



Le cancer du testicule



**Un guide de la Ligue
contre le cancer
pour les personnes concer-
nées 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 de projet et rédaction

Susanne Lanz, Ligue suisse contre le cancer, Berne

Conseils scientifiques

Dr Gianluca Giannarini, chef de clinique adjoint,
clinique et policlinique d'urologie, hôpital univer-
sitaire de l'Île, Berne

Dr Emanuel Jacky, chef de clinique, clinique et
policlinique d'oncologie, hôpital universitaire
de Zurich

Prof. Dr Tullio Sulser, directeur, clinique
d'urologie, hôpital universitaire de Zurich

Prof. George N. Thalmann, directeur et médecin-
chef, clinique et policlinique d'urologie, hôpital
universitaire de l'Île, Berne

Texte

Ruth Jahn, journaliste scientifique, Berne
Susanne Lanz, Ligue suisse contre le cancer,
Berne

Traduction

Cristina Martínez, Ligue suisse contre le cancer,
Berne

Révision

Alexia Stantchev, Ligue suisse contre le cancer,
Berne

Couverture

Adam et Eve, d'après Albrecht Dürer

Illustrations

Willi R. Hess, dessinateur scientifique, Berne

Photos

P. 4, 20, 38, 42: ImagePoint SA, Zurich

P. 26: Orange Line Media, Shutterstock

P. 34: Raymond Forbes/AGE, F1 online

Conception graphique

Wassmer Graphic Design, Zäziwil

Impression

Ast & Fischer SA, Wabern

Cette brochure est également disponible en
allemand et en italien.

© 2011, 2004 Ligue suisse contre le cancer, Berne
2^e édition revue et corrigée

Sommaire

Editorial	5
Qu'est-ce que le cancer?	6
Le cancer du testicule	8
Les testicules: les glandes sexuelles de l'homme	8
Les différents types de tumeurs du testicule	9
Les causes et les facteurs de risque	11
Les symptômes possibles	12
Les examens et le diagnostic	13
Les stades de la maladie	16
Les généralités sur le traitement	21
Le choix du traitement	22
Les effets indésirables	23
Les répercussions sur la sexualité et la fertilité	24
Le traitement dans le cadre d'une étude clinique	27
Les méthodes thérapeutiques	28
L'ablation du testicule ou orchidectomie	28
L'ablation des ganglions lymphatiques ou lymphadénectomie rétropéritonéale	29
La chimiothérapie ou les traitements médicamenteux	29
La radiothérapie	32
La surveillance active	33
Les médecines complémentaires	35
Le traitement du cancer du testicule	36
Le traitement des tumeurs séminomateuses ou séminomes	36
Le traitement des tumeurs non séminomateuses	37
Le suivi médical et la réadaptation	40
Vivre avec la maladie	41
Annexes	43



Cher lecteur,

Le cancer du testicule est une maladie rare. Ces dernières années, son traitement a connu de grands progrès: il est mieux toléré et permet de maintenir une qualité de vie raisonnable. Surtout, dans la grande majorité des cas, les hommes concernés guérissent de ce cancer.

La maladie, tant pour la personne concernée que pour les proches, représente toutefois un bouleversement. Le cancer du testicule survient d'ailleurs en général à une étape de la vie qui sollicite fortement la population masculine sur le plan professionnel et familial.

Vous trouverez dans ces pages des informations sur le diagnostic et les différents traitements. La brochure aborde aussi la question de la sexualité et de la fertilité: la plupart du temps, les hommes touchés conservent leur capacité d'érection et peuvent avoir des enfants.

La Ligue contre le cancer tient à votre disposition d'autres publications gratuites qui contiennent des informations et des conseils utiles pour affronter la maladie (voir pp. 44–45).

Avant tout, sachez que vous n'êtes pas seul. Vos proches, votre équipe médicale et les collaborateurs de votre ligue cantonale sont là pour vous.

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 du testicule – 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, qui fonctionne comme un plan de construction (les chromosomes, portant les gènes et composés de longs filaments d'acide désoxyribonucléique ou ADN).

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. On dit aussi qu'une cellule est «bien différenciée», c'est-à-dire qu'elle possède une structure relativement complexe et distincte des autres.

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. 44).

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 du testicule, 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 du testicule

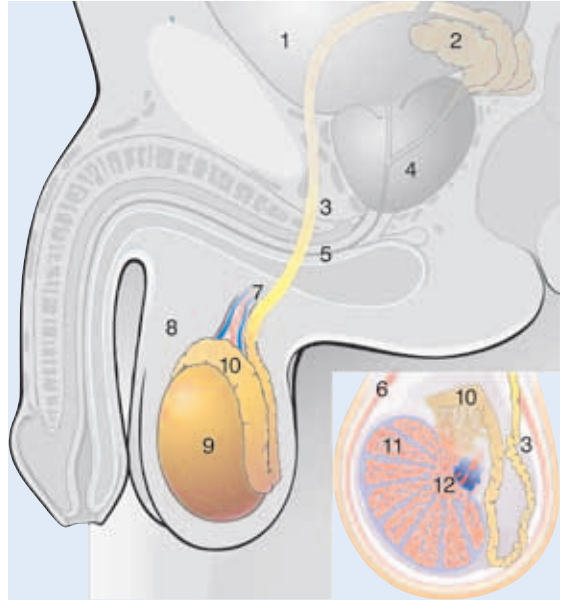
Vous trouverez ci-dessous des informations sur l'anatomie des testicules et les principales maladies cancéreuses qui peuvent les affecter.

Les testicules: les glandes sexuelles de l'homme

Entourés d'une enveloppe à plusieurs couches, les deux testicules (9) se trouvent directement sous le pénis. Ils sont logés dans les bourses (8), sortes de poches composées de peau et de muscle (6).

Les spermatozoïdes se forment à l'intérieur des testicules, plus précisément dans les tubes séminifères (11), à partir des cellules germinales (ou reproductrices). Les testicules fabriquent également la testostérone, principale hormone sexuelle mâle: elle agit sur la sécrétion des spermatozoïdes ainsi que sur le développement des organes sexuels et des caractères sexuels mâles (voix grave, barbe, capacité d'érection, désir sexuel, etc.).

Les spermatozoïdes empruntent un système de petits canaux, le rete testis (12), pour migrer vers l'épididyme (10): il s'agit d'un petit collecteur facilement palpable, situé derrière le testicule.



Vue latérale et coupe longitudinale du testicule

- 1 vessie
- 2 vésicule séminale
- 3 canal déférent
- 4 prostate
- 5 urètre
- 6 muscle crémaster

Les spermatozoïdes terminent leur maturation dans l'épididyme. Lors d'une éjaculation, ils passent par le canal déférent (3) et la prostate (4). Ils sont ensuite expulsés du pénis en suivant le conduit de l'urètre (5), mêlés à une sécrétion produite dans les vésicules séminales (2) et la prostate.



Vue frontale

- 7 cordon spermatique composé du canal déférent, de vaisseaux sanguins et de nerfs
- 8 bourse (scrotum)
- 9 testicule
- 10 épididyme
- 11 tubes (ou canalicules) séminifères
- 12 rete testis ou réseau de Haller

Les différents types de tumeurs du testicule

Les tumeurs bénignes

Dans la majorité des cas, les tumeurs qui se développent à partir des cellules du tissu de soutien sont bénignes. Les spécialistes parlent de tumeurs du *stroma* testiculaire.

Les tumeurs malignes

Lorsque l'on parle de cancer du testicule, on se réfère en particulier aux tumeurs malignes: elles se forment presque exclusivement dans les cellules reproductrices (ou germinales), programmées pour devenir des spermatozoïdes. Le cancer peut survenir à différents stades de la maturation cellulaire.

Des examens des tissus au microscope (ou examens histologiques) permettent de classer ces tumeurs. En principe, elles se subdivisent en deux groupes:

- > les tumeurs séminomateuses ou séminomes;
- > les tumeurs non séminomateuses et leurs sous-groupes. Celles-ci se composent de différents types de cellules. Pour cette raison, elles portent toutes un nom différent, en fonction du type de tissu touché: carcinome embryonnaire, choriocarcinome, tumeur du sac vitellin, tératome.

Un diagnostic exact est important, car le type de tissu atteint détermine le choix du traitement.

Dans la majorité des cas, le cancer n'atteint qu'un seul testicule. Environ 5% des hommes guéris courent cependant le risque de développer (par la suite) un cancer dans l'autre testicule.

A mesure que la tumeur progresse, elle comprime les tissus testiculaires sains. En outre, les cellules malignes peuvent se disséminer dans l'organisme via les vaisseaux sanguins et lymphatiques: elles atteignent alors des ganglions lymphatiques voisins et d'autres organes, et peuvent former des métastases (voir p. 6).

Dans le cas du cancer du testicule, les métastases les plus fréquentes se manifestent dans le poumon et dans les ganglions lymphatiques situés dans la région postérieure de l'abdomen: il s'agit des ganglions lymphatiques rétropéritonéaux. Les métastases des os, du foie et du cerveau sont nettement plus rares.

Les tumeurs germinales hors des testicules

Ces tumeurs sont dites extragonadiques parce que leur siège se trouve dans une autre région du corps que la glande sexuelle (go-

nade). Ces tumeurs primitives à cellules germinales représentent des cas particuliers, et se développent:

- > dans un ganglion lymphatique derrière le sternum (région entre les deux poumons ou médiastin, on parle aussi de ganglion lymphatique médiastinal);
- > dans un ganglion lymphatique de l'abdomen, en arrière du péritoine (ganglion rétropéritonéal);
- > dans le cerveau.

Au cours de la vie embryonnaire, des cellules germinales primitives se sont formées dans ces régions de l'organisme. Il arrive ensuite qu'elles dégèrent et donnent naissance à ces tumeurs rares.

Pour les hommes concernés par les tumeurs extragonadiques, le risque de développer par la suite un cancer du testicule à cellules germinales s'élève à moins de 5%.

400 hommes atteints chaque année en Suisse

Le cancer du testicule est une forme rare de cancer: chaque année en Suisse, environ 400 hommes sont touchés. Il représente à peu près 1% de tous les cancers masculins. Chez les hommes en dessous de 40 ans, il s'agit cependant de la maladie cancéreuse la plus fréquente.

Les causes et les facteurs de risque

On ignore les causes exactes du cancer du testicule. Certains facteurs peuvent augmenter le risque de développer la maladie, mais tous les hommes concernés ne tombent pas malades pour autant.

Le cumul simultané de certains facteurs de prédisposition entraîne un risque plus élevé, mais on ne peut exercer d'influence sur la majorité d'entre eux. Il n'y a donc aucune raison de culpabiliser.

Facteurs de risque

- > Un testicule «non descendu» dans le scrotum: les spécialistes parlent de *cryptorchidie*. Cette anomalie se produit avant la naissance, lorsque le testicule ne migre qu'en partie ou pas du tout de l'abdomen dans la bourse. Une intervention chirurgicale pour le mettre en place diminue le risque de cancer.
- > Un premier cancer dans un testicule (augmente le risque dans l'autre).
- > Une néoplasie testiculaire intraépithéliale (*testicular intraepithelial neoplasia* ou TIN): il s'agit de cellules germinales anormales, présentes

avant la naissance, qui peuvent devenir cancéreuses à la puberté en raison de la poussée hormonale. Ces cellules se détectent facilement au microscope.

- > La dysgénésie testiculaire: il s'agit d'un syndrome caractérisé par un trouble de la différenciation sexuelle (masculin/féminin). Il s'accompagne d'une malformation des voies génitales masculines et des organes génitaux externes, ainsi que de testicules de petite taille (dans le cas du syndrome de Klinefelter notamment).
- > Une infertilité primaire: malgré des rapports sexuels réguliers, le couple ne parvient pas à concevoir d'enfant.
- > Des antécédents familiaux: un cancer du testicule a déjà atteint un parent de premier degré (père, frère).

En revanche, le phénomène du testicule oscillant (ou «ascenseur») ne constitue pas un facteur de risque. Il se caractérise par la montée intermittente du testicule dans le canal inguinal (notamment en réaction au froid).

Enfin, la fréquence des rapports sexuels, le port de pantalons ajustés ou la pratique de sports tels que la boxe, le cyclisme ou le football ne représentent aucun danger!

Les symptômes possibles

Les premiers signaux se font généralement sentir à un stade précoce. La majorité des hommes éprouvent une sensation bizarre. Il peut aussi arriver que leur partenaire remarque un changement à l'occasion de caresses.

Symptômes précoces possibles

- > Gonflement du testicule ou testicule plus volumineux (indolore la plupart du temps);
- > Durcissement à l'intérieur d'un testicule ou présence de nodules (généralement indolore);
- > Un tiraillement, une tension ou une sensation de poids dans la région des testicules ou de l'aîne;
- > Une accumulation de liquide dans le scrotum (hydrocèle);
- > Des douleurs, un testicule plus sensible au toucher;
- > Un gonflement de la glande mammaire (dû à la production d'hormones féminines par certaines tumeurs du testicule).

Autres symptômes

- > Fatigue, baisse de vitalité
- > Perte d'appétit, nausée
- > Perte de poids
- > Douleurs dorsales
- > Insuffisance respiratoire

Ces symptômes peuvent déjà signaler l'atteinte de ganglions lymphatiques ou la formation de métastases.

Il est aussi possible que les symptômes évoqués soient causés par d'autres maladies ou s'avèrent inoffensifs. Toute anomalie ou modification du testicule, même indolore, doit toutefois inciter à consulter.

Important

Les hommes jeunes ont parfois tendance à refuser de se rendre chez le médecin, de crainte de passer pour des «petites natures». Ils pensent que ce n'est pas grand-chose et sont donc gênés à l'idée de consulter.

Si quelque chose vous semble suspect ou différent, il ne faut pas attendre ou repousser le moment de consulter, même si vous ne constatez qu'un seul des symptômes énumérés ou que vous espérez les voir disparaître spontanément.

S'il devait s'agir d'un cancer du testicule, le plus tôt sera le mieux pour commencer le traitement. Enfin, consultation et traitement sont également indiqués en cas de problème moins grave, comme une inflammation par exemple.

Les examens et le diagnostic

Plusieurs examens sont entrepris en cas de soupçon de cancer du testicule.

L'anamnèse et la palpation

Le médecin pose des questions sur les symptômes et les possibles facteurs de risque. Ensuite, il palpe les testicules pour détecter d'éventuels nodules, et contrôle également si les ganglions lymphatiques (y compris de la partie supérieure du corps) et/ou les glandes mammaires sont enflés (voir «Les symptômes possibles» p. 12).

L'échographie

La palpation et l'échographie représentent les principaux examens pour décider s'il faut opérer afin d'établir un diagnostic. Vous entendrez peut-être aussi le terme d'échographie scrotale (ou testiculaire). Elle nécessite une sonde de haute résolution et permet de visualiser l'intérieur du testicule au moyen d'ultrasons.

Indolore et sans danger, cette méthode d'exploration ne se fonde pas sur l'emploi de rayonnements: les prises de vue s'effectuent à l'aide d'ultrasons, puis un ordinateur les convertit en images. On peut alors visualiser les différents couches ou types de tissu, ainsi que d'éventuelles anomalies.

L'échographie permet aussi d'observer et d'évaluer partiellement les modifications des ganglions lymphatiques et des organes internes.

La recherche des marqueurs tumoraux sériques

Si l'on suspecte un cancer du testicule, on cherchera à déterminer la présence de marqueurs tumoraux à l'aide d'un prélèvement sanguin: il s'agit de substances produites par les cellules cancéreuses et détectables dans le sang. Pour cette raison, on parle aussi de marqueurs tumoraux sériques, car le sérum contient ces marqueurs.

Les marqueurs caractéristiques d'un cancer du testicule sont:

- > l'alpha-foetoprotéine (AFP);
- > la gonadotrophine chorionique (hCG);
- > la lactico-déshydrogénase (LDH).

En cas de séminome (voir p. 9), environ 10% des hommes concernés présentent des taux élevés de gonadotrophine chorionique. Une tumeur non séminomateuse s'accompagne quant à elle d'une hausse des 3 marqueurs chez 70% des hommes. Enfin, dans environ 90% de toutes les tumeurs testiculaires, on constate un taux élevé d'au moins un des marqueurs suivants: l'AFP ou la hCG.

Leur présence permet d'évaluer le risque de cancer, d'effectuer des contrôles au cours de la thérapie, et de déterminer l'efficacité du traitement. Pour cette raison, on procède toujours à leur dosage avant le début du traitement. Toutefois, l'absence de marqueurs tumoraux ne permet pas d'exclure totalement une tumeur.

S'ils reviennent à des valeurs normales après l'opération, il y a de fortes chances que la tumeur ait été retirée complètement. Des taux qui demeurent élevés dans le sang trahissent en revanche la présence de métastases.

Chirurgie et examen histologique

Si les premiers examens effectués semblent indiquer un cancer du testicule, un examen histologique des tissus s'avère indispensable pour confirmer ou infirmer définitivement le diagnostic de la maladie.

Une intervention chirurgicale est nécessaire pour effectuer un prélèvement de tissu (biopsie). Le chirurgien accède au testicule suspect en pratiquant une incision dans l'aîne. Il comprime (clampe) les vaisseaux pour empêcher d'éventuelles cellules cancéreuses de se disséminer via les vaisseaux sanguins ou lymphatiques. Ensuite, il prélève un fragment de tissu, directement analysé en service de pathologie (analyse extemporanée du tissu).

En règle générale, une tumeur bénigne est retirée en procédant à une énucléation: cette opération consiste à extraire la tumeur du tissu testiculaire puis à remettre le testicule en place.

En présence d'une tumeur maligne, le chirurgien doit enlever le testicule, l'épididyme, le cordon sper-

L'examen du sperme ou spermogramme

Une tumeur du testicule peut diminuer la qualité du sperme. Un examen pratiqué en laboratoire, le spermogramme, permet de l'analyser: il consiste à examiner le nombre des spermatozoïdes normalement formés et leur mobilité. Il s'agit d'une étape importante pour les hommes qui envisagent la conservation de leur sperme avant le début du traitement (voir p. 25).

matique ainsi que les vaisseaux sanguins qui y sont reliés. Les spécialistes appellent cette intervention *orchidectomie* (voir p. 28).

Si des métastases à distance se sont déjà formées, on prescrit dans certains cas une chimiothérapie néoadjuvante (voir p. 30) avant de procéder à l'orchidectomie.

Dans certaines situations (voir p. 28), il est recommandé d'effectuer une biopsie du second testicule.

Des analyses histologiques du tissu prélevé permettront de déterminer le type de tumeur (voir p. 9) et sa classification (voir p. 16).

Toutefois, pour préciser exactement la classe et le stade de la tumeur, on doit en général procéder à d'autres examens d'imagerie médicale.

Important

Vous n'envisagez peut-être pas de fonder une famille pour le moment. Nous vous conseillons malgré tout de poser vos questions autour de la sexualité, de la fertilité et de la paternité *avant* une intervention chirurgicale ou un autre traitement. Votre médecin discutera de ces sujets en profondeur avec vous (voir aussi p. 24).

La tomographie assistée par ordinateur (CT)

La tomographie assistée par ordinateur ou CT (*computed tomography* en anglais) nécessite des doses de rayonnement relativement élevées. Le patient est soumis à un balayage de rayons X émis de façon circulaire autour du corps. L'appareil recueille les données enregistrées suivant différentes perspectives et les transmet à un ordinateur qui les restitue sous forme de coupes transversales et d'images en 3 dimensions.

Cet examen met en évidence les ganglions lymphatiques agrandis par la tumeur dans les régions abdominale, pelvienne, thoracique ou dans le cou. Les cellules cancéreuses peuvent en effet les atteindre via les vaisseaux lymphatiques.

Il détecte aussi la présence de métastases dans d'autres organes. Le poumon représente l'organe le plus fréquemment touché. A des stades très avancés de la maladie, on en observe aussi dans le foie, les os ou le cerveau.

Dans de rares cas, si la situation et les résultats obtenus l'exigent, d'autres techniques d'imagerie médicale peuvent être utiles, notamment la tomographie à résonance magnétique (TRM) ou la scintigraphie osseuse.

Les stades de la maladie

La classification

Les différents examens permettent d'évaluer l'extension de la tumeur. On parle de classification ou de stadification (*staging*). Ce sys-

tème permet d'adopter le meilleur traitement possible, il s'agit donc d'une étape importante. La classification internationale TNM aide à déterminer le stade de la maladie. En cas de cancer du testicule, on ajoute la lettre S (voir ci-dessous).

T Le T désigne l'étendue locale de la tumeur, exprimée par les chiffres de 0 à 4: plus le chiffre est élevé, plus la tumeur s'est propagée localement (et plus sa taille augmente).

Le «p» apposé au «T» indique que la tumeur primaire et son extension ont été évaluées après l'orchidectomie (voir p. 28), sur la base d'examens histologiques pratiqués au service de pathologie.

pTX Impossible d'évaluer la tumeur primaire.

pT0 Aucun signe d'une tumeur primitive (en cas de tissu cicatriciel notamment).

pTis Carcinome in situ ou néoplasie germinale intraépithéliale (TIN): forme précoce d'une tumeur (voir «Facteurs de risque», p. 11).

pT1 Tumeur limitée au testicule et à l'épididyme, sans propagation aux vaisseaux sanguins et lymphatiques.

pT2 Tumeur du testicule et de l'épididyme, avec propagation aux vaisseaux sanguins et lymphatiques ou à la couche enveloppant le testicule (tunique albuginée).

pT3 La tumeur envahit le cordon spermatique.

pT4 La tumeur envahit le scrotum.

N	Le N (<i>node</i> en anglais) représente les ganglions lymphatiques: il indique le degré d'atteinte des ganglions lymphatiques avoisinants (régionaux) dans la région postérieure de l'abdomen ou rétropéritoine.
NX	Impossible d'évaluer les ganglions lymphatiques régionaux.
N0	Métastases indétectables dans les ganglions lymphatiques régionaux.
N1	Métastases ganglionnaires de 2 cm au maximum.
N2	Métastases ganglionnaires mesurant entre 2 et 5 cm.
N3	Métastases ganglionnaires mesurant plus de 5 cm.

M	Le M désigne la formation de métastases dans d'autres organes. On les appelle aussi métastases à distance.
M0	Pas de métastases à distance détectables.
M1	Métastases à distance (cage thoracique, cou) ou M1a atteinte des poumons M1b métastases à distance dans d'autres organes (foie, cerveau, os).

La classification S

En complément à la classification TNM, les médecins tiennent également compte des marqueurs tumoraux sériques pour planifier le

traitement. Leurs taux sont soumis à des contrôles réguliers, car ils peuvent changer après l'opération ou d'autres traitements.

Marqueurs tumoraux sériques

S Le S renvoie au sérum sanguin (constituant du sang). Les lettres et chiffres supplémentaires indiquent la concentration (quantité, taux) des marqueurs tumoraux dans le sérum.

SX Le dosage des marqueurs est indisponible ou non effectué.

S0 Les marqueurs se situent dans les valeurs normales.

S1-S3 Le taux des marqueurs est légèrement élevé à très élevé.

La stadification

Sur la base de la classification TNM et des marqueurs tumoraux sériques, il est possible de simplifier la classification des tumeurs du testicule en trois stades.

En fonction d'autres facteurs (de risque) à prendre en considération, ils se divisent à leur tour en plusieurs sous-stades: leur rôle est important, tant pour le choix thérapeutique que pour le pronostic.

Nous ne pouvons ici vous les décrire tous, mais votre médecin vous donnera les informations relatives à votre situation dans le détail. Il vous informera également sur la reclassification (*restaging*), qui consiste à réévaluer la mala-

die pendant et après le traitement: si les cellules cancéreuses répondent positivement au traitement, il tiendra compte de cette nouvelle situation et adaptera le stade de la maladie en conséquence.

Stade I

La tumeur se limite au testicule et à l'épididyme (pT1 à pT4).

Aucun ganglion lymphatique n'est touché (N0), ou l'atteinte n'est pas détectable.

Pas de métastases à distance détectables (M0).

Les marqueurs tumoraux sériques n'ont pas été évalués ou sont normaux (SX, S0).

Stade II

Extension de la tumeur pTX à pT4.

Atteinte d'un ou de plusieurs ganglions lymphatiques dans la région postérieure de l'abdomen (N1 à N3).

Aucune métastase à distance (M0) décelable.

Les marqueurs tumoraux sériques sont normaux ou légèrement élevés (S0 à S1).

Stade III

Extension de la tumeur pTX à pT4.

Atteinte des ganglions lymphatiques N0 à N3.

Atteinte de ganglions lymphatiques hors de l'abdomen et/ou présence de métastases à distance dans d'autres organes (M1).

Marqueurs tumoraux sériques S0 à S3.

Si les marqueurs tumoraux sériques ne changent pas après une opération ou un traitement, les médecins penchent pour un stade III, même si des métastases ne sont pas décelables (M0). En effet, le risque que des métastases occultes (cachées, non visibles) se soient formées est élevé.

Bon à savoir

Les chances de guérison en cas de cancer du testicule sont bonnes, quel que soit le stade de la tumeur. Le traitement s'avère cependant moins agressif à un stade précoce, et rend les chances de guérison à long terme meilleures.

Des métastases occultes peuvent survenir dès le stade I. Sur la base de différents éléments, les médecins définissent des facteurs de risque ou de pronostic, et il arrive qu'à ce stade, ils décident de prescrire un traitement complémentaire ou adjuvant.



Les généralités sur le traitement

- *Chaque méthode thérapeutique est décrite à partir de la page 28.*
 - *À partir de la page 36, vous trouverez des explications plus détaillées sur le traitement spécifique de chaque stade du cancer du testicule.*
- > la chimiothérapie (traitement à base de médicaments);
 - > la radiothérapie de ganglions lymphatiques (traitement par irradiation).

Le choix du traitement dépend avant tout des facteurs suivants:

- > du type de cancer du testicule (tumeur séminomateuse ou non);
- > des résultats des examens sanguins (marqueurs tumoraux);
- > du stade de la maladie (voir p. 16), déterminé notamment par l'atteinte éventuelle de ganglions lymphatiques, le type de ganglions lymphatiques touchés, et la présence ou non de métastases dans d'autres organes;
- > des souhaits du patient et de sa sensibilité personnelle.

Les principales options thérapeutiques

Les médecins prescrivent surtout:

- > l'ablation du testicule (orchidectomie);
- > la lymphadénectomie rétro-péritonéale qui consiste à retirer des ganglions lymphatiques de la partie arrière de l'abdomen;

Ces traitements peuvent s'administrer seuls ou s'associer à d'autres, simultanément ou l'un après l'autre. Le principal objectif consiste à retirer la totalité ou le maximum de la tumeur et d'éventuelles métastases.

Les objectifs thérapeutiques

Il est possible de guérir le cancer du testicule dans la majorité des cas, et même à des stades avancés (ce qui n'est pas le cas pour la majorité des autres types de cancers). Chaque traitement a donc la guérison pour objectif, et les chances sont d'autant plus grandes à un stade précoce de la maladie.

Dans les quelques situations où la guérison complète n'est pas possible, le traitement permet de vivre sans inconvénients majeurs pendant une période relativement longue.

Sans traitement, l'issue de la maladie est fatale la plupart du temps.

Les principes thérapeutiques

Traitement néoadjuvant ou préopératoire

Il s'agit d'un traitement qui précède l'opération pour réduire la taille de la tumeur. Le chirurgien peut ainsi la retirer complètement tout en ménageant au maximum les tissus voisins.

Traitement adjuvant

Ce traitement s'administre après l'opération, afin d'éliminer d'éventuelles cellules malignes résiduelles, diminuer le risque de récurrence, de formation de métastases, et augmenter les chances de guérison. Une chimiothérapie ou une radiothérapie adjuvante sont relativement fréquentes après une orchidectomie.

Le choix du traitement

Une équipe pluridisciplinaire planifie et suit le traitement: l'urologue est le médecin spécialiste des maladies affectant les organes sexuels masculins, les reins, les voies urinaires et la vessie. L'oncologue se charge du traitement médicamenteux (chimiothérapie) et le radio-oncologue de la radiothérapie. Enfin, le médecin spécialisé en pathologie examine les tissus et identifie ceux qui sont cancéreux. Ces différents experts

se concertent pour vous proposer la meilleure thérapie possible dans votre cas particulier.

Vous participez aux décisions

Nous vous recommandons de discuter des différentes options possibles avec chaque spécialiste. Idéalement, l'un d'eux coordonne les différentes étapes du traitement. 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 à 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.

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 psychique ou social.

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

- > Est-ce que l'hôpital dans lequel vous êtes pris en charge est spécialisé dans le traitement du cancer du testicule?
- > Existe-t-il d'autres options thérapeutiques?
- > Quels sont les avantages et les inconvénients du traitement proposé, également en termes de qualité de vie et/ou de survie?
- > Existe-t-il des alternatives au traitement proposé?
- > A quels effets indésirables faut-il s'attendre? Seront-ils passagers ou durables? Comment peut-on les combattre?
- > Quelles sont les conséquences de la maladie et du traitement sur la fertilité et la sexualité?
- > Quelles répercussions la maladie et le traitement ont-ils sur le quotidien, l'entourage, votre bien-être?
- > Si l'on renonce à certains traitements, quelles en sont les conséquences en termes de survie et de qualité de vie?

Les effets indésirables

La survenue ou non d'effets indésirables et leur importance varient beaucoup d'un individu à l'autre. Le chapitre «Méthodes thérapeutiques» (voir p. 28 et suiv.) aborde ceux qui sont susceptibles de se manifester en cours de traitement puis de s'atténuer. D'autres apparaissent une fois le traitement achevé. Un grand nombre d'entre eux régressent en quelques jours, d'autres en quelques semaines, voire au bout de plusieurs mois.

Des médicaments ou des soins médicaux permettent aujourd'hui de les atténuer considérablement: Votre équipe médicale et soignante vous informera à ce propos.

Important

- > Beaucoup d'effets indésirables (douleurs, nausée) sont prévisibles. Pour éviter leur apparition, vous devrez peut-être prendre certains médicaments d'accompagnement à l'avance (voir p. 31). Veillez à bien respecter la prescription.
- > Avant d'utiliser certains produits de votre propre initiative, consultez toujours votre équipe soignante d'abord. Cette recommandation vaut également pour les onguents, lotions ou médicaments de médecine complémentaire,

car un produit «naturel» qui vous paraît inoffensif peut en réalité interférer avec votre traitement et s'avérer contre-indiqué.

- > Si vous ressentez des douleurs, surtout ne les supportez pas en silence: parlez-en ouvertement avec votre médecin, car il est toujours possible de soulager les douleurs d'origine cancéreuse, voire même de les supprimer complètement dans de nombreux cas.

De nombreuses brochures de la Ligue contre le cancer décrivent les traitements actuels ainsi que les effets de la maladie et du traitement. Vous y trouverez des conseils pour mieux les affronter (voir pp. 44–45).

Les répercussions sur la sexualité et la fertilité

Un diagnostic de cancer du testicule soulève non seulement des questions sur les chances de guérison, mais aussi sur les conséquences de la maladie et du traitement sur la sexualité et la capacité de procréation.

Dans pratiquement tous les cas, il est nécessaire d'enlever le testicule malade. Généralement, votre sexualité et votre capacité à pro-

créer demeurent toutefois intactes, car l'autre testicule compense largement, à condition qu'il soit sain. Vous conserverez donc votre puissance sexuelle et continuerez à avoir des érections, des éjaculations et des orgasmes.

Toutefois, si le chirurgien doit retirer des ganglions lymphatiques, il se peut que des nerfs responsables de l'éjaculation soient abîmés au cours de l'intervention (voir p. 29, «L'ablation de ganglions lymphatiques ou lymphadénectomie rétropéritonéale»).

La chimiothérapie et (dans une moindre mesure) la radiothérapie ont un effet défavorable sur la production et la qualité des spermatozoïdes pendant un certain temps (pour une période allant de quelques mois voire à quelques années). Pour cette raison, pendant le traitement et une certaine période au-delà, l'usage d'un contraceptif s'impose absolument.

En règle générale, il est ensuite à nouveau possible de concevoir un enfant, à condition que la capacité de procréation ait déjà été bonne avant la maladie. Un spermogramme permettra de le déterminer (voir p. 14).

Avant l'opération et le début d'autres traitements, discutez-en avec votre médecin.

Même si la question des enfants vous paraît secondaire pour l'instant, ou que vous avez de très bonnes chances de conserver votre capacité de procréation, les spécialistes recommandent malgré tout de procéder à la conservation de spermatozoïdes, car l'évolution de la maladie et le processus de guérison ne peuvent se prévoir à coup sûr.

La conservation de spermatozoïdes ou de tissu testiculaire

Les hommes peuvent aujourd'hui recourir à la cryoconservation: cette méthode consiste à congeler des spermatozoïdes et à les déposer dans une banque à sperme, même pendant des années. Cette méthode garantit leur viabilité.

Une autre option, le prélèvement chirurgical de tissu testiculaire, permet de le congeler pour en extraire plus tard des spermatozoïdes. Les spécialistes parlent d'extraction testiculaire de sperme ou TESE (*testicular sperm extraction*). Elle s'avère utile en cas d'absence de spermatozoïdes dans le liquide séminal.

Si la capacité de procréation ne se rétablit plus, ces méthodes permettent par la suite de concevoir un enfant par reproduction assistée.

L'assurance-maladie obligatoire n'est pas tenue de participer aux frais de la cryoconservation. Il vaut toutefois la peine de négocier directement avec votre assurance, en demandant éventuellement à votre médecin de vous soutenir. Peut-être votre caisse-maladie accorde-t-elle des exceptions.

Certains hommes atteints par un cancer du testicule présentent déjà une qualité de sperme insuffisante avant le diagnostic. Pour cette raison, il convient d'effectuer un spermogramme préalablement à la conservation (voir p. 14).

Pour en savoir plus

Si vous souhaitez davantage de renseignements sur les effets de la maladie et des traitements sur la sexualité, vous pouvez lire la brochure «Cancer et sexualité au masculin» (voir p. 44). Les cellules cancéreuses ne sont pas transmissibles et la maladie n'est pas contagieuse (ni par un baiser, ni par un rapport sexuel ou des caresses).



Le 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. Il s'agit généralement d'optimiser des traitements qui existent déjà, afin d'augmenter leur efficacité, d'en atténuer les effets secondaires ou bien encore de prolonger l'espérance de vie. Il est donc nécessaire de réaliser une étude clinique qui implique directement des patients.

Il se peut que dans le cadre du traitement, on vous propose de participer à une telle étude. La décision vous appartient entièrement, vous êtes libre d'accepter ou de refuser. À tout moment, vous pouvez vous retirer ou interrompre le traitement, de même que vous pouvez simplement demander à être informé sur les études en cours. Seul un entretien personnel avec le médecin permet d'en déterminer les avantages et les inconvénients.

Si vous refusez de prendre part à une étude clinique, cela n'aura aucune influence négative sur votre traitement. Vous serez soigné dans tous les cas selon les connaissances scientifiques les plus récentes. La brochure «Thérapie anticancéreuse dans le cadre d'une étude clinique» (voir p. 45) permet d'en savoir plus.

Les méthodes thérapeutiques

- *Les méthodes décrites dans ce chapitre ne sont jamais toutes utilisées pour un seul et même patient.*
- *Pour savoir quelle méthode s'applique en fonction des différentes situations, reportez-vous à la p. 36.*

L'ablation du testicule ou orchidectomie

Cette opération dure environ une heure, sous anesthésie locale ou générale: le chirurgien pratique une incision dans l'aîne puis retire la tumeur, mais aussi le testicule, l'épididyme et le cordon spermatique.

Prothèse

Si le patient le désire, le chirurgien peut remplacer le volume du testicule enlevé par un implant en silicone. En principe, cette intervention peut se réaliser directement après l'orchidectomie, mais il est recommandé d'attendre les résultats des analyses pour savoir si des traitements complémentaires s'avèrent nécessaires. Dans ces cas-là, l'implant se pose plus tard, dans le cadre d'une petite intervention. Votre urologue vous fournira les explications nécessaires.

L'analyse du tissu prélevé par un médecin spécialisé en pathologie révèle ensuite de quel type de tumeur il s'agit (tumeur séminomateuse ou non, voir p. 9). En règle générale, il faut quelques jours pour obtenir les résultats.

Lorsqu'il est difficile de déterminer avec certitude s'il s'agit d'une tumeur maligne, le tissu est analysé pendant l'opération. On parle alors d'examen histologique extemporané. Si la tumeur est bénigne, le chirurgien n'enlève en général que la tumeur, puis il remet le testicule en place.

Parfois aussi, le chirurgien prélève pendant l'opération un petit fragment de tissu sur l'autre testicule, pour déceler d'éventuelles lésions précancéreuses (TIN, voir p.11). Le risque de développer plus tard un cancer dans l'autre testicule est cependant faible et s'élève à 5%.

En règle générale, l'orchidectomie ne limite pas la capacité à obtenir une érection et un orgasme. Vous pouvez aussi envisager d'avoir des enfants car le second testicule assure généralement la relève et produit suffisamment de spermatozoïdes et de testostérone (voir aussi p. 24).

L'ablation de ganglions lymphatiques ou lymphadénectomie rétropéritonéale

- *A partir de la page 36, vous trouverez des explications sur les indications de cette opération et sur les autres options thérapeutiques.*

Sur la base des résultats obtenus lors des examens d'imagerie médicale (voir p. 13 et suiv.) et d'autres facteurs, il peut arriver que l'ablation de certains ganglions s'avère nécessaire dans le rétropéritoine (région à l'arrière de l'abdomen). Cette opération s'appelle lymphadénectomie rétropéritonéale (*retroperitoneal lymphadenectomy* ou RLA en anglais).

Si à l'issue d'une chimiothérapie des résidus tumoraux subsistent dans le tissu ganglionnaire, il est possible de devoir opérer à nouveau pour les retirer.

Suites possibles de l'opération

Malgré l'usage de techniques de pointe, la lymphadénectomie rétropéritonéale peut endommager ou couper des nerfs qui commandent l'éjaculation, entraînant par la suite une éjaculation rétrograde: ce phénomène désigne l'émission du sperme dans la vessie, et limite la capacité de procréation.

Dans de très nombreux cas cependant, des centres spécialisés pratiquent aujourd'hui une intervention qui permet de conserver les nerfs érecteurs. Dans un cas comme dans l'autre, il est recommandé (dans la mesure du possible) de procéder à la conservation de spermatozoïdes, avant une opération ou un autre traitement (voir p. 25).

Vous pouvez également lire les généralités à partir de la page 21.

La chimiothérapie ou les traitements médicamenteux

- *Vous pouvez lire à partir de la page 36 dans quelles situations un traitement médicamenteux entre en ligne de compte et quelles sont les autres options thérapeutiques.*

La chimiothérapie

Ce traitement repose sur l'emploi de cytostatiques, médicaments qui détruisent les cellules cancéreuses ou freinent leur croissance. Les cytostatiques se répandent dans tout l'organisme via la circulation sanguine: on parle d'un effet systémique (parce que les médicaments agissent justement dans tout le corps). Ils empêchent la multiplication des cellules ma-

lignes et inhibent leur prolifération, ce qui permet de faire diminuer ou d'éliminer des résidus tumoraux dans l'organisme et de freiner un maximum la prolifération des métastases.

Toutefois, l'action systémique des médicaments fait que des cellules saines à croissance rapide peuvent également être affectées, comme les cellules sanguines, les cellules des follicules pileux ou des muqueuses (bouche, estomac, intestin, vagin). Ce phénomène explique la grande majorité des effets secondaires du traitement. Ils diminuent une fois le traitement terminé: les cellules saines se régénèrent tandis que les cellules cancéreuses disparaissent.

Pour en savoir plus

Vous trouverez des informations plus détaillées sur les thérapies médicamenteuses et des conseils contre leurs effets indésirables dans la brochure «Les traitements médicamenteux des cancers» (voir p. 44).

Une grande variété de médicaments

Le choix des cytostatiques – il en existe plus de 100 – dépend du cancer à traiter. Pour soigner un cancer du testicule, les médecins combinent souvent plusieurs médicaments. En fonction de l'évaluation du risque, il faudra entreprendre soit une monochimiothérapie (basée sur une seule substance), soit une polychimiothérapie associant jusqu'à trois substances différentes.

Dans la plupart des cas, une chimiothérapie adjuvante est prescrite après l'orchidectomie (voir p. 28). En revanche, si des métastases sont présentes dans d'autres organes, une chimiothérapie s'impose avant l'orchidectomie: on parle alors de chimiothérapie néoadjuvante. Elle vise à détruire immédiatement un maximum de cellules cancéreuses.

Les cytostatiques s'administrent par voie intraveineuse, généralement pendant plusieurs mois et en plusieurs cycles entrecoupés de pauses. Ce rythme permet aux cellules saines de se régénérer.

Effets indésirables possibles

- > Baisse des cellules sanguines (pâleur, fatigue, baisse de vitalité, augmentation du risque d'infection et d'hémorragie)

- > Nausées, troubles gastro-intestinaux
- > Production et qualité du sperme réduite
- > Perte de cheveux
- > Inflammation des muqueuses
- > Troubles auditifs (acouphènes)
- > Troubles fonctionnels des reins (insuffisance rénale)
- > Troubles de la circulation sanguine parfois douloureux aux doigts et doigts de pied (syndrome de Raynaud)

Les généralités à partir de la page 23 peuvent également vous être utiles.

La chimiothérapie à haute dose

On peut envisager une chimiothérapie à haute dose (ou intensive) lorsque la maladie est diagnostiquée à un stade avancé ou si la chimiothérapie à dose normale ne peut venir à bout de toutes les cellules malignes.

Les médicaments d'accompagnement

Votre médecin peut vous prescrire des médicaments ou des thérapies d'accompagnement – parfois même à titre préventif – pour vous aider à lutter contre des symptômes liés à la maladie et aux traitements comme les nausées, la fièvre, certaines infections, une anémie ou des douleurs:

- > médicaments contre les nausées et les vomissements;
- > bains de bouche ou sprays en cas de plaie ouverte dans la bouche;
- > antibiotiques contre les infections bactériennes;
- > antimycosiques contre les affections provoquées par des champignons;
- > analgésiques (voir aussi la brochure «Vivre avec le cancer, sans douleur» p. 44);
- > transfusions sanguines ou médicaments comme l'érythropoïétine en cas d'anémie ou transfusions de plaquettes sanguines lors de risque d'hémorragie;
- > en cas de taux de globules blancs trop bas, prescription de médicaments favorisant leur formation;
- > Préparations à base de cortisone pour traiter des troubles de différente nature.

La chimiothérapie à haute dose s'administre dans des services spécialisés et implique une hospitalisation. Les personnes concernées et leurs proches y recevront tous les renseignements nécessaires sur les avantages et les inconvénients de ce type de traitement.

Vous pouvez aussi consulter la brochure «Les traitements médicamenteux des cancers» (voir p. 44).

La radiothérapie

- *Vous trouverez à la page 36 les indications de la radiothérapie et des informations sur les autres options thérapeutiques.*

La radiothérapie endommage avant tout les cellules cancéreuses qui, ne pouvant plus se diviser et se multiplier, finissent par disparaître. Les rayons agissent également sur les cellules saines, ce qui peut entraîner des effets indésirables pendant quelque temps. Dans la plupart des cas, contrairement aux cellules tumorales, les cellules saines ont la capacité de se régénérer.

Elle n'entre en ligne de compte que pour les tumeurs séminomateuses, car les tumeurs non séminomateuses ne sont pas sensibles aux rayons.

Pendant deux semaines, à raison de cinq séances hebdomadaires, la personne concernée se rend dans un service de radio-oncologie pour suivre le traitement. Une séance de radiothérapie dure environ dix minutes. L'entretien préliminaire et la préparation nécessitent en revanche davantage de temps.

Les rayons traversent la peau (on parle aussi de radiothérapie percutanée) et atteignent de manière ciblée les groupes de ganglions lymphatiques et les voies de drainage lymphatique que la tumeur a atteints.

Au préalable, le médecin procède à une tomographie assistée par ordinateur pour délimiter exactement la région à irradier. Il calcule également les doses de rayons et les zones où elles doivent agir. Ce travail en amont permet de ménager au maximum les organes environnants.

Pour en savoir plus

Vous trouverez des informations plus détaillées sur le traitement par irradiation et ce que vous pouvez entreprendre contre les effets indésirables dans la brochure «La radiothérapie» (voir p. 44).

Effets indésirables possibles

- > Sécheresse ou rougeur de la peau irradiée
- > Nausées, vomissements, diarrhée
- > Fatigue

Vous pouvez également vous reporter aux généralités à partir de la page 21.

La surveillance active

- *Dans quels cas recommande-t-on de renoncer à un traitement adjuvant sans mettre en péril les chances de guérison? Vous trouverez des éléments de réponse à partir de la page 36.*

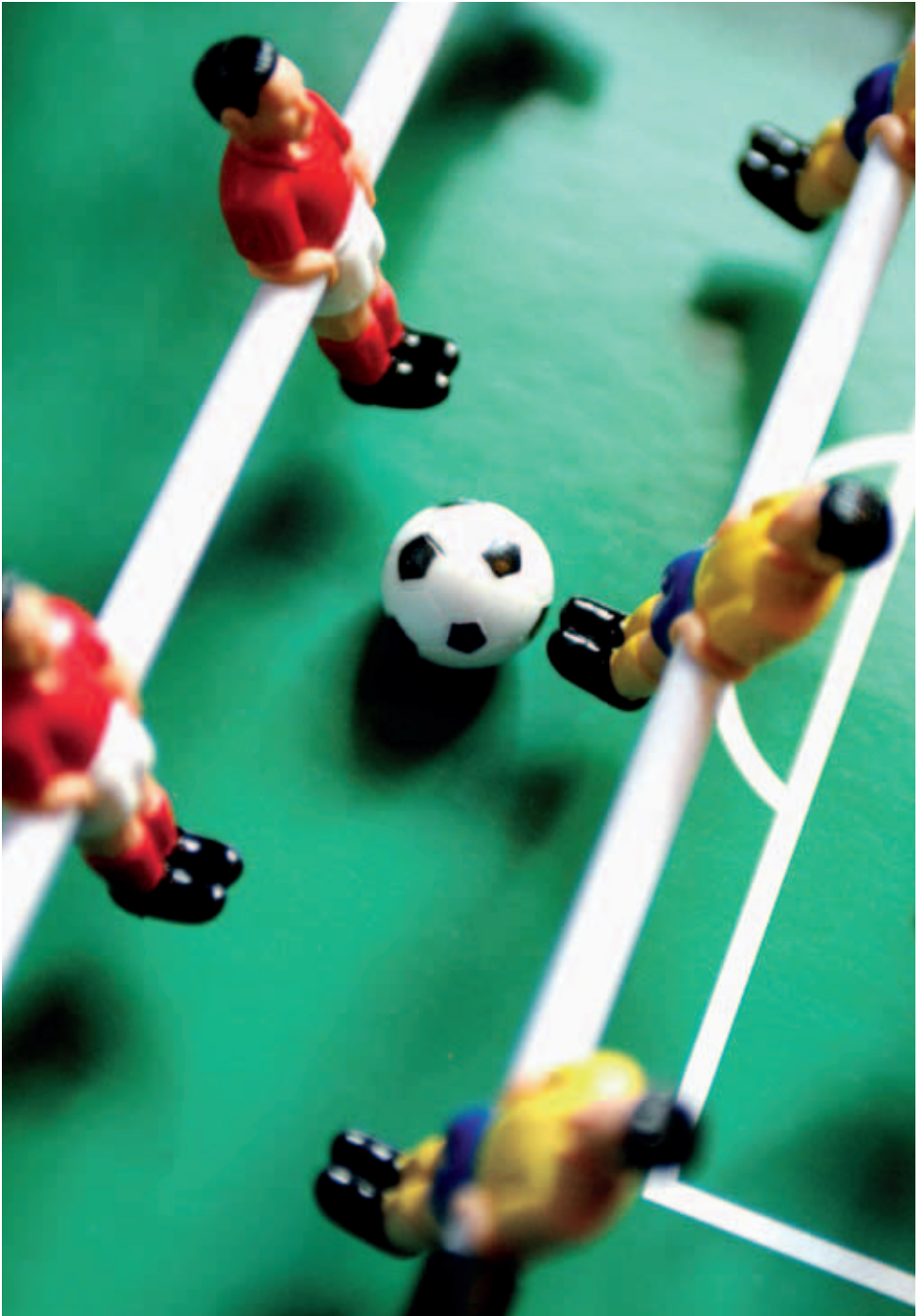
Après l'orchidectomie, le médecin peut proposer au patient une surveillance active plutôt que des traitements adjuvants. Il s'agit de contrôles médicaux réguliers, rapprochés, s'étalant sur plusieurs années. La surveillance active ne concerne que les personnes présentant une tumeur à un stade précoce, limitée au testicule, et dont on juge le risque de métastases à distance et d'atteinte d'un ganglion lymphatique peu important.

Les traitements supplémentaires ne s'envisagent donc qu'en cas de récurrence (réapparition de la tumeur) ou de métastases.

Concrètement, que signifie la surveillance active pour la personne concernée?

- > Dans un premier temps, elle s'évite les effets secondaires et les contraintes d'un traitement.
- > Elle doit se soumettre à des contrôles médicaux réguliers (tomographie assistée par ordinateur, tests sanguins, etc.) pour parer à temps à une éventuelle récurrence de la maladie et pouvoir la traiter.
- > Assumer psychologiquement son impuissance face à un mal potentiel contre lequel elle n'entreprend pas «le maximum».

Évaluez avec votre médecin les avantages et les inconvénients de cette stratégie. Si vous vous décidez ensemble pour une surveillance active, respectez scrupuleusement les rendez-vous fixés pour vos contrôles, même si vous ne constatez aucun trouble.



Les médecines complémentaires

Un grand nombre de patients ont recours à des méthodes complémentaires à côté de leur traitement médical (donc pris en complément au traitement classique).

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

Sont par contre déconseillées les méthodes dites parallèles ou alternatives, parce qu'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 d'en informer l'équipe soignante.

Même si elles paraissent tout à fait inoffensives, sachez que certaines préparations ne sont pas compatibles avec les médicaments contre le cancer. Vous trouverez davantage d'informations à ce propos dans la brochure «Parallèles? Complémentaires?».

Le traitement du cancer du testicule

En règle générale, en cas de tumeur séminomateuse et non séminomateuse, la première étape du traitement consiste à extraire le testicule malade. Les spécialistes appellent cette opération une orchidectomie (voir p. 28).

La suite du traitement dépend du type de tumeur (tumeur séminomateuse ou non), du stade de la maladie, des marqueurs tumoraux ainsi que d'autres facteurs résultant des examens.

Les facteurs à prendre en considération varient d'un patient à l'autre. Vous trouverez ci-dessous des informations dans les grandes lignes sur le déroulement des traitements aux différents stades de la maladie. Votre médecin ou votre équipe soignante se chargera de vous fournir les détails.

Le traitement des tumeurs séminomateuses ou séminomes

- *Reportez-vous également aux généralités à partir de la page 21.*
- *Des informations sur les stades de la maladie se trouvent à partir de la page 16.*
- *Les différentes méthodes thérapeutiques sont décrites dans le détail à partir de la page 28.*

Stade I

Suivant les cas, après l'orchidectomie, il est possible à ce stade de renoncer jusqu'à nouvel ordre à un traitement adjuvant. Des examens de contrôle fréquents et réguliers sont toutefois indispensables (surveillance active).

Si des cellules cancéreuses réapparaissent, alors le médecin décide d'administrer un traitement. Les études montrent que ce procédé thérapeutique offre en général les mêmes chances de guérison qu'un traitement immédiat.

S'il existe des facteurs de risque tels qu'une tumeur de plus de 4 cm ou l'infiltration dans le rete testis (voir schéma p. 16), les spécialistes recommandent deux options après l'orchidectomie: soit une radiothérapie des voies lymphatiques.

tiques dans la région postérieure de l'abdomen, soit une monochimiothérapie (un seul cytostatique).

Ces traitements visent à détruire des cellules cancéreuses indétectables (occultes) et à prévenir une récurrence. La chimiothérapie et la radiothérapie sont jugées équivalentes en ce qui concerne le risque de récurrence d'un séminome.

Stades II et III

Après une orchidectomie, si peu de ganglions lymphatiques sont atteints dans l'abdomen, et si les métastases ganglionnaires ne dépassent pas 5 cm de diamètre, on applique une radiothérapie ou une chimiothérapie. Dans le cas contraire, il faut entreprendre une chimiothérapie en associant trois substances différentes (polychimiothérapie).

La polychimiothérapie constitue également le traitement de choix en cas d'atteinte des ganglions lymphatiques hors de l'abdomen et/ou si des métastases se sont formées dans d'autres organes.

En cas de dissémination des métastases à distance ou de récurrence, une chimiothérapie à forte dose peut également s'envisager dans le cadre d'une étude clinique.

Le traitement des tumeurs non séminomateuses

- *Reportez-vous également aux généralités à partir de la page 21.*
- *Le détail sur les stades de la maladie se trouve à partir de la page 16.*
- *Les différentes méthodes thérapeutiques sont décrites à partir de la page 28.*

Stade I

Selon les circonstances, il est possible à ce stade de renoncer à un traitement adjuvant après l'orchidectomie, mais jusqu'à nouvel ordre, des examens de contrôle fréquents et réguliers sont indispensables (surveillance active).

La surveillance active est surtout indiquée lorsque la tumeur se limite au testicule et à l'épididyme, et qu'elle n'a pas encore envahi de vaisseaux sanguins ou lymphatiques. Si des cellules tumorales se manifestent à nouveau, alors le médecin prescrira un traitement.

En cas de tumeur non séminomateuse, il existe un risque élevé (environ 30%) d'infiltration des ganglions lymphatiques régionaux dans l'abdomen, sans que



l'on puisse la détecter dans un premier temps. Ce risque varie d'un patient à l'autre. Pour cette raison, on l'évalue de manière individuelle, sur la base de facteurs de risque déterminés.

Si la tumeur s'est déjà infiltrée dans les vaisseaux lymphatiques et sanguins, le traitement recommandé consiste en une polychimiothérapie, soit un traitement médicamenteux associant trois substances différentes.

Dans certains cas exceptionnels, notamment lorsqu'un patient refuse une chimiothérapie, l'autre option consiste éventuellement à opérer pour retirer les ganglions lymphatiques régionaux (lymphadénectomie rétropéritonéale).

Si l'analyse du prélèvement révèle l'envahissement des ganglions lymphatiques par des cellules cancéreuses, la personne devra alors se résoudre à suivre une chimiothérapie.

Stade II et III

Si l'équipe médicale constate après l'orchidectomie que seuls quelques ganglions lymphatiques sont atteints dans l'abdomen et qu'aucune des métastases ganglionnaires ne dépasse 5 cm de

diamètre, le patient suit une chimiothérapie associant 3 substances différentes (polychimiothérapie).

Dans le cas où les marqueurs tumoraux se situent dans la limite de la normale («S0», voir p. 18), le médecin peut d'abord prescrire une lymphadénectomie rétropéritonéale à visée diagnostique, au lieu d'une chimiothérapie: l'intervention consiste à enlever certains groupes de ganglions lymphatiques à l'arrière de l'abdomen, et à les analyser pour rechercher des cellules cancéreuses.

Si l'on procède à une chimiothérapie et qu'il reste du tissu ganglionnaire au terme de ce traitement, il faut opérer à nouveau pour le retirer complètement (lymphadénectomie rétropéritonéale post-chimiothérapie).

Si l'on peut établir déjà au moment diagnostic que la tumeur a envahi des ganglions lymphatiques hors de l'abdomen et/ou formé des métastases dans d'autres organes, on envisage alors une polychimiothérapie (trois cytosatiques différents) avant de procéder à l'intervention chirurgicale.

Une chimiothérapie intensive s'impose en cas de récurrence seulement.

Le suivi médical et la réadaptation

Après le traitement, les médecins instaurent des contrôles réguliers. Idéalement, le centre d'oncologie où vous avez suivi votre traitement se chargera d'en coordonner le déroulement. Ces contrôles visent entre autres à rapidement traiter les effets indésirables de la maladie ou du traitement, ainsi qu'à détecter et à soigner une éventuelle récurrence ou des métastases.

Pendant les premières années qui suivent le traitement d'une tumeur maligne, votre médecin vous proposera des contrôles médicaux mensuels, ou tous les trois, quatre ou six mois par exemple.

Le suivi comprend également les conseils psychosociaux et psycho-oncologiques: afin de faciliter le retour à la vie de tous les jours, la personne peut aborder tous les types de difficultés liées à la maladie (de nature professionnelle, psychologique ou sociale p. ex.).

Par la suite, ces rendez-vous pourront s'espacer et se fixer une fois par an ou tous les deux ans. La fréquence des contrôles nécessaires dépend du type de tumeur (séminome, tumeur non séminomateuse), du stade de la maladie, des traitements, et de votre état de santé général.

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.

Vivre avec la maladie

Beaucoup de personnes atteintes de cancer vivent aujourd'hui plus longtemps et avec une meilleure qualité de vie que par le passé. Toutefois les traitements restent longs et éprouvants. Si certains sont capables de poursuivre leurs activités quotidiennes pendant la thérapie, d'autres n'y arrivent plus.

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.

Faire appel à un soutien professionnel

N'hésitez pas à faire appel 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. Si vous le souhaitez, elle peut également vous mettre en contact avec un psycho-oncologue.

Votre ligue cantonale contre le cancer

Son rôle est de vous conseiller, de vous accompagner et de vous aider à surmonter les difficultés en rapport avec la maladie. Elle peut également vous proposer des cours, des stages, des conférences, vous aider à clarifier des problèmes d'assurance, ou bien encore vous aiguiller vers un groupe d'entraide ou un spécialiste (drainage lymphatique, conseils diététiques et psycho-oncologiques, méthodes complémentaires, etc.).

La Ligue InfoCancer 0800 11 88 11

Au bout du fil, une professionnelle de la santé vous écoutera, vous proposera des solutions et répondra avec précision à vos questions sur la maladie 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 séminaires 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 cependant 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. 27).

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, à nous deux**
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 bénéfiques 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 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**

> **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 sont en mesure de 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, sakcc@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.urologie.ch

Site de la Société suisse d'urologie.

En anglais

www.cancer.gov

National Cancer Institute USA.

www.cancer.net

American Society of Clinical Oncology.

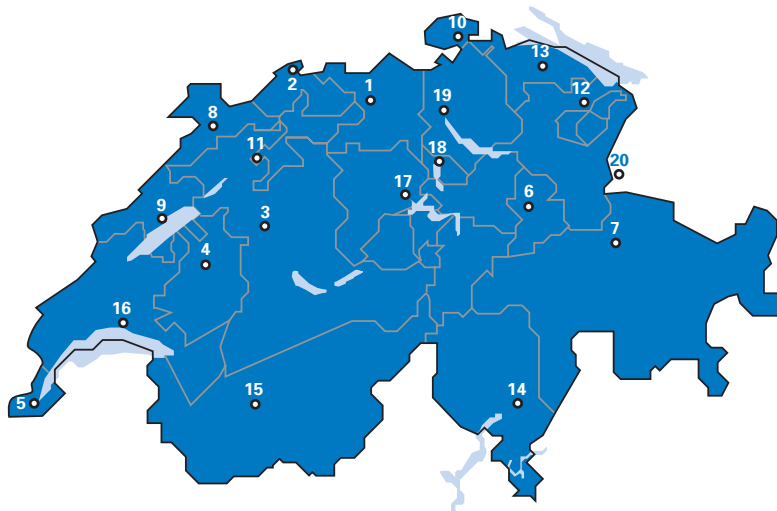
www.macmillan.org.uk

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 chartre 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

17, boulevard des Philosophes
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 neuchâtoise 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
b.hofmann@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.**

Votre Ligue contre le cancer: