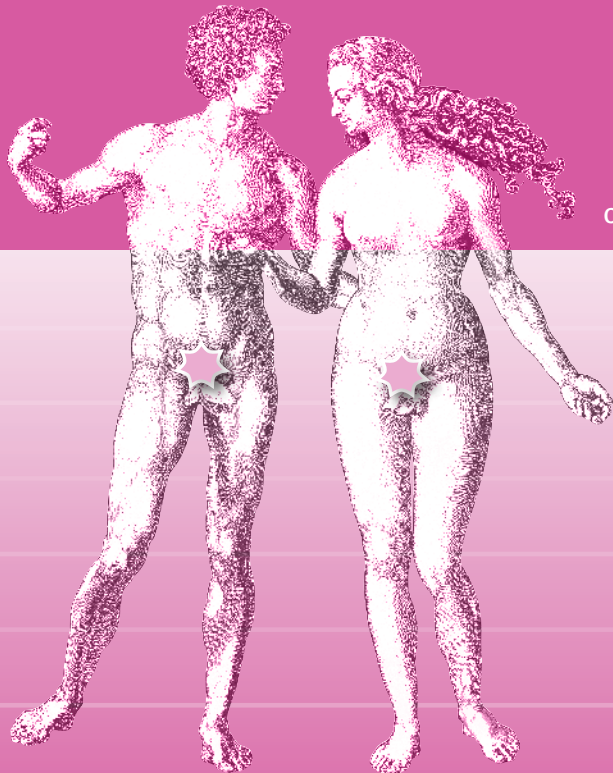




Le cancer de la vessie

Carcinome urothélial



**Une information de la Ligue
contre le cancer**
à l'intention des personnes
concernées et de leurs proches

Impressum

__Editrice

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

__Responsable de projet

Susanne Lanz, Ligue suisse contre le cancer, Berne

__Conseils scientifiques

Dr méd. Osama Shahin, médecin urologue FMH/médecin FMH en urologie, Bâle
Dr méd. Michèle Voegeli, médecin-chef en oncologie, hôpital cantonal de Liestal, Bâle
Dr méd. Laurent Vaucher, chef de clinique urologie, CHUV, Lausanne

__Texte

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

__Adaptation française

Cristina Martínez, Alexia Stantchev, Ligue suisse contre le cancer, Berne

__Couverture

Adam und Eve, d'après Albrecht Dürer

__Illustrations

p. 8, 9: Willi R. Hess, dessinateur scientifique, Berne
p. 10, 33: Daniel Haldemann, dessinateur scientifique, Wil

__Photos

p. 4, 42: ImagePoint SA, Zurich
p. 18, 28: mauritius images GmbH

__Graphisme

Wassmer Graphic Design, Zäziwil

__Impression

Ast & Fischer SA, Wabern

Cette brochure est aussi disponible en allemand et en italien.

© 2010

Ligue suisse contre le cancer, Berne

Sommaire

Avant-propos	5
Qu'est-ce que le cancer?	6
Cancer de la vessie	8
La vessie et les organes voisins	8
Causes possibles et facteurs de risque	11
Symptômes	12
Examens et diagnostic	13
Les stades de la maladie: classification	15
Généralités sur le traitement	19
Choix du traitement	20
Effets indésirables	21
Fertilité et sexualité	22
Continence urinaire	23
Traitement dans le cadre d'une étude clinique	24
Le traitement du cancer de la vessie	25
Stade précoce	25
Stade avancé	26
Traitement de la douleur	27
Suivi médical et réadaptation	27
Méthodes thérapeutiques	29
Résection transurétrale de vessie (RTUV)	29
Cystectomie ou ablation chirurgicale de la vessie	30
Dérivations urinaires	32
Traitements médicamenteux	35
Radiothérapie	39
Médecines complémentaires	40
Vivre avec la maladie	41
Annexes	43



Chère lectrice, cher lecteur,

Pour faciliter la lecture, nous n'employons par la suite que la forme masculine.

Vous venez de recevoir un diagnostic qui vous effraie, ou peut-être êtes-vous un proche inquiet: cette brochure a pour but de vous décrire en termes simples ce qu'est le cancer de la vessie, les examens réalisés pour poser le diagnostic ainsi que son traitement.

Aujourd'hui, lorsque le diagnostic est posé de façon précoce, il est possible de guérir de cette maladie. A des stades avancés, les progrès de la médecine permettent de ralentir la progression de la tumeur et d'en atténuer les symptômes. En outre, ces dernières années, les traitements sont devenus plus efficaces et plus faciles à tolérer. Les patients conservent ainsi une qualité de vie raisonnable, même lorsqu'à un stade avancé il n'est plus possible d'opérer.

La Ligue contre le cancer tient à votre disposition toute une série de brochures où vous trouverez des informations et des conseils très utiles pour faire face à la maladie au quotidien (voir annexes).

Avant tout, sachez que vous n'êtes pas seul: vos proches, votre équipe médicale et soignante ainsi que les collaborateurs de la Ligue contre le cancer 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 tumorales.

Tumeur bénigne ou maligne?

Dans la plupart des types de cancers, des cellules prolifèrent et forment des tumeurs dites malignes, qui ont tendance à s'accroître et à se disséminer. Le terme *carcinome* désigne la tumeur qui prend naissance dans les tissus comme la peau, les muqueuses ou le tissu glandulaire: on parle de tissus épithéliaux. L'urothélium constitue le revêtement interne de la vessie: c'est le plus souvent dans cette muqueuse que le cancer se développe, et les spécialistes parlent ainsi également de *carcinome urothélial*.

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 très spécifiques, selon l'organe et le tissu dans lesquels elle se trouve. On dit aussi qu'une cellule est «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, ou à des influences externes telles que radiations, virus, substances toxiques ou, plus rarement, certains facteurs génétiques. L'organisme est doté de systèmes 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.

Tumeur bénigne ou maligne?

Certaines tumeurs, dites bénignes, ne sont toutefois pas cancéreuses: elles peuvent comprimer des tissus ou des organes, mais demeurent localisées et ne mettent généralement pas la vie en danger. A l'inverse, les tumeurs malignes peuvent détruire des tissus proches.

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 et 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 quel type de cellule ces métastases se sont formées. Il ne faut pas confondre les métastases hépatiques – par exemple d'un cancer de la vessie – avec un cancer du foie. Un examen du tissu (ou examen histologique) permet de le déterminer.

Croissance variable

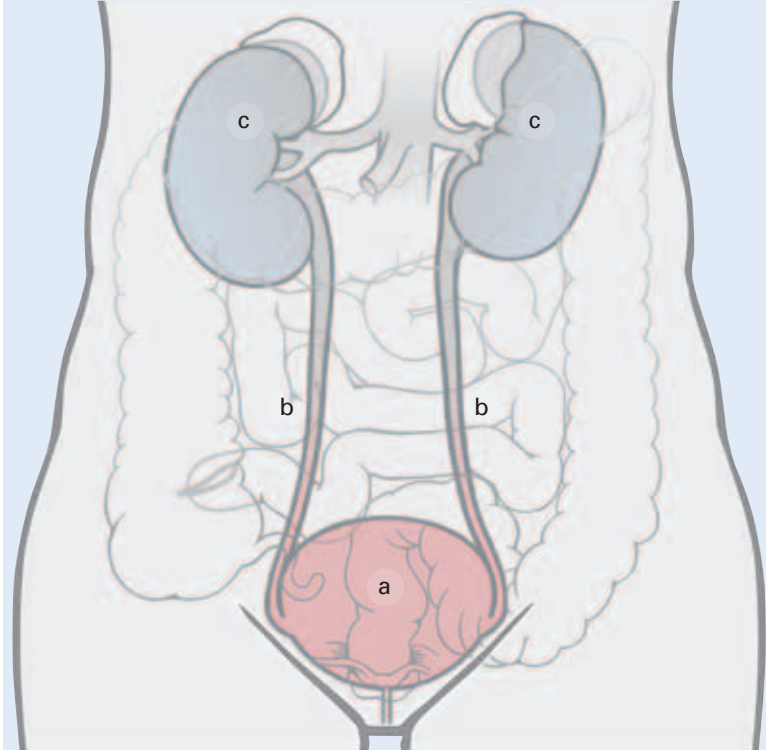
Une tumeur n'apparaît pas du jour au lendemain: une masse tumorale d'un centimètre de diamètre contient déjà des millions de cellules et peut croître depuis plusieurs années. La vitesse de division cellulaire varie beaucoup d'une tumeur à l'autre. Pour en savoir plus sur la formation d'une tumeur, vous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

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, à l'heure actuelle, on ignore 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 certains cancers. Pour en savoir plus sur la question, vous pouvez consulter la brochure «Prédispositions héréditaires au cancer» (voir annexes).

Cancer de la vessie



Les voies urinaires

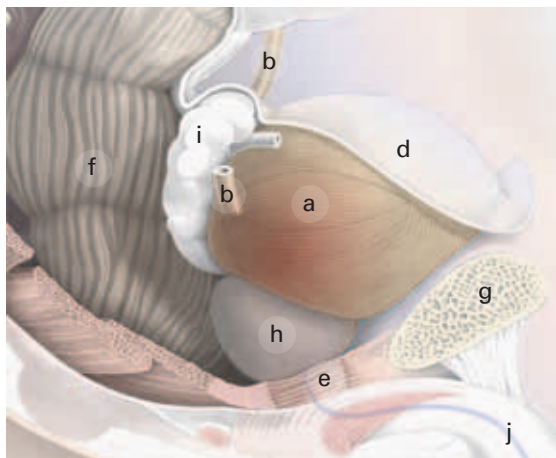
- a) vessie
- b) uretères
- c) reins et glandes surrénales

La vessie et les organes voisins

La vessie est un organe creux extensible qui se trouve dans le petit bassin, directement derrière la partie supérieure du pubis. Les uretères sont des conduits qui relient les reins et la vessie. Des ligaments et vaisseaux unissent à leur tour la vessie au péritoine et au plancher pelvien.

Chez l'homme, elle se situe sur la prostate. Derrière la vessie se trouvent le rectum, les canaux séminaux, et les vésicules séminales qui stockent une partie du liquide séminal. Chez la femme, la vessie se trouve devant l'utérus, la partie supérieure du vagin et le rectum.

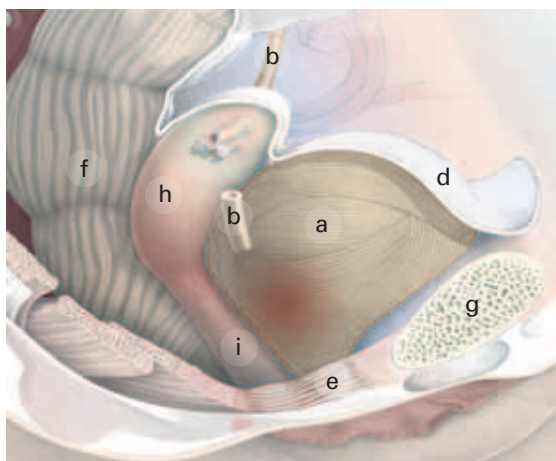
La vessie forme avec l'urètre les voies urinaires inférieures, tandis que le bassinet rénal et les uretères



Vessie et organes voisins chez l'homme

(vue latérale)

- a) vessie
- b) urètre
- d) péritoine
- e) plancher pelvien
- f) côlon et rectum
- g) pubis
- h) prostate
- i) vésicules séminales
- j) urètre



Vessie et organes voisins chez la femme

(vue latérale)

- a) vessie
- b) urètre
- d) péritoine
- e) plancher pelvien
- f) côlon et rectum
- g) pubis
- h) utérus
- i) vagin

forment les voies urinaires supérieures. L'urètre est le canal par lequel sort l'urine. Chez l'homme, il mesure environ 25 cm de long et se prolonge dans le pénis. Chez la femme, l'urètre mesure entre 3 et 5 cm de long et s'ouvre dans la vulve.

La fonction de la vessie

La vessie sert à évacuer des déchets contenus dans l'urine: ce

liquide se forme dans les reins puis pénètre dans la vessie via les deux uretères. L'urine y est ensuite stockée jusqu'à ce qu'elle soit relativement remplie (entre 300 et 500 ml). Le besoin d'uriner se fait alors sentir et l'urine est expulsée volontairement à travers l'urètre, grâce à la contraction du muscle de la paroi vésicale. La vessie saine d'un adulte peut contenir jusqu'à 500 ml.

C'est un sphincter à la jonction avec l'urètre qui en contrôle l'écoulement. A l'inverse du sphincter externe, le sphincter interne ne se contrôle pas volontairement.

L'apparition d'un cancer de la vessie

Dans la majorité des cas, le cancer de la vessie apparaît dans les cellules de la muqueuse qu'on appelle urothélium, d'où le terme de carcinome urothélial. Les autres types de tumeurs de la vessie sont beaucoup plus rares puisqu'ils ne représentent que 5% de tous les cas: il peut s'agir notamment de carcinomes épidermoïdes ou de sarcomes selon le type de cellule

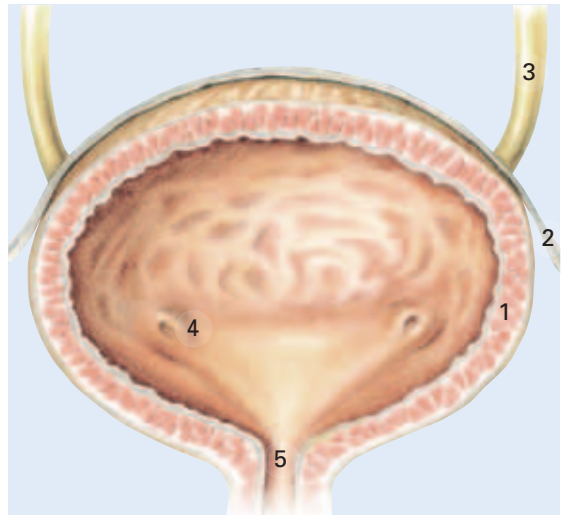
dans lequel ils prennent leur origine.

Souvent, plusieurs tumeurs grandissent en même temps. Plus de 70% des carcinomes de la vessie se découvrent à un stade précoce, lorsque le cancer se limite encore à la muqueuse ou à la sous-muqueuse (ou tissu conjonctif interne). Dans ce cas, on parle d'un carcinome de la vessie superficiel.

Ces tumeurs sont de plus en plus souvent désignées selon l'appellation tumeur de vessie «non musculo-invasive», «non musculo-infiltrante» ou «carcinome non infiltrant».

Coupe transversale de la vessie

1. Paroi vésicale (de l'intérieur vers l'extérieur):
 - muqueuse ou urothélium
 - sous-muqueuse ou tissu conjonctif de soutien (lamina propia)
 - muscle de la paroi vésicale ou détroisor
 - tissu conjonctif externe
2. péritoine
3. uretères
4. abouchement des uretères
5. urètre



Le terme a changé, car l'expression «superficiel» évoquait une maladie complètement bénigne, alors que ce n'est pas le cas pour toutes ces tumeurs. On parle aussi de carcinome in situ pour désigner une forme agressive de carcinome, localisé dans l'urothélium.

Les spécialistes parlent de carcinomes «infiltrants», «musculo-infiltrants» ou «musculo-invasifs» lorsque le cancer est plus agressif, progresse localement et s'infiltré dans les couches du muscle et dans toute la paroi vésicale.

A un stade plus avancé, un cancer de la vessie peut s'étendre aux organes environnants. Certaines cellules malades ont la capacité d'atteindre les ganglions lymphatiques voisins par le biais des voies lymphatiques, et d'envahir d'autres organes en formant des métastases. Le plus souvent, elles se forment dans les poumons, le foie et les os. Chez les hommes, elles apparaissent aussi dans la prostate et dans l'utérus et le vagin chez les femmes.

Les hommes touchés trois fois plus que les femmes

Chaque année en Suisse, le diagnostic de carcinome urothélial touche environ 850 hommes, et plus de 250 femmes, avec une tendance à l'augmentation chez ces

dernières. Avant 50 ans, la maladie est rare: environ deux tiers des personnes concernées ont plus de 70 ans au moment du diagnostic.

Causes possibles et facteurs de risque

Il n'y a pas d'explication claire à l'apparition d'un cancer de la vessie. Certains facteurs ou certaines circonstances de vie peuvent en augmenter le risque, mais peuvent également être présents sans provoquer de maladie. Etant donné qu'il est possible d'exercer une influence seulement sur certains des facteurs de risque, il n'y a aucune raison de culpabiliser une fois la maladie déclarée.

Facteurs de risque possibles:

- > un âge avancé;
- > la fumée de cigarette contient de nombreuses substances cancérigènes. En l'inhalant, ces substances parviennent dans le sang, puis sont filtrées dans les reins pour finalement arriver dans la vessie via l'urine. Là, elles irritent la muqueuse vésicale jusqu'à leur évacuation;
- > des produits chimiques, car l'exposition fréquente et à long terme à certaines substances peut augmenter le risque de cancer;

Leur emploi est aujourd'hui largement interdit, le monde du travail a connu une adaptation des mesures de sécurité, mais le facteur de risque demeure.

On a constaté que la période de latence de la maladie est longue et qu'un cancer de la vessie lié au travail peut se déclarer des décennies après le contact avec les substances cancérigènes. En Suisse, ce type de cancer particulier est reconnu comme une maladie professionnelle;

- > une inflammation chronique de la vessie ou cystite;

- > la prise à long terme et le mauvais usage de certains antidouleurs peuvent favoriser l'apparition d'un cancer de la vessie en raison de certaines substances actives;
- > le schistosome, parasite courant dans les pays tropicaux et subtropicaux, s'attaque notamment à la vessie et provoque une infection chronique pendant plusieurs années que l'on appelle schistosomiase ou bilharziose. A terme, elle peut déclencher un cancer de la vessie;
- > des chimiothérapies ou radiothérapies antérieures dans la zone du bassin.

Symptômes

Souvent, le cancer de la vessie est longtemps asymptomatique. Mais différents signes doivent cependant attirer l'attention:

- > du sang dans les urines, à savoir une coloration rougeâtre ou brunâtre indolore la plupart du temps (*hématurie*);
- > une fréquence excessive ou en petites quantités des mictions (*pollakiurie*);
- > une gêne ou une sensation de brûlure dans la région de la vessie lors de la miction;
- > des infections urinaires à répétition chez la femme âgée ou déjà ménopausée;
- > des douleurs dans le flanc ou dans le bassin sans raison apparente.

Ces troubles peuvent aussi être symptomatiques d'autres maladies plus bénignes, notamment d'une infection des voies urinaires. Des inflammations à répétition peuvent cependant masquer un cancer: il est donc important de consulter un médecin.

Examens et diagnostic

L'urologue est le médecin spécialiste des maladies du système urinaire et génital chez l'homme, et des voies urinaires chez la femme. En règle générale, en cas de troubles et de symptômes pouvant indiquer une tumeur, il procède à :

- > un questionnaire sur les symptômes, les circonstances de vie et d'éventuelles maladies antérieures (anamnèse);
- > une analyse de l'urine, car même si le médecin de famille l'a déjà analysée, l'urologue refait l'examen pour détecter de possibles traces de sang microscopiques;
- > d'autres tests d'urine permettant de déceler des protéines tumorales spécifiques. Ces examens ne font cependant pas partie des examens standards et ne sont pas remboursés par la caisse-maladie.

Interventions diagnostiques et examens des tissus

- > **La cytoscopie:** sous anesthésie locale on introduit dans la vessie en passant par l'urètre un endoscope, instrument fin et souple doté d'un objectif éclairant. Cet examen permet d'observer l'intérieur de la vessie, de détecter d'éventuelles altérations, et de poser un diagnostic définitif.

- > **La cytologie de lavage urétral:** parallèlement à la cytoscopie, on rince la vessie avec une solution saline à l'aide d'un mince cathéter (tube). Ce procédé permet de prélever des cellules de la muqueuse (l'urothélium) que l'on examine ensuite au microscope. Cet examen permet aussi de mettre en évidence des cellules agressives, qui peuvent signifier la présence de tumeurs planes, non visualisées à la cystoscopie, comme les carcinomes in situ.
- > Les prélèvements de tissu s'effectuent généralement uniquement en cours d'opération, sous anesthésie locale ou générale (voir p. 29, «Résection transurétrale de vessie»).

Examens d'imagerie médicale

- > **L'échographie:** examen indolore, il a pour but de fournir des indications de départ sur les troubles d'écoulement de l'urine (stase urinaire), ou l'éventuelle formation de calculs rénaux. Grâce aux ultrasons, on peut aussi déceler des métastases dans le foie et parfois aussi dans les ganglions lymphatiques.

- > **L'urographie intraveineuse:** elle consiste à injecter un moyen de contraste dans une veine qui, en quelques minutes, passe dans les voies urinaires à travers les reins. Cet examen rend possible des radiographies à différents intervalles pour déterminer la fonction excrétoire des reins, et donne par la suite une image des reins, des uretères et de la vessie qui permet de détecter d'éventuelles tumeurs dans les voies urinaires supérieures.
- > **La tomographie assistée par ordinateur (TAO) ou CT Scan:** elle remplace aujourd'hui largement l'urographie, car elle permet d'examiner d'autres organes de la région abdominale, notamment les ganglions lymphatiques grossis ou atteints par la tumeur.
- > On effectue parfois aussi un **diagnostic photodynamique ou PDD** (voir encadré).

Un prélèvement chirurgical de tissu et une analyse histologique sont nécessaires pour savoir de façon certaine si la tumeur est non infiltrante et superficielle (limitée à la muqueuse), ou bien si la tumeur est plutôt infiltrante et a donc déjà envahi la couche de muscle plus profonde de la paroi vésicale.

Examens complémentaires

A des stades avancés de la maladie, le risque de métastases à distance est grand. Il est donc très important de faire d'autres examens pour planifier un traitement optimal. Pour cette raison, en cas de soupçon de métastases en dehors de la cavité abdominale, on procède à:

- > éventuellement, une tomographie assistée par ordinateur (TAO) ou scanner du thorax et une tomographie par résonance magnétique d'autres parties du corps;
- > examen rare en cas de cancer de la vessie, la tomographie d'émission de positrons (TEP) ou PET (selon l'abréviation du terme anglais) permet de découvrir l'origine d'éventuels grossissements anormaux des ganglions lymphatiques;
- > une scintigraphie osseuse du corps entier: elle est indiquée en cas de soupçon de métastases osseuses. Elle consiste à injecter par voie intraveineuse une substance radioactive qui s'agglomère dans le squelette aux endroits où les modifications osseuses sont les plus importantes. Un dispositif spécial appelé gamma caméra permet ensuite de donner une image de la totalité du squelette et de laisser apparaître les éventuelles métastases sous la forme d'amas noirs.

Gardez à l'esprit que ces examens ne s'appliquent pas tous dans un cas particulier: ils s'effectuent en fonction de la situation de départ et des résultats d'analyse de chaque patient.

Les stades de la maladie: classification

Les résultats des différents examens permettent de déterminer la profondeur de l'infiltration maligne à travers la paroi vésicale. La stadification (staging) est importante pour décider du traitement individualisé le plus approprié. La

classification internationale TNM sert à déterminer le stade du cancer de la vessie. L'urologue se chargera de répondre à toutes vos questions.

Classification TNM

T indique la taille de la tumeur, son extension locale: elle est exprimée par des chiffres entre 0 et 4. Plus le chiffre est élevé, plus la tumeur s'est étendue et le stade de la maladie est avancé. Il se décline en fonction du degré de profondeur ou d'infiltration du cancer urothélial:

Diagnostic photodynamique (PDD)

La cystoscopie ne permet pas de détecter avec certitude certains carcinomes. Il faut alors avoir recours au procédé de diagnostic photodynamique (PDD) ou de cystoscopie de fluorescence.

L'examen commence par l'instillation dans la vessie d'une solution à l'aide d'un cathéter inséré dans l'urètre. Administrée dans la vessie entre une et trois heures avant la cystoscopie, cette solution contient un marqueur fluorescent qui va s'accumuler de manière préférentielle dans les cellules tumorales. Pendant l'examen à proprement parler, une source lumineuse bleue ultraviolette intégrée à l'endoscope éclaire la vessie, laissant apparaître très nettement en rouge les cellules tumorales. On applique également cette méthode pendant l'intervention chirurgicale appelée résection transurétrale de vessie (RTUV). Cette opération est décrite à la page 29.

Carcinomes urothéliaux non infiltrants

Tis/Cis Tumeur in situ/Carcinome in situ, autrement dit le cancer se limite à la muqueuse et à sa couche superficielle. Il n'y a donc ni extension locale ni à distance.

Ta La tumeur reste confinée à la muqueuse et s'infiltré dans la vessie en présentant un aspect papillaire.

T1 La tumeur atteint la sous-muqueuse ou tissu conjonctif interne (lamina propria).

Carcinomes urothéliaux infiltrants

T2 La tumeur s'infiltré dans la couche musculaire de la vessie:

T2a dans la moitié interne de la couche musculaire

T2b dans la moitié externe de la couche musculaire

T3 La tumeur s'infiltré jusque dans le tissu conjonctif externe:

T3a la tumeur se limite à la marge interne du tissu conjonctif;

T3b la tumeur s'étend à travers la paroi de la vessie et s'infiltré dans la graisse périvésicale.

Carcinomes urothéliaux inopérables

T4 La tumeur a envahi les organes voisins (prostate, utérus, vagin, paroi abdominale ou pelvienne). Des lettres minuscules permettent de préciser lequel: T4a désigne par exemple la prostate chez l'homme, l'utérus ou le vagin chez la femme. T4b désigne l'infiltration de la paroi abdominale ou pelvienne.

N (pour *node* en anglais) sert à exprimer le degré d'atteinte des ganglions lymphatiques voisins ou dans la région. En général, ils sont d'abord atteints, puis des métastases apparaissent dans d'autres organes:

N0 les ganglions lymphatiques voisins ou régionaux sont intacts;

N1 un ganglion lymphatique voisin présente une métastase de 2 cm;

N2 un ou plusieurs ganglions lymphatiques présentent une ou plusieurs métastases mesurant jusqu'à 5 cm;

N3 une métastase de plus de 5 cm se trouve dans un ou plusieurs ganglions lymphatiques voisins.

M permet de déterminer la présence de métastases. Il s'agit de cellules cancéreuses de la vessie qui se développent dans n'importe quel autre organe:

M0 absence de métastases;

M1 présence de métastases, dans le cas du cancer de la vessie le plus souvent dans les poumons, le foie, les os, ou bien encore dans l'utérus, le vagin ou la prostate.

Grade des tumeurs ou différenciation des cellules cancéreuses

L'analyse des prélèvements histologiques permet de déterminer dans quelle mesure les cellules cancéreuses diffèrent des autres cellules de la vessie et d'estimer ainsi le degré d'agressivité de la tumeur. Le grade dépend du degré d'anormalité des cellules (les spécialistes parlent de *grading*).

On distingue les grades suivants, exprimés par la lettre *G* et les chiffres 1 à 3:

G1 la tumeur est bien différenciée, ce qui veut dire que les cellules cancéreuses ressemblent encore fortement aux cellules saines de la vessie;

G2 la tumeur est moyennement différenciée, les cellules cancéreuses ressemblent donc encore un peu aux cellules saines de la vessie;

G3 la tumeur est peu différenciée: les cellules tumorales ne ressemblent presque plus aux cellules saines et sont par conséquent plus agressives (ou malignes) que G1 ou G2.

G1 et G2 sont considérés comme des carcinomes de bas grade, alors que G3 est un carcinome de haut grade: sa croissance est plus agressive et tend à atteindre des ganglions lymphatiques et à former des métastases dans d'autres organes.

Important

Taille et agressivité de la tumeur ne sont pas forcément liées: une tumeur peut être petite mais très agressive (carcinome de haut grade).



Généralités sur le traitement

- *Vous trouverez des indications sur le traitement du cancer de la vessie aux différents stades dès la page 25.*
- *Plus d'informations sur les différentes méthodes thérapeutiques elles-mêmes sont disponibles à partir de la page 29.*

Le choix du traitement dépend avant tout des facteurs suivants:

- > la localisation de la tumeur dans la vessie;
- > le stade (voir pp. 15 à 17) et le grade de la maladie, déterminés par les questions suivantes: la tumeur se limite-t-elle à la muqueuse? Les ganglions lymphatiques sont-ils touchés? Y a-t-il des métastases dans d'autres organes?
- > l'âge et l'état de santé général du patient;
- > les souhaits personnels et l'état d'esprit du patient.

Possibilités de traitement

Les principaux traitements sont:

- > l'opération
- > la radiothérapie
- > les traitements médicamenteux (chimiothérapie, immunothérapie)

Ils sont prescrits seuls ou en combinaison: s'ils sont combinés, ils peuvent s'appliquer de façon simultanée ou successive, l'objectif principal étant d'extirper la tumeur ou d'enlever un maximum de tissu cancéreux. La chirurgie est la thérapie de choix en cas de tumeur clairement localisée.

Les traitements médicamenteux agissent par contre dans tout le corps (on dit qu'ils sont systémiques): on les administre par voie intraveineuse et lymphatique. Sous certaines conditions, il est également possible d'appliquer une chimiothérapie locale dans la vessie, en injectant directement le médicament via un cathéter (voir p. 35).

Objectifs du traitement

Les objectifs visés et les principes thérapeutiques varient en fonction du type de tumeur et du stade de la maladie.

Curatif

On parle d'un traitement curatif lorsque l'on vise à obtenir une rémission complète, la guérison. En règle générale, cela sera possible si la tumeur ne s'est pas encore trop étendue, si elle peut être entièrement retirée, et s'il n'y a pas de métastases.

Palliatif

Lorsque la guérison n'est plus envisageable, on s'efforce – parfois durant des années – de ralentir la progression de la maladie et de maintenir une qualité de vie aussi bonne que possible.

C'est à ce stade qu'interviennent les soins palliatifs pour atténuer divers symptômes comme la douleur et l'angoisse. Ils ont une grande importance et consistent à mettre en place des mesures médicales, des soins, ou bien encore un accompagnement psychologique ou spirituel.

Principes thérapeutiques

Traitement adjuvant ou post-opératoire

Un traitement *adjuvant* est administré après l'opération pour éliminer d'éventuelles cellules tumorales résiduelles et diminuer le risque de récurrence et de formation de métastases.

Traitement néoadjuvant ou préopératoire

Un traitement *néoadjuvant* se fait avant l'opération. L'objectif est de réduire la taille de la tumeur pour ménager au maximum les tissus voisins pendant l'opération. Ce type de traitement détruit aussi les métastases microscopiques.

Choix du traitement

Généralement, on procède de façon multidisciplinaire pour planifier soigneusement les traitements nécessaires. En d'autres termes, pour décider du meilleur traitement pour un patient, l'urologue collabore avec différents spécialistes (oncologue, radio-oncologue, etc.) Le choix final se fait avec le patient, qui peut poser des questions à tout moment, remettre en question une décision ou exiger un temps de réflexion.

- > Il convient de pouvoir discuter directement avec chaque spécialiste des différentes options. Idéalement, le spécialiste chargé de votre suivi s'occupera de coordonner ce processus.
- > Vous pouvez demander à un proche ou une personne de confiance de vous accompagner aux entretiens.
- > Il est également possible de consulter votre médecin de famille ou de demander un deuxième avis médical: c'est votre droit le plus strict, et le spécialiste chargé de votre suivi n'y verra aucune marque de défiance.
- > Enfin, réfléchissez à la possibilité de vous adresser à un psycho-oncologue. Les médecins n'y pensent pas automa-

tiquement, mais cette possibilité peut s'avérer précieuse et sort du cadre strictement médical.

Les points suivants aident à préparer ces entretiens:

- > L'hôpital est-il spécialisé dans le traitement du cancer de la vessie? La question a son importance dans la mesure où l'expérience du chirurgien urologue est déterminante pour le pronostic (chances de guérison, espérance de vie, qualité de vie).
 - > Le traitement proposé est-il curatif ou palliatif? Peut-il prolonger l'espérance de vie? Améliore-t-il la qualité de vie?
 - > Quels sont les avantages et inconvénients du traitement, aussi en termes de survie et/ou de qualité de vie?
 - > Y a-t-il d'autres options thérapeutiques?
 - > A quels effets indésirables faut-il s'attendre? Seront-ils passagers ou durables? Comment y remédier?
 - > Y a-t-il un risque d'incontinence urinaire?
 - > Dans quelle mesure la fertilité et la sexualité sont-elles touchées (voir p. 22 et 23)?
 - > Quels organes et quelles fonctions le traitement perturbe-t-il?
- > Quels sont les autres troubles possibles si la tumeur touche d'autres organes?
 - > Quelles répercussions la maladie et le traitement auront-ils sur le quotidien, l'entourage, votre bien-être?
 - > Si on renonce à certains traitements, quelles sont les conséquences en termes de survie et de qualité de vie?

Effets indésirables

Leur nombre et leur importance varient d'un individu à l'autre: certains effets indésirables décrits dans le chapitre «Méthodes thérapeutiques» (p. 29) peuvent survenir en cours de traitement ou apparaître plus tard, mais les progrès actuels de la médecine permettent de les atténuer (médicaments, soins médicaux entre autres). Beaucoup régressent en quelques jours, d'autres après plusieurs semaines, voire plusieurs mois. N'hésitez surtout pas et parlez-en à l'équipe qui vous prend en charge, c'est important.

Important

- > Un grand nombre d'effets indésirables sont prévisibles. Pour les contrecarrer, vous devrez peut-être prendre certains médicaments à l'avance (voir p. 38). Respectez-en

consciencieusement la prescription médicale.

- > Même s'il s'agit de crèmes, d'onguents, de lotions, etc., consultez d'abord votre équipe soignante avant de prendre un produit de votre propre chef, car un produit «naturel» qui vous paraît inoffensif peut en réalité interférer avec votre traitement et donc être contre-indiqué.

Un grand nombre de brochures publiées par la Ligue contre le cancer décrivent les effets de la maladie et du traitement. Vous y trouverez une multitude de conseils pour vous aider à mieux les gérer (voir annexes).

Fertilité et sexualité

La plupart du temps, tant chez l'homme que chez la femme, les organes voisins de la vessie demeurent intacts lorsqu'il est possible de retirer la tumeur en opérant par voie urétrale. En revanche, en cas d'ablation totale de la vessie, on retire la prostate ainsi que les vésicules séminales chez l'homme, et chez la femme éventuellement aussi les ovaires et une partie de la paroi vaginale.

Ablation de la vessie: bon à savoir pour les hommes

- > Les hommes perdent leur faculté de procréer car le liquide séminal ne se forme plus dans la prostate. Il n'y a donc plus d'éjaculation, mais il reste possible d'avoir des orgasmes.
- > Il arrive fréquemment que l'érection perde en qualité ou ne soit plus possible du tout (les spécialistes parlent de dysfonction érectile): pendant l'opération, les nerfs responsables de l'érection sont parfois endommagés parce qu'ils parcourent directement la prostate.
- > Le plaisir sexuel et la capacité à atteindre l'orgasme restent cependant intacts, même sans liquide séminal: on parle d'orgasme sec.
- > L'urologue peut être de bon conseil si la capacité d'érection naturelle a disparu ou se trouve largement limitée. Il existe différentes méthodes pour avoir une érection satisfaisante: il ne faut donc éprouver aucune gêne à se faire expliquer les avantages et les inconvénients de chaque option.

Ablation de la vessie: bon à savoir pour les femmes

- > Sans utérus, les femmes ne peuvent plus avoir d'enfants, mais de nombreuses patientes sont déjà ménopausées au moment du diagnostic.
- > En règle générale, l'opération peut rendre le vagin plus court ou plus étroit: les femmes pourront toujours avoir des rapports sexuels, mais ils peuvent être plus limités, également du point de vue des sensations.
- > Avec des lubrifiants solubles à l'eau, sans parfum et incolores, la pénétration est plus facile: un médecin gynécologue peut aussi donner des conseils sur l'usage d'autres produits.

Continence urinaire

Les effets sur la continence urinaire dépendent:

- > de l'étendue et de la nature de l'opération (voir p. 30 et suiv.);
- > du type de dérivation urinaire éventuellement mis en place après l'opération (voir p. 32 et suiv.).

Dans la majorité des cas, un certain entraînement est nécessaire après l'opération:

- > si le contrôle naturel de la continence est encore possible, il faut l'entraîner à nouveau;
- > s'il ne l'est plus parce qu'une dérivation urinaire cutanée a été posée (urostomie), il faut alors apprendre à vivre avec au quotidien.

Dans tous les cas, il faut envisager la possibilité d'une aide médicale et thérapeutique, comme une physiothérapie ou une consultation en stomathérapie, et surtout parler très ouvertement de vos difficultés, car des solutions existent dans la très grande majorité des cas.

Pour en savoir plus

La Ligue contre le cancer propose deux brochures sur les effets du cancer et des traitements sur la sexualité: «Cancer et sexualité au masculin» et «Cancer et sexualité au féminin» (voir annexes).

Traitement dans le cadre d'une étude clinique

La recherche médicale développe constamment de nouvelles approches et 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, pour augmenter leur efficacité, en atténuer les effets secondaires ou bien encore prolonger la survie. Il est donc nécessaire de réaliser une étude clinique, qui implique directement des patients.

Il se peut que dans le cadre du traitement, l'on propose au patient de participer à une telle étude. La décision lui appartient entièrement, il est libre d'accepter ou de refuser.

A tout moment, il peut se retirer de l'étude ou interrompre le traitement, de même qu'il peut 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. La brochure «Thérapie anticancéreuse dans le cadre d'une étude clinique» (voir annexes) permet d'en savoir plus.

Le traitement du cancer de la vessie

Stade précoce

- *Les généralités se trouvent à la page 19.*
- *Vous pouvez lire à la page 15 des informations plus détaillées sur les stades de la maladie.*
- *Chaque méthode thérapeutique est décrite à partir de la page 29.*

Carcinome non musculo-infiltrant de la vessie

En règle générale, si la tumeur se limite à la muqueuse et au tissu conjonctif interne, on peut la retirer entièrement via l'urètre pour conserver la vessie: dans ce but, le chirurgien urologue pratique une *résection transurétrale de vessie ou RTUV*. Le tissu est ensuite examiné au microscope pour déterminer le stade et le grade exacts de la tumeur (voir pp. 15 à 17).

Dans les douze heures suivant l'intervention, il est possible de mettre en place un deuxième traitement intravésical pour éviter une récurrence (réapparition de la tumeur): il consiste à administrer un cytostatique (médicament chimio-

thérapeutique) dans la vessie pendant une heure pour détruire les cellules cancéreuses qui «nagent» encore dans l'urine (voir p. 35).

Après avoir analysé la tumeur au microscope, il est possible de recommander une thérapie adjuvante. Si les cellules cancéreuses sont agressives ou si la couche de tissu conjonctif interne est touchée (lamina propria), il faut envisager les mesures suivantes:

- > dans un délai de 2 à 6 semaines, d'éventuels rinçages locaux supplémentaires hebdomadaires de cytostatiques pendant jusqu'à 4 à 6 mois;
- > une nouvelle résection transurétrale via l'urètre pour retirer les résidus tumoraux
- > pendant 6 semaines, un rinçage hebdomadaire à l'aide du vaccin du bacille de Calmette-Guérin (voir p. 36).

Si cela s'avère nécessaire, ces rinçages peuvent s'effectuer pendant des mois, voire des années.

Stade avancé

Carcinome urothélial musculo-infiltrant de la vessie

Si la tumeur a envahi la couche musculuse de la paroi vésicale ou s'infiltré même au-delà, le traitement de première ligne est la cystectomie, soit l'ablation complète de la vessie et des tissus voisins.

Cette opération nécessite la création d'une dérivation urinaire: soit grâce à la confection d'un orifice artificiel dans la paroi abdominale (urostomie), soit en construisant une vessie de substitution qui s'ouvrira dans l'urètre (voir p. 32). Selon les circonstances, on devra envisager une chimiothérapie néoadjuvante ou adjuvante.

Dans certains cas – si l'ablation est risquée ou si le patient la refuse –, le chirurgien peut envisager une intervention partielle via l'urètre, suivie d'une radiothérapie ou d'une radiochimiothérapie. Le risque de récurrence est toutefois plus élevé qu'en cas d'ablation complète.

Carcinomes urothéliaux inopérables

Si l'opération curative n'est plus possible en raison de ganglions lymphatiques atteints et/ou de métastases, ou si l'état de santé du patient ne permet pas de pratiquer l'intervention, la chimiothérapie palliative peut ralentir la croissance de la tumeur et soulager les symptômes et les douleurs.

Entrent aussi en ligne de compte:

- > la radiothérapie pour traiter des douleurs provoquées par des métastases ou calmer des saignements dans la vessie;
- > l'ablation chirurgicale de la vessie, liée la plupart du temps à une dérivation urinaire artificielle que l'on appelle *urostomie*;
- > l'ablation si possible totale de la tumeur via l'urètre (résection transurétrale de vessie), combinée éventuellement à une radiochimiothérapie (dans le cadre d'une étude clinique).

Traitement de la douleur

Le cancer de la vessie peut provoquer des douleurs, en particulier à des stades avancés et en présence de métastases: il est important de ne pas les subir en silence, car les douleurs affaiblissent inutilement et portent sur le moral. En parler très franchement et ouvertement, permet d'exploiter toutes les possibilités offertes par le traitement moderne de la douleur.

Grâce à des rayons, une opération, des médicaments ou d'autres méthodes encore, il est toujours possible de soulager les douleurs d'origine cancéreuse, voire même, dans de nombreux cas, de les supprimer complètement: vous trouverez de précieux conseils dans la brochure «Vivre avec le cancer, sans douleur» (voir annexes).

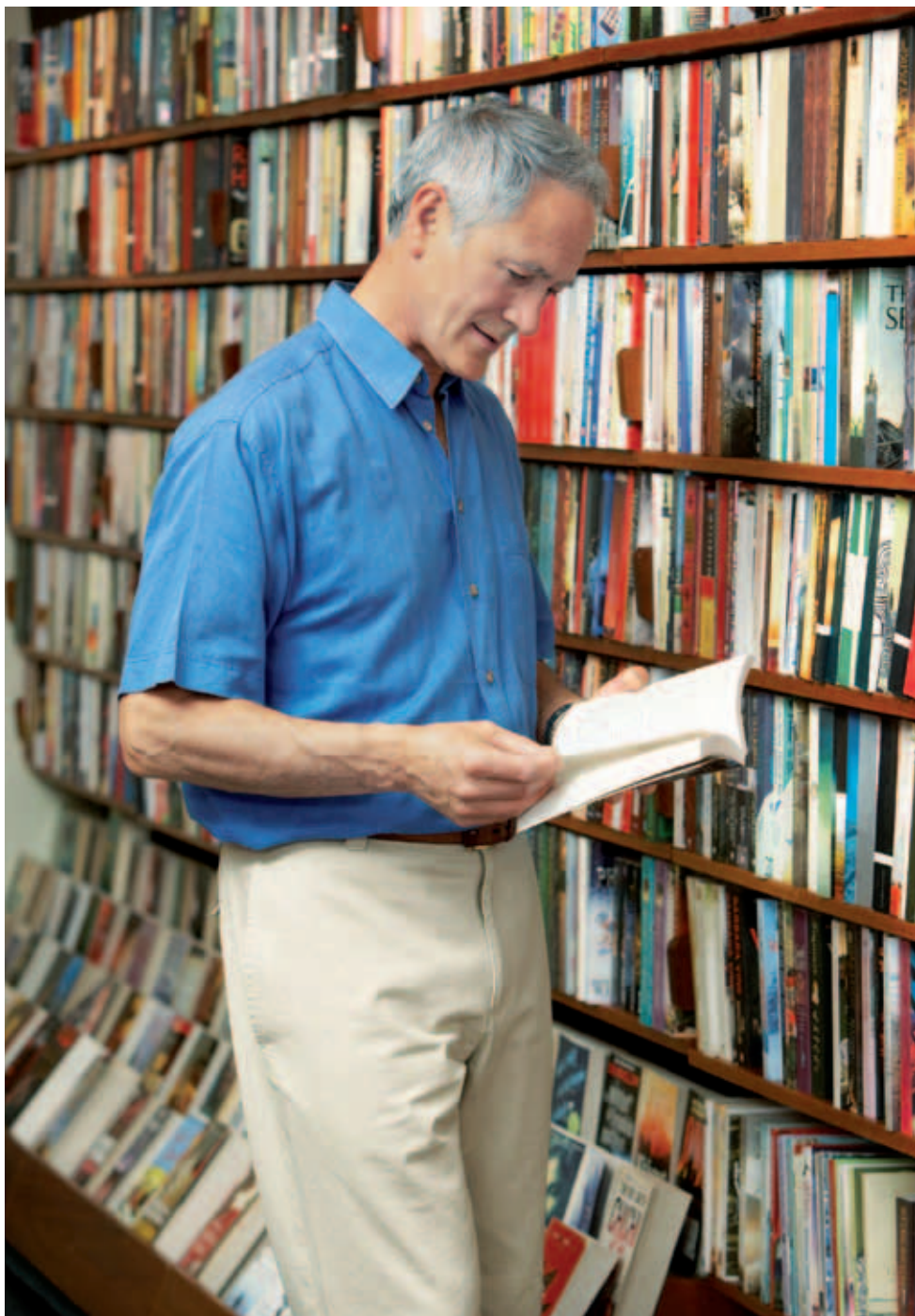
Suivi médical et réadaptation

Après le traitement, les médecins instaurent des contrôles réguliers. Ils visent notamment à traiter rapidement les effets indésirables de la maladie ou du traitement, ainsi qu'à détecter et à soigner une éventuelle récurrence ou des métastases.

Le suivi englobe également les conseils psycho-oncologiques et psychosociaux: il permet d'aborder tous les types de difficultés liées à la maladie, afin de faciliter le retour à la vie de tous les jours. La fréquence des contrôles nécessaires dépend du stade de la maladie, des traitements, et de l'état de santé général de la personne.

- > En cas de tumeur de vessie n'infiltrant pas le muscle, on recommande d'abord une cystoscopie tous les 3 mois pendant une année, puis tous les 6 mois. Si la tumeur est peu agressive ou si le chirurgien l'a retirée depuis un certain temps, une cystoscopie annuelle suffit. Pour les tumeurs agressives, on recommande un contrôle tous les 3 à 6 mois.
- > En cas de cystectomie (ablation), en fonction des symptômes et des différents résultats d'analyses, il faut prévoir des contrôles tous les 3 mois au début, puis tous les 6 mois, et par la suite une fois par an.

Si des troubles ou des symptômes surgissent entre deux contrôles, il ne faut pas hésiter à faire appel au médecin sans attendre, qu'un rendez-vous soit prochainement prévu ou pas.



Méthodes thérapeutiques

- Les généralités se trouvent à la page 19.
- Pour en savoir plus sur les stades de la maladie, vous pouvez vous reporter à la page 15.

Résection transurétrale de vessie (RTUV)

A un stade précoce ou à visée diagnostique, il s'agit d'une opération se déroulant à travers l'urètre, dénommée *résection transurétrale de vessie ou RTUV*. Sous anesthésie locale ou générale, le chirurgien introduit dans la vessie un instrument appelé résectoscope, muni d'une caméra vidéo et d'une source lumineuse. La tumeur est retirée à l'aide d'une anse électrique. Sur un écran, le chirurgien dispose d'une excellente vue de la zone à opérer et du champ nécessaire pour contrôler le déroulement de l'opération. Dans certains cas, après cette intervention, la vessie est rincée avec une solution chimiothérapeutique pour diminuer le risque de récurrence (voir p. 36).

On place ensuite un cathéter dans la vessie pendant 2 à 3 jours, pour éviter la stagnation de l'urine, empêcher la dilatation de la vessie, et garantir une guérison optimale de la plaie. Après quelques semaines, il peut arriver que le chirurgien doive procéder à une nouvelle résection transurétrale ou que plus tard, l'ablation de la vessie par cystectomie s'avère nécessaire.

Suites opératoires possibles:

Bien que très rares, les complications suivantes peuvent survenir:

- > il arrive que l'équipe chirurgicale doive interrompre l'opération en raison de saignements qui entraînent un manque de visibilité;
- > des saignements postopératoires peuvent créer des caillots et obstruer le cathéter; ces caillots devront être retirés sous anesthésie partielle ou générale;
- > une perforation de la paroi vésicale peut se produire mais elle guérit généralement d'elle-même. Une opération peut malgré tout s'avérer nécessaire.

Cystectomie ou ablation chirurgicale de la vessie

Traitement chirurgical «à ciel ouvert»

S'il faut retirer la vessie, le chirurgien procède à l'intervention sous anesthésie générale grâce à une incision à travers la paroi abdominale. Avant de retirer la vessie, on prélève des ganglions lymphatiques à proximité de la tumeur. On les analyse ensuite pour déterminer la progression du cancer, car les résultats peuvent influencer la marche à suivre du traitement.

Chez les hommes, le chirurgien retire en plus la prostate et les vésicules séminales (on parle alors de cystoprostatectomie). Si nécessaire, il enlève aussi l'urètre, totalement ou en partie (urétréctomie). Chez les femmes, en règle générale, on procède également à l'ablation de l'utérus, éventuellement de l'urètre et/ou de la partie terminale du vagin: le chirurgien parle alors de pelvectomie antérieure. De plus, en fonction de la situation individuelle et de l'âge de la patiente, le chirurgien retire aussi les ovaires et les trompes.

Après l'ablation de la vessie, il faut créer une nouvelle dérivation urinaire. Il existe différentes possibilités.

En fonction de l'étendue de la tumeur, le chirurgien pourra peut-être utiliser la technique dite «de préservation des nerfs», qui peut permettre de conserver la capacité d'érection chez l'homme. En outre, cette technique permet aussi d'améliorer la continence urinaire chez les femmes et les hommes porteurs d'une vessie de substitution se vidant par l'urètre (voir p. 32). Le séjour à l'hôpital dure entre 2 et 3 semaines.

Suites opératoires possibles:

Des saignements immédiats ou postopératoires ainsi que des inflammations peuvent se produire. Une vessie de remplacement entraîne fréquemment au début des fuites d'urine nocturnes ou diurnes (incontinence), ainsi que des gouttes d'urine retardataires (après avoir uriné). De plus, une stase dans les reins, une insuffisance de la fonction rénale, ou des troubles du métabolisme dus à la stagnation de l'urine dans l'intestin peuvent survenir à moyen ou long terme.

L'ablation nécessaire des organes génitaux internes entraîne la stérilité. Les hommes peuvent aussi souffrir de troubles de l'érection, tandis que les jeunes femmes à qui on a retiré les ovaires connaissent une ménopause précoce et des troubles liés à cet état (voir «Fertilité et sexualité» p. 22).

Techniques opératoires laparoscopiques et assistées par robot

La technique laparoscopique se base sur l'introduction d'instruments dans le corps – comme par exemple une petite caméra – grâce à plusieurs petites incisions. Elle permet au chirurgien d'opérer en suivant à l'écran le déroulement de l'intervention. On parle de technique mini-invasive parce qu'elle ne nécessite que de petites incisions. De plus, les douleurs postopératoires sont plus modérées qu'en cas d'incisions abdominales plus importantes.

La technique opératoire laparoscopique peut aussi se dérouler sous assistance robotique: grâce à une image en trois dimensions, l'urologue commande à distance à partir d'une console entre 2 et 4 bras robotisés qui tiennent les instruments chirurgicaux. La plupart du temps, la console est dans la salle d'opération, mais elle peut aussi se trouver dans une autre pièce. En plus du robot, un assistant et une infirmière de bloc opératoire restent auprès du patient. Pour le moment, seuls des centres spécialisés pratiquent en principe

Opérer en conservant les nerfs érecteurs

Lors de l'ablation de la vessie et/ou de la prostate, des nerfs peuvent être abîmés, notamment ceux qui sont responsables de l'érection chez l'homme. Ils parcourent la vessie et la prostate sur les deux côtés et transmettent au corps caverneux du pénis les signaux nécessaires à l'érection. Ces nerfs jouent également un rôle dans la continence urinaire de l'homme et de la femme (voir aussi p. 23).

Dans certains cas, ces nerfs peuvent être préservés lors de l'opération – du moins sur un côté. La récupération de la continence urinaire – en cas de remplacement de la vessie – et ainsi meilleure et plus facile.

Dans une certaine mesure, la conservation des nerfs de cette zone permet également de maintenir la faculté d'érection, mais les chances de succès sont cependant très variables. Elles dépendent aussi en grande partie de l'âge du patient et de la qualité des érections avant l'opération. La conservation des nerfs seule ne garantit donc pas forcément la capacité d'érection.

la cystectomie totale et les dériva-tions urinaires au moyen de ces techniques mini-invasives.

Ce type d'opération est beaucoup plus long, parfois plus risqué et bien plus coûteux. En revanche, la perte de sang est en moyenne moins importante qu'avec la technique opératoire à ciel ouvert et le patient tend à se rétablir plus vite.

Dans l'ensemble, les techniques mini-invasives ont échoué pour l'heure à s'imposer: les coûts, le temps accru qu'elles impliquent ainsi que les exigences techniques ne parviennent pas à prendre le dessus sur les avantages qui demeurent discutables. De nombreux urologues préfèrent ainsi s'en tenir à la technique opératoire à ciel ouvert «classique», qui connaît elle-aussi par ailleurs une évolution et un perfectionnement constants.

Choix de la technique opératoire

L'alternative entre «chirurgie à ciel ouvert» ou «chirurgie mini-invasive» dépend avant tout du patient et de l'expérience du chirurgien urologue, car le succès de l'opération dépend fondamentalement de la prédilection du spécialiste pour une technique déterminée, et de son expérience. Les instruments les plus coûteux ne donnent pas forcément les meilleurs résultats.

Dérivations urinaires

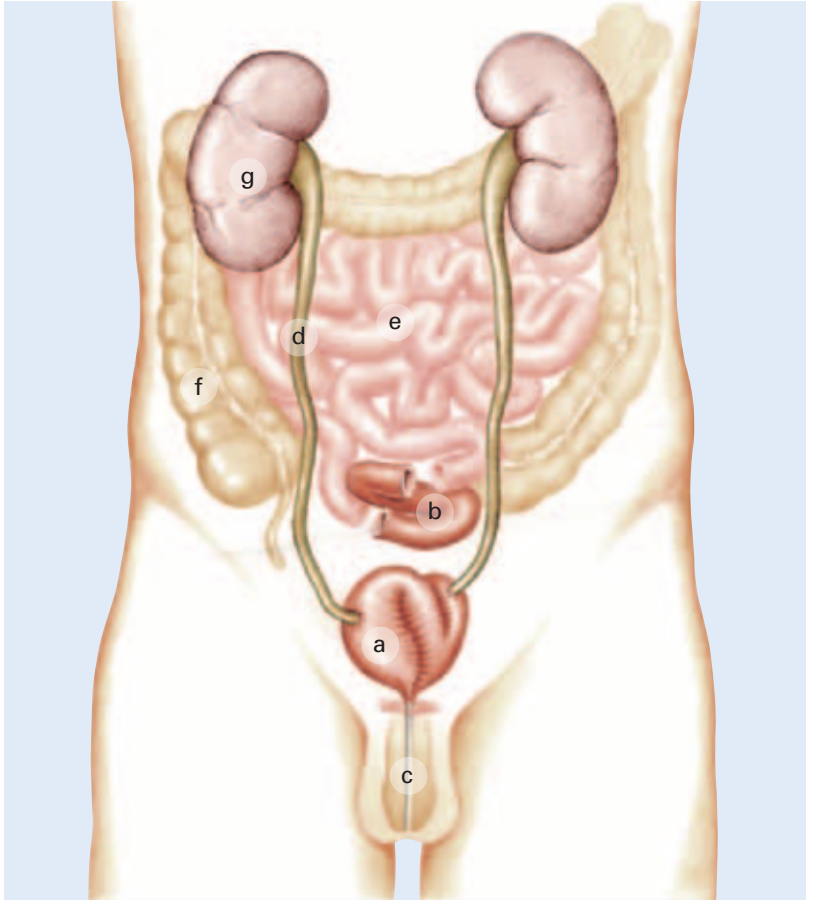
En cas d'ablation totale de la vessie, l'urine ne peut plus s'évacuer naturellement: il faut alors créer une dérivation des voies urinaires pour assurer l'écoulement de l'urine. Il existe différentes possibilités – en fonction de la situation, du stade de la tumeur, de l'état de santé général, et des souhaits du patient.

Dans la mesure du possible, il convient de se poser les questions suivantes avant l'opération:

- > Quels sont les avantages et les inconvénients des différentes options?
- > Quelles en sont les conséquences sur le quotidien, l'en-tourage, la sexualité, la conti-nence et sur la qualité de vie en général?

Vessie de substitution continente orthotope (néo-vessie)

A partir d'un segment de l'intestin grêle ou du côlon, il est possible de fabriquer une vessie de substitution ou néo-vessie dans laquelle se forme l'urine. Ce type de vessie de substitution est reliée aux uretères d'une part et à l'urètre d'autre part. L'urine peut ainsi s'excréter par les voies naturelles. La miction se contrôle à l'aide des sphincters, ce qui demande au patient un entraînement intensif après l'opération.



Mise en place d'une vessie de substitution orthotope

- a) vessie de substitution (néo-vessie)
- b) segment d'intestin utilisé pour constituer la vessie de substitution
- c) urètre
- d) uretères
- e) intestin grêle (petit intestin)
- f) côlon (gros intestin)
- g) reins

En règle générale, comme le besoin naturel d'uriner disparaît, il faut vider la néo-vessie toutes les 4 heures, y compris la nuit. La détente du bassin pelvien et une légère pression sur la musculature abdominale permet de le faire. On recommande au patient de placer près de lui deux réveils, pour éviter que la vessie de substitution ne déborde sans qu'il s'en aperçoive. Si l'envie d'uriner fait défaut ou que des oublis entraînent des débordements à répétition, des complications graves peuvent surgir par la suite.

La pose d'une vessie de substitution orthotope n'est possible que si :

- > l'urètre est intact et non atteint par la tumeur;
- > le foie, les reins et l'intestin fonctionnent bien;
- > l'état du patient et une motivation suffisante de sa part lui permettent de suivre le programme d'exercices sur la capacité de la vessie et la continence. Il doit aussi être prêt à la vider jour et nuit, à intervalles réguliers. Si tel est le cas, il faut compter jusqu'à 6 mois pour acquérir une continence durant la journée;
- > le patient a moins de 70 ans, car les patients plus âgés ont plus de difficultés avec la continence et font face par conséquent à des complications par la suite.

Vessie de substitution continente hétérotope

La vessie de substitution continente hétérotope est une autre option qui consiste à créer un réservoir à l'intérieur du corps à l'aide d'un fragment d'intestin grêle ou de rectum. Au contraire de la vessie de substitution orthotope, la dérivation urinaire est ici abouchée vers l'extérieur à travers la paroi abdominale et fermée par une valve. En cas de besoin, le patient peut vider de façon autonome l'urine via un cathéter. Pour un résultat esthétique satisfaisant, cette dérivation est souvent abouchée (jointe) au nombril. Le patient doit pouvoir vider la poche toutes les 4 heures en utilisant un cathéter.

Vessie de substitution non continente (urostomie)

L'*urostomie* est une ouverture chirurgicale dans l'abdomen pratiquée pour permettre l'écoulement de l'urine. Ce type de dérivation des voies urinaires s'impose lorsqu'une vessie de substitution orthotope ou hétérotope n'est pas envisageable ou que le patient n'en souhaite pas. L'urine s'écoule alors dans une poche à l'extérieur de l'abdomen, à l'aide d'un segment de l'intestin grêle servant de conduit et auquel on relie les uretères.

Le chirurgien a recours à un segment de l'iléon soit la dernière portion de l'intestin grêle (entre 15 et 20 cm), qui sert ensuite de conduit. Une implantation des uretères dans le côlon est beaucoup plus rare (voir ci-dessous). La partie ouverte du conduit est ramenée à travers la paroi abdominale, pour que l'urine puisse s'écouler dans un sac plat spécial. Il est fixé à la peau de l'abdomen et doit se vider régulièrement (voir encadré «Stomathérapie»).

Dérivation urétéro-colique

Cette technique implique une bonne tonicité du sphincter de l'anus et consiste à lier les deux uretères avec un segment de gros intestin proche du rectum. Un suivi à vie est important, car plus tard, il est possible que des tumeurs du gros intestin se développent au voisinage de l'implant.

Traitements médicamenteux

Traitement médicamenteux local ou instillation

Lorsqu'il n'est pas nécessaire d'enlever la vessie et que la tumeur n'est pas infiltrante, un traitement supplémentaire local peut aider à diminuer le risque de récurrence: on parle de traitement local parce que la substance active est administrée à des endroits précis du corps et non dans tout l'organisme par voie intraveineuse ou orale. L'instillation désigne le traitement qui consiste à administrer les médicaments directement dans la vessie à l'aide d'un cathéter introduit dans l'urètre.

Stomathérapie

Si la pose d'une urostomie est prévue, il serait souhaitable de consulter également un stomathérapeute. Si vous le souhaitez, vous pouvez aussi parler à des personnes qui vivent depuis plus longtemps avec une dérivation urinaire: l'Association suisse des groupes régionaux de personnes stomisées saura vous renseigner (voir annexes). Vous en apprendrez aussi davantage en lisant la brochure intitulée «L'urostomie» (voir annexes).

Instillation de cytostatiques:

En oncologie, lorsque l'on parle de chimiothérapie, on désigne la plupart du temps un traitement avec des médicaments cytostatiques (voir ci-dessous). Selon les situations, on procédera à une première instillation de cytostatiques directement après l'opération (voir p. 25).

Après la pose du diagnostic définitif, en fonction du stade et de l'agressivité de la tumeur, on recommandera une deuxième thérapie par instillation. En cas de tumeur agressive et de carcinome in situ (CIS), l'équipe médicale peut mettre en place une instillation avec vaccin BCG (voir plus loin). Fondamentalement, une chimiothérapie locale est mieux tolérée qu'une chimiothérapie systémique. L'effet indésirable le plus fréquent est une irritation de la vessie et parfois une légère hématurie (présence de sang dans les urines).

Instillation du bacille Calmette-Guérin (BCG) ou immunothérapie

Si le risque d'une récurrence tumorale ou d'une infiltration du muscle est grand, une immunothérapie locale peut être envisagée quelques semaines après l'opération, lorsque les plaies sont guéries. Ce type d'immunothérapie consiste à instiller dans la vessie des bacilles

de Calmette-Guérin (du nom de deux chercheurs français à l'origine du développement d'un vaccin contre la tuberculose), où on les laisse agir pendant une heure. Les bacilles sont des bactéries qui déclenchent une réaction inflammatoire locale efficace contre le développement et la croissance de cellules cancéreuses. On ignore jusqu'ici le mécanisme exact de ce processus.

Les effets indésirables possibles sont une irritation de la vessie, de la fièvre et des symptômes apparentés à de la fièvre comme des frissons, de la fatigue ou des douleurs articulaires. Rarement, une telle immunothérapie locale peut entraîner une infection grave au bacille tuberculeux, qui se traite cependant bien. Votre médecin vous donnera tous les renseignements utiles.

Chimiothérapie (cytostatiques)

La chimiothérapie est le traitement de choix pour les tumeurs de la vessie ayant déjà entraîné des métastases ganglionnaires ou dans d'autres organes. Elle repose sur l'emploi de cytostatiques, médicaments qui détruisent les cellules cancéreuses ou en inhibent la croissance. Contrairement à la radiothérapie qui agit localement, les cytostatiques sont distribués

dans tout l'organisme à travers la circulation sanguine: ils ont donc un effet que l'on dit *systémique*, parce qu'ils agissent dans tout le corps. Ils empêchent la multiplication rapide des cellules cancéreuses et freinent leur prolifération. Leur emploi permet du coup de limiter la croissance des métastases ou du moins de la ralentir.

Malheureusement, les cellules normales à croissance rapide sont également affectées: les cellules responsables de la formation du sang (moelle osseuse), des follicules pileux et capillaires, des muqueuses (bouche, estomac, intestin, vagin), ainsi que les cellules germinales (spermatozoïdes et ovules). Ces atteintes involontaires des cellules saines expliquent la grande majorité d'effets secondaires possibles. Ces effets diminuent après le traitement car les cellules saines se régénèrent, alors que les cellules cancéreuses meurent.

Le choix des cytostatiques – il en existe plus de cent – dépend des caractéristiques de la maladie: on combine généralement plusieurs substances actives et on parle de polychimiothérapie ou de traitement combiné. Ils sont administrés en plusieurs cycles entrecoupés d'une pause.

Une chimiothérapie s'impose lorsque le cancer de la vessie est à un stade avancé. Il en existe différentes formes:

- > la chimiothérapie néoadjuvante, avant l'opération, qui vise à réduire la taille de la tumeur;
- > la chimiothérapie seule ou la radiochimiothérapie (chimiothérapie combinée à une radiothérapie) adjuvante, après l'opération;
- > la radiochimiothérapie, chimiothérapie combinée à une radiothérapie, en lieu et place d'une opération;
- > la chimiothérapie palliative lorsque la guérison n'est plus possible.

Effets indésirables possibles

- > modifications de la formule sanguine pouvant entraîner une augmentation du risque d'infection et de saignements ainsi que de la fatigue (anémie);
- > nausées et vomissements;
- > inflammation de la muqueuse buccale, modification du goût;
- > réactions allergiques telles que troubles respiratoires, frissons, problèmes circulatoires ou cutanés;
- > troubles de l'estomac et de l'intestin, diarrhées;

- > chute de cheveux;
- > sécheresse vaginale, inflammation du vagin;
- > troubles de l'ouïe;
- > troubles des terminaisons nerveuses (picotements dans les mains et les pieds);
- > infertilité.

cas simultanément. Le médecin et l'équipe soignante veilleront à donner les bonnes informations et les bons conseils.

Nous vous rendons également attentifs aux informations à la page 21.

La nature des effets secondaires et leur intensité chez un patient donné dépend du type de médicament, de la combinaison de médicaments et des prédispositions individuelles de chacun. Tous les effets secondaires mentionnés ci-dessus ne surviendront en aucun

Pour en savoir plus

Dans la brochure «Le traitement médicamenteux des cancers», vous trouverez de plus amples informations sur la chimiothérapie et les moyens pour en atténuer les effets secondaires (voir annexes).

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 aux traitements comme 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 p. 27);
- > 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.

Radiothérapie

La radiothérapie endommage avant tout les cellules cancéreuses qui, ne pouvant plus se diviser et se multiplier, finissent par mourir. 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.

Une radiothérapie s'impose en cas de cancer de la vessie à un stade avancé, en complément notamment d'une opération ou lorsqu'une intervention chirurgicale n'est pas possible. En fonction des cas individuels, la radiothérapie est associée à un traitement médicamenteux pour augmenter l'efficacité du traitement, on parle alors de radiochimiothérapie.

Les rayons sont généralement dirigés sur le tissu tumoral et les ganglions lymphatiques environnants à travers la peau ou la paroi abdominale. La zone à irradier est très précisément définie au moyen d'un scanner, pour diriger les rayons de manière ciblée et ménager les organes voisins comme

la vessie ou le rectum. Le patient se rend à ses séances de radiothérapie du lundi au vendredi pendant 4 à 6 semaines. Chaque séance ne dure que quelques minutes.

Effets indésirables possibles:

- > irritation et inflammation de la vessie, troubles de la miction, incontinence urinaire;
- > inflammation du rectum accompagnée de diarrhées;
- > sécheresse et rougeur de la peau ou de la muqueuse irradiée.

En général les progrès de la radiothérapie font que ces traitements sont aujourd'hui mieux tolérés. Les effets secondaires dépendent cependant beaucoup des doses administrées et de la région du corps qui les reçoit. N'hésitez pas à parler de tous les symptômes que vous constatez avec votre équipe soignante.

Nous vous reportons également aux informations à la page 21.

Pour en savoir plus

Vous trouverez de plus amples informations sur les radiothérapies et leurs effets dans la brochure «La radiothérapie» (voir annexes).

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 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 que vous en informiez 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?» (voir annexes).

Vivre avec la maladie

Les progrès de ces dernières décennies ont nettement amélioré les chances de survie et la qualité de vie des personnes malades, mais les traitements restent longs et éprouvants. Si certaines personnes sont capables de garder leurs activités quotidiennes, d'autres n'y arrivent plus.

S'écouter

Il faut prendre le temps qu'il faut pour s'adapter à cette nouvelle situation. L'organisation de la vie de tous les jours peut se faire pas à pas, chacun à son rythme, en fonction de ses possibilités.

Il faut essayer de déterminer ce qui peut aider à améliorer la qualité de vie. L'horizon s'éclaire parfois en se posant des questions toutes simples:

- > Que veut-on vraiment?
- > De quoi a-t-on besoin?
- > Comment pourrait-on y arriver?
- > Qui pourrait aider?

Après le 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 savent pas toujours 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.



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 Ligne 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.

Forums de discussion

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

Groupes d'entraide

Ils favorisent l'échange d'informations et d'expériences. Bien des choses paraissent nettement plus simples quand on en discute avec des personnes confrontées à des difficultés similaires. Par exemple, si on vous a posé une urostomie ou si cela va être prochainement le cas, vous pouvez entrer en contact avec l'Association suisse des groupes régionaux des personnes stomisées:

ilco Suisse, Peter Schneeberger
Buchenweg 35, 3054 Schüpfen
tél. 031 879 24 68, fax 031 879 24 73
info@ilco.ch, www.ilco.ch

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. 24).

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 de le faire. 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**
- > **L'urostomie**
Conseils à l'intention des personnes concernées et de leurs proches
- > **Cancer et sexualité au féminin**
- > **Cancer et sexualité au masculin**
- > **Vivre avec le cancer, sans douleur**
Identifier les causes, trouver des solutions
- > **Difficultés alimentaires en cas de cancer**
- > **L'œdème lymphatique**
Petit guide à l'intention des personnes concernées
- > **Activité physique et cancer**
Retrouver confiance en son corps grâce au mouvement
- > **Parallèles? Complémentaires?**
Risques et bénéfices des méthodes non vérifiées en oncologie
- > **Soigner son apparence durant et après la thérapie**
Peau, coiffure, couleurs et vêtements: les conseils de la Ligue contre le cancer
- > **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
- > **Cancer: prestations des assurances sociales**
- > **A la découverte de nouveaux horizons**
Stages de réadaptation
- > **Prédispositions héréditaires au cancer**
Des réponses aux questions que se posent les familles fortement touchées par le cancer
- > **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 en cas de cancer**
Guide pratique et formulaire fr. 18.– ou téléchargement gratuit sur www.liguecancer.ch/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», à commander auprès du Groupe suisse de recherche clinique sur le cancer (SAKK), téléphone 031 389 91 91, sakkcc@sakk.ch, www.sakk.ch → Patients → Brochure destinée aux patients.

(Remarque: l'édition 2009 n'est pas encore disponible en français).

Sites Internet

(par ordre alphabétique)

www.cancer.ca

Site de la Société canadienne du cancer

www.espacecancer.chuv.ch

Site du CHUV de Lausanne

www.doctissimo.fr

Site français consacré à la santé

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.ilco.ch

Association suisse des groupes régio-

naux de personnes stomisées

www.infocancer.org

Site français consacré aux différents types de cancer

www.inkontinex.ch

Société suisse d'aide aux personnes incontinentes

www.liguecancer.ch

Site de la Ligue suisse contre le cancer

www.ligue-cancer.asso.fr

Site de la Ligue française contre le cancer

En anglais

www.cancer.gov

National Cancer Institute USA

www.cancer.net

American Society of Clinical Oncology

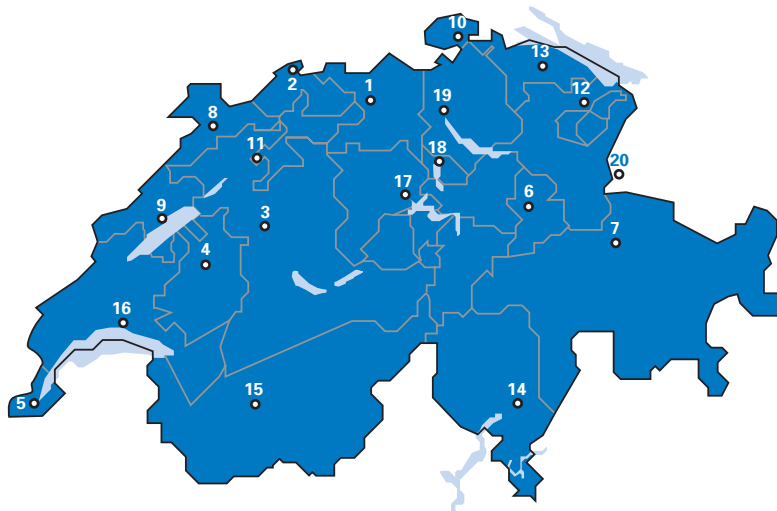
www.macmillan.org.uk

A non-profit cancer information service

Sources

Les publications et 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.krebssliga-basel.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-Appenzel

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

Av. Gratta-Paille 2
case postale 411
1000 Lausanne 30 Grey
tél. 021 641 15 15
fax 021 641 15 40
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

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

**Vos dons sont les bien-
venus.**

Votre Ligue contre le cancer::