peut être indiqué de diminuer la taille de la tumeur avant l'opération (thérapie néoadjuvante). Ce traitement combiné – chimio- et radiothérapie – est administré en vue de faciliter l'intervention chirurgicale.

Conséquences possibles d'une opération

Veuillez consulter les renseignements concernant l'alimentation (pp. 20–21).

L'endoscopie opératoire

A un stade très précoce, la tumeur peut être traitée par endoscopie opératoire. Comme pour les examens, l'endoscope utilisé est un mince tuyau souple, mais dans ce cas, il est muni d'un rayon laser ou d'un bistouri électrique permettant au médecin de procéder à l'ablation de la tumeur. Il est introduit par la bouche.

Une telle intervention n'est possible que si la tumeur est circonscrite à la surface des muqueuses de l'œsophage (tumeur in situ, T1), que les ganglions lymphatiques ne sont pas touchés et que le grade de la tumeur est inférieur à G2 (voir p. 16).

Radiothérapie

Les rayons attaquent en général les cellules cancéreuses qui, ne pouvant plus se diviser ni proliférer, finissent par disparaître. Ils agissent toutefois aussi sur les cellules saines, ce qui peut entraîner des effets indésirables transitoires.

Contrairement aux cellules cancéreuses cependant, les cellules saines sont pour la plupart en mesure de se remettre des dégâts subis.

En règle générale, les rayons sont focalisés sur la tumeur et les ganglions lymphatiques voisins depuis l'extérieur (radiothérapie externe). Les champs à irradier sont définis au préalable de manière très précise au moyen d'une tomographie (voir p. 13), ce qui permet de protéger au mieux les organes voisins.

Pendant quatre à six semaines, le patient reçoit des rayons à raison de cinq séances hebdomadaires. Chaque séance ne dure qu'une dizaine de minutes.

Radiothérapie interne (curiethérapie)

La curiethérapie, parfois appelée *brachythérapie*, est une technique d'irradiation consistant à introduire des sources radioactives au contact ou à l'intérieur même de la tumeur. Elle permet d'irradier fortement la tumeur durant un temps prédéterminé tout en ménageant dans une large mesure les organes avoisinants.

Lorsque la cavité est un conduit de petit diamètre comme l'œsophage, on parle de *curiethérapie endoluminale*.

Dans le cas du cancer de l'œsophage, le médecin utilise un endoscope pour mettre en place la source radioactive. Cette dernière peut être «rechargée», raison pour laquelle on parle de procédé post-chargement (*afterloading*). Après le traitement, le médecin retire à nouveau la source radioactive.

Dans le cas du cancer de l'œsophage, l'intervention chirurgicale est généralement précédée d'un traitement (néoadjuvant) combiné de chimio- et radiothérapie, visant à réduire la taille de la tumeur. Ce traitement peut également être appliqué après l'opération pour détruire les cellules cancéreuses subsistantes (thérapie adjuvante).

Quand l'ablation chirurgicale de la tumeur n'est pas possible, le traitement pouvant être envisagé est la radiothérapie, seule ou combinée avec une chimiothérapie.

Effets indésirables possibles

Sécheresse ou rougeur de la peau à l'endroit traité, sécheresse de la bouche. Si l'œsophage est irradié, des troubles de la déglutition peuvent survenir, ou les troubles existants peuvent être accentués. Si tel devait être le cas, il faudrait en parler immédiatement à votre médecin.

Traitements médicamenteux

Chimiothérapie (cytostatiques)

La chimiothérapie repose sur l'emploi de médicaments qui détruisent les cellules cancéreuses ou en inhibent la croissance: les cytostatiques. Ils empêchent la multiplication rapide des cellules cancéreuses et freinent leur prolifération.

Malheureusement, les cellules normales à croissance rapide sont également affectées, par ex. les cellules responsables de la formation du sang (moelle osseuse), les cellules des cheveux, des muqueuses (notamment de l'estomac et de l'intestin), ainsi que les cellules sexuelles (spermatozoïdes et ovules).

Les effets secondaires des chimiothérapies sont dus avant tout à l'attaque des cellules saines par les cytostatiques. Contrairement aux cellules tumorales, les cellules saines ont, dans la plupart des cas, la capacité de se régénérer. Ainsi, les effets secondaires s'estompent après la fin du traitement.

Les cytostatiques sont distribués dans tout l'organisme par le biais de la circulation sanguine et ont donc un effet systémique; tel n'est pas le cas de la radiothérapie qui, elle, agit localement.

Le choix des cytostatiques utilisés – il en existe plus de cent – dépend des caractéristiques de la maladie. Pour le cancer de l'œsophage, on en combine souvent plusieurs. Ils sont administrés en quatre à six cycles entrecoupés d'une pause, la plupart du temps sous forme de perfusion.

En cas d'intervention chirurgicale, celle-ci peut être précédée d'un traitement (néoadjuvant) combiné de chimio- et radiothérapie. Parfois, ce traitement est appliqué après l'opération, on parle alors de thérapie adjuvante. Une thérapie combinée requiert généralement un séjour hospitalier.

Un traitement faisant appel uniquement à la chimiothérapie peut être appliqué si des métastases se sont déjà formées. Le but de ce traitement est d'atténuer les douleurs (traitement palliatif). Une combinaison avec une thérapie par anticorps est aussi possible. Ces traitements sont généralement ambulatoires.

Effets indésirables possibles

- > modification de la formule sanguine (nombre de globules sanguins notamment), ce qui peut augmenter le risque d'infection ou d'hémorragie ou entraîner un état de fatigue général;
- > nausées et vomissements, diarrhées;
- > fourmillements et autres troubles nerveux;
- > sécheresse des muqueuses;
- > troubles sensoriels (audition, vision);
- > syndrome mains-pieds (rougeur ou gonflement douloureux des paumes et de la plante des pieds, engourdissement);
- > perte de cheveux.

Ces effets ne surviennent pas forcément tous et leur intensité est très variable selon les traitements et les personnes. Votre oncologue et votre équipe soignante vous informeront et vous conseilleront.

Veuillez aussi consulter les indications page 19.

La thérapie à base d'anticorps

Toutes les cellules, y compris les cellules cancéreuses, ont besoin de recevoir certaines substances nécessaires à leur métabolisme et à leur croissance. Si ce mécanisme est perturbé ou interrompu, la cellule ne peut plus se diviser et meurt.

A la surface de la cellule se trouvent des récepteurs dont le rôle est de capter certains signaux (de croissance p. ex.). Récepteur et signal se correspondent de manière spécifique, à la manière d'une clé dans une serrure.

La thérapie à base d'anticorps repose sur l'usage de substances spécifiques capables de bloquer, à la surface des cellules cancéreuses, certains récepteurs indispensables à leur croissance.

Les anticorps utilisés dans le traitement du cancer de l'œsophage sont produits par technique génétique en laboratoire. Il s'agit d'anticorps monoclonaux, c'est-à-dire de la même cellule et identiques (clones).

La thérapie à base d'anticorps s'utilise de manière combinée à une chimiothérapie et dans le cadre d'une étude clinique (voir p. 21).

Effets indésirables possibles

- > troubles gastro-intestinaux;
- > dyspnée (troubles respiratoires);
- > réactions cutanées (acné);
- > risque d'infection accru;
- > risque d'hémorragies;
- > hypertension;
- > symptômes grippaux.

L'apparition de certains de ces effets secondaires et leur intensité dépendent du type de médicaments utilisés et de leur combinaison. Votre oncologue et l'équipe soignante vous informeront et conseilleront.

Veillez également tenir compte des indications page 19 et suivantes.

Médecines complémentaires

Un grand nombre de patients ont recours à des méthodes complémentaires à côté de leur traitement médical. De tels traitements sont alors pris *en complément* au traitement classique.

Certaines de ces méthodes peuvent contribuer à renforcer le système immunitaire et améliorer le bien-être général ainsi que la qualité de vie pendant et après un traitement. Elles n'ont cependant généralement guère d'effet sur la tumeur elle-même.

Les méthodes dites «parallèles» ou «alternatives» sont par contre déconseillées, car elles prétendent se substituer à la médecine classique.

C'est en discutant personnellement avec votre équipe soignante que vous pourrez définir au mieux si une méthode complémentaire peut vous être utile. Si vous avez déjà opté pour une telle méthode de votre propre initiative, il est indispensable que vous en informiez l'équipe médicale, car même si elles paraissent tout à fait inoffensives, certaines préparations ne sont pas compatibles avec votre traitement. Vous trouverez davantage d'informations à ce propos dans la brochure «Parallèles? Complémentaires?» (voir p. 36).

Vivre avec la maladie

Les progrès médicaux réalisés ces dernières décennies ont nettement amélioré la qualité et l'espérance de vie des personnes atteintes de cancer. Les traitements restent toutefois longs et éprouvants. Si certains sont capables de poursuivre leurs activités quotidiennes pendant la thérapie, d'autres n'y arrivent pas.

S'écouter

Un certain temps sera nécessaire pour vous adapter à cette nouvelle situation. Essayez de déterminer ce qui peut améliorer votre qualité de vie. L'horizon s'éclaire parfois en se posant des questions toutes simples:

- > Que souhaitez-vous vraiment?
- > De quoi avez-vous besoin?
- > Comment pourriez-vous y arriver?
- > Qui pourrait vous apporter de l'aide?

Après la fin du traitement, il n'est pas toujours facile de retrouver ses marques. Il est important à ce moment-là d'être attentif à ses propres besoins. Les adresses et les informations des annexes pourront vous être utiles.

En parler avec d'autres

Même lorsque les chances de guérison sont élevées, le cancer fait peur. Certaines personnes éprouvent le besoin d'en parler, d'autres préfèrent garder le silence. Il n'y a pas de recette universelle, et les proches ne peuvent pas toujours savoir comment réagir. Les uns et les autres ont besoin d'un certain temps pour s'adapter. La plupart des personnes malades sont toutefois reconnaissantes à leurs proches de les entourer et d'aborder avec elles leurs craintes et leurs difficultés.

Recourir à un soutien professionnel

N'hésitez pas à vous adresser à un professionnel si votre anxiété persiste ou si vous avez le sentiment que la situation vous échappe. Parlez de vos problèmes à l'équipe médicale et soignante, ou à votre médecin de famille. Au besoin, ils pourront conseiller et prescrire des mesures remboursées par la caisse-maladie.

Pour toute question d'ordre psychosocial ou en rapport avec la réadaptation, vous pouvez également vous adresser à la ligue contre le cancer de votre région ou au service social de l'hôpital.



Annexes

Information et soutien

L'équipe médicale et soignante

Elle est là pour vous informer et vous aider à surmonter les problèmes liés à la maladie et au traitement.

Votre ligue cantonale contre le cancer

Son rôle est de vous conseiller, de vous accompagner et de vous aider à affronter les difficultés liées à la maladie. Elle peut également vous proposer des cours, vous aiguiller vers un groupe d'entraide ou vous aider à clarifier des problèmes d'assurances.

La Ligne InfoCancer 0800 11 88 11

Au bout du fil, une professionnelle de la santé vous écoutera et répondra avec précision à vos questions sur votre cancer et son traitement. L'appel et les renseignements sont gratuits.

Guide du cancer

Le «Guide du cancer» est un répertoire en ligne des offres psychosociales et des prestations de nature non médicale (cours, conseils, etc.) qui visent à préserver la qualité de vie des personnes atteintes de cancer ou à l'améliorer: www.liguecancer.ch/guidecancer.

Stages de réadaptation

La Ligue contre le cancer propose des stages de réadaptation organisés en divers endroits de Suisse, selon la devise «Découvrir de nouveaux horizons»: www.liguecancer.ch/readaptation.

Autres personnes concernées

Entrer en contact avec des personnes qui ont traversé des épreuves semblables peut redonner du courage. Il faut cepen-

dant toujours garder à l'esprit que ce qui a aidé un tel ne conviendra pas forcément à votre situation.

Forums de discussion

Il existe sur Internet des forums de discussion sur le thème du cancer, notamment le forum de la Ligue contre le cancer www.forumcancer.ch, géré par la Ligne InfoCancer (Suisse). Vous pouvez aussi vous rendre sur le forum de la Ligue française contre le cancer: www.ligue-cancer.asso.fr.

Groupes d'entraide

Se retrouver dans un groupe favorise l'échange d'informations et d'expériences. Bien des choses paraissent nettement plus légères quand on en discute avec des personnes confrontées à des difficultés similaires.

Les assurances

Les frais des traitements contre le cancer sont pris en charge par l'assurance obligatoire, pour autant qu'il s'agisse de thérapies reconnues, ou que le produit figure sur la liste des spécialités de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Le remboursement de certains traitements très spécifiques peut être soumis à des conditions. Votre médecin vous donnera toutes les précisions nécessaires.

Les frais de traitements avec des substances autorisées sont également pris en charge dans le cadre d'une étude clinique (voir p. 21).

En cas de conseils ou de traitements supplémentaires non médicaux, la prise en charge par l'assurance obligatoire ou l'assurance complémentaire n'est pas

garantie. Il faut donc s'informer auprès de son assurance, ou poser la question à son médecin de famille, au médecin traitant ou à l'hôpital. La ligue contre le cancer de votre canton peut également vous soutenir dans ces démarches.

La conclusion d'une assurance complémentaire et de certaines assurances vie est parfois liée à des réserves pour les personnes qui souffrent d'un cancer.

Pour de plus amples informations sur la problématique des assurances, nous vous invitons à consulter la brochure «Cancer – prestations des assurances sociales».

Brochures de la Ligue contre le cancer

- > **Les traitements médicamenteux des cancers**
(chimiothérapie, thérapie anti-hormonale, immunothérapie)
- > **La radiothérapie**
- > **Vivre avec le cancer, sans douleur**
- > **Fatigue et cancer**
Identifier les causes, trouver des solutions
- > **Soigner son apparence durant et après la thérapie**
Peau, coiffure, couleurs et vêtements: les conseils de la Ligue contre le cancer
- > **Difficultés alimentaires en cas de cancer**
- > **Cancer et sexualité au féminin**
- > **Cancer et sexualité au masculin**
- > **L'œdème lymphatique**
Petit guide à l'intention des personnes concernées
- > **Parallèles? Complémentaires?**
Risques et bénéfices des méthodes non vérifiées en oncologie
- > **Activité physique et cancer**
Retrouver confiance en son corps grâce au mouvement
- > **Accompagner un proche atteint de cancer**
Suggestions et conseils pour les parents et amis des personnes touchées
- > **Comment aider son enfant?**
Quand Papa ou Maman a un cancer
- > **Découvrir de nouveaux horizons**
Stages de réadaptation
- > **Prédispositions héréditaires au cancer**
Des réponses aux questions que se posent les familles fortement touchées par le cancer
- > **Cancer: prestations des assurances sociales**
- > **Le cancer: des gènes à l'homme**
Un CD-ROM qui explique les mécanismes d'apparition des maladies cancéreuses, de leur origine à leur traitement (fr. 25.– + frais de port et d'emballage).
- > **Cancer – quand l'espoir de guérir s'amenuise**
Guide des offres en soins palliatifs

> **Directives anticipées de La Ligue contre le cancer**

Guide pratique et formulaire fr. 18.–, ou téléchargement gratuit sur www.liguecancer.ch/brochures/directivesanticipees

Commandes

- > Ligue contre le cancer de votre canton
- > Téléphone: 0844 85 00 00
- > Courriel: boutique@liguecancer.ch
- > Internet: www.liguecancer.ch

Vous trouverez toutes les brochures de la Ligue contre le cancer sur www.liguecancer.ch/brochures. La plupart vous seront remises gratuitement, et vous pouvez également les télécharger. La Ligue suisse contre le cancer et votre ligue cantonale peuvent vous les offrir grâce au soutien de leurs donateurs.

Autres brochures

Thérapie anticancéreuse dans le cadre d'une étude clinique

A commander auprès du Groupe suisse de recherche clinique sur le cancer (SAKK), téléphone 031 389 91 91, sakccc@sakk.ch, www.sakk.ch → Patients → Brochure destinée aux patients → Télécharger brochures → Brochure_d_information.pdf.

Sites Internet

(par ordre alphabétique)

www.cancer.ca

Site de la Société canadienne du cancer.

www.doctissimo.fr

Site français consacré à la santé.

www.espacecancer.chuv.ch

Site du CHUV de Lausanne.

www.fnclcc.fr

Site de la Fédération nationale française des centres de lutte contre le cancer, avec un dictionnaire des cancers de A à Z.

www.forumcancer.ch

Forum Internet de la Ligue contre le cancer.

www.infocancer.org

Site français consacré aux différents types de cancer.

www.ligue-cancer.asso.fr

Site de la Ligue française contre le cancer.

www.liguecancer.ch

Site de la Ligue suisse contre le cancer.

www.liguecancer.ch/migrants

Brèves informations en albanais, portugais, serbe/croate/bosniaque, espagnol, turc, et pour partie en anglais sur quelques cancers fréquents et la prévention. L'offre des thèmes abordés et des langues proposées se développe régulièrement.

www.petdiagnostik.ch → Information für unsere Patienten → informations au format PDF en français.

En anglais

www.cancer.gov

National Cancer Institute USA.

www.cancer.net

American Society of Clinical Oncology.

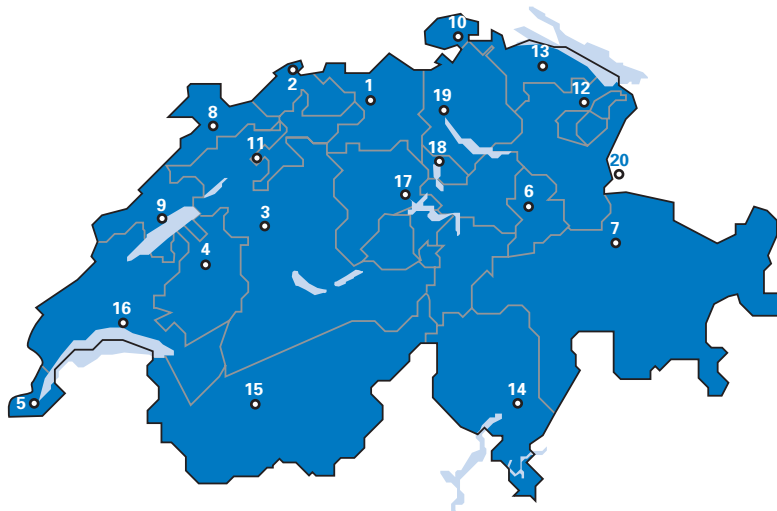
www.macmillan.org.uk

A non-profit cancer information service.

Sources

Les publications et les sites Internet mentionnés dans cette brochure ont également servi de sources pour sa rédaction. Ils correspondent pour l'essentiel aux critères de qualité de la fondation La Santé sur Internet (voir charte sur www.hon.ch/HONcode/French).

La Ligue contre le cancer de votre région offre conseils et soutien



1 Krebsliga Aargau

Milchgasse 41, 5000 Aarau
Tel. 062 834 75 75
Fax 062 834 75 76
admin@krebssliga-aargau.ch
www.krebssliga-aargau.ch
PK 50-12121-7

2 Krebsliga beider Basel

Mittlere Strasse 35, 4056 Basel
Tel. 061 319 99 88
Fax 061 319 99 89
info@klbb.ch
www.klbb.ch
PK 40-28150-6

3 Bernische Krebsliga

Ligue bernoise contre le cancer

Marktgasse 55, Postfach 184
3000 Bern 7
Tel. 031 313 24 24
Fax 031 313 24 20
info@bernischekrebssliga.ch
www.bernischekrebssliga.ch
PK 30-22695-4

4 Ligue fribourgeoise contre le cancer Krebsliga Freiburg

Route de Beaumont 2
case postale 75
1709 Fribourg
tél. 026 426 02 90
fax 026 425 54 01
info@liguecancer-fr.ch
www.liguecancer-fr.ch
CP 17-6131-3

5 Ligue genevoise contre le cancer

11, rue Leschot
1205 Genève
tél. 022 322 13 33
fax 022 322 13 39
ligue.cancer@mediane.ch
www.lgc.ch
CP 12-380-8

6 Krebsliga Glarus

Kantonsspital, 8750 Glarus
Tel. 055 646 32 47
Fax 055 646 43 00
krebssliga-gl@bluewin.ch
www.krebssliga-glarus.ch
PK 87-2462-9

7 Krebsliga Graubünden

Alexanderstrasse 38, 7000 Chur
Tel. 081 252 50 90
Fax 081 253 76 08
info@krebssliga-gr.ch
www.krebssliga-gr.ch
PK 70-1442-0

8 Ligue jurassienne contre le cancer

Rue des Moulins 12, 2800
Delémont
tél. 032 422 20 30
fax 032 422 26 10
ligue.ju.cancer@bluewin.ch
www.liguecancer-ju.ch
CP 25-7881-3

- 9 Ligue neuchâteloise contre le cancer**
Faubourg du Lac 17
case postale
2001 Neuchâtel
tél. 032 721 23 25
Incc@ne.ch
www.liguecancer-ne.ch
CP 20-6717-9
- 10 Krebsliga Schaffhausen**
Rheinstrasse 17
8200 Schaffhausen
Tel. 052 741 45 45
Fax 052 741 45 57
info@krebssliga-sh.ch
www.krebssliga-sh.ch
PK 82-3096-2
- 11 Krebsliga Solothurn**
Hauptbahnhofstrasse 12
4500 Solothurn
Tel. 032 628 68 10
Fax 032 628 68 11
info@krebssliga-so.ch
www.krebssliga-so.ch
PK 45-1044-7
- 12 Krebsliga St. Gallen-Appenzell**
Flurhofstrasse 7
9000 St. Gallen
Tel. 071 242 70 00
Fax 071 242 70 30
beratung@krebssliga-sg.ch
www.krebssliga-sg.ch
PK 90-15390-1
- 13 Thurgauische Krebsliga**
Bahnhofstrasse 5
8570 Weinfelden
Tel. 071 626 70 00
Fax 071 626 70 01
info@tgkl.ch
www.tgkl.ch
PK 85-4796-4
- 14 Lega ticinese contro il cancro**
Piazza Nosetto 3
6500 Bellinzona
Tel. 091 820 64 20
Fax 091 820 64 60
info@legacancro-ti.ch
www.legacancro-ti.ch
CP 65-126-6
- 15 Ligue valaisanne contre le cancer Krebsliga Wallis**
Siège central:
Rue de la Dixence 19, 1950 Sion
tél. 027 322 99 74
fax 027 322 99 75
info@lvcc.ch
www.lvcc.ch
Beratungsbüro:
Spitalzentrum Oberwallis
Überlandstrasse 14, 3900 Brig
Tel. 027 922 93 21
Mobile 079 644 80 18
Fax 027 970 33 34
info@krebssliga-wallis.ch
www.krebssliga-wallis.ch
CP/PK 19-340-2
- 16 Ligue vaudoise contre le cancer**
Place Pépinet 1, 1003 Lausanne
tél. 021 623 11 11
fax 021 623 11 10
info@lvc.ch
www.lvc.ch
CP 10-22260-0
- 17 Krebsliga Zentralschweiz**
Hirschmattstrasse 29, 6003 Luzern
Tel. 041 210 25 50
Fax 041 210 26 50
info@krebssliga.info
www.krebssliga.info
PK 60-13232-5
- 18 Krebsliga Zug**
Alpenstrasse 14, 6300 Zug
Tel. 041 720 20 45
Fax 041 720 20 46
info@krebssliga-zug.ch
www.krebssliga-zug.ch
PK 80-56342-6
- 19 Krebsliga Zürich**
Moussonstrasse 2, 8044 Zürich
Tel. 044 388 55 00
Fax 044 388 55 11
info@krebssliga-zh.ch
www.krebssliga-zh.ch
PK 80-868-5
- 20 Krebshilfe Liechtenstein**
Im Malarsch 4, FL-9494 Schaan
Tel. 00423 233 18 45
Fax 00423 233 18 55
admin@krebshilfe.li
www.krebshilfe.li
PK 90-4828-8

Ligue suisse contre le cancer

Effingerstrasse 40
case postale 8219
3001 Berne
tél. 031 389 91 00
fax 031 389 91 60
info@liguecancer.ch
www.liguecancer.ch
CP 30-4843-9

Ligne InfoCancer

tél. 0800 11 88 11
du lundi au vendredi
10–18 h
appel gratuit
helpline@liguecancer.ch

Forum

www.forumcancer.ch,
le forum Internet de la
Ligue contre le cancer

Guide du cancer

www.liguecancer.ch/
guidecancer, le répertoire
Internet de la Ligue contre
le cancer avec les offres
de soutien psychosocial
(conseils, cours, etc.) en
Suisse

Ligne stop-tabac

tél. 0844 000 181
max. 8 cts/min.
(sur réseau fixe)
du lundi au vendredi
11–19 h

Brochures

tél. 0844 85 00 00
boutique@liguecancer.ch
www.liguecancer.ch/
brochures

**Vos dons sont les
bienvenus.**

Unis contre le cancer

Votre Ligue contre le cancer: