



Le cancer de la prostate



**Informations de la Ligue
contre le cancer
pour les personnes touchées
et leurs proches**

Les ligues contre le cancer en Suisse : proximité, soutien individuel, confidentialité et professionnalisme

Vous et vos proches pouvez vous appuyer sur les activités de conseil et soutien proposées gratuitement près de chez vous. Près de 100 professionnels, répartis sur plus de 60 sites en Suisse, offrent un suivi individuel et confidentiel pendant et après la maladie.

En parallèle, les ligues cantonales développent des actions de prévention auprès de la population. Objectif: diminuer les facteurs de risque qui prédisposent au développement de la maladie.

Impressum

Editrice

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

Responsable de publication

Sabine Jenny, lic. phil., MAE, infirmière dipl. ES,
responsable de service, Ligue suisse contre
le cancer, Berne

Traduction de l'allemand

Cristina Martínez, Ligue suisse contre le
cancer, Berne

Révision

Jacques-Olivier Pidoux, Ligue suisse contre
le cancer, Berne

Responsables de projet de la 4^e édition en allemand

Regula Schär, lic. phil., collaboratrice scienti-
fique, Ernst Schlumpf, collaborateur rédac-
tionnel, tous deux Ligue suisse contre le
cancer, Berne

Conseils scientifiques et texte original

Ont collaboré à la 4^e édition allemande (par
ordre alphabétique) :

Dr med. Karin Huwiler, collaboratrice scienti-
fique, Ligue suisse contre le cancer, Berne
Prof. Dr med. George Thalmann, médecin-chef
et directeur de la clinique universitaire
d'urologie, Hôpital de l'Île, Berne

Nous remercions la personne touchée pour
son attentive relecture de l'épreuve et ses
précieux commentaires.

Programme d'exercices du plancher pelvien

Jacqueline de Jong, PtMSc, SOMT Pelvic
education, Physio Artos, Interlaken

Collaborateurs Ligue suisse contre le cancer, Berne (par ordre alphabétique) :

Ont collaboré à la rédaction du texte original :
Sabine Jenny, lic. phil., MAE, infirmière dipl. ES,

responsable de service; Verena Marti, respon-
sable du département Publications; Regula
Schär, lic. phil., collaboratrice scientifique ;
Dr med. Mark Witschi, collaborateur scienti-
fique

Editions précédentes (et texte) – Conseils scientifiques

Ont collaboré (par ordre alphabétique) :
PD Dr med. Daniel M. Aebbersold, médecin-chef
rempl., radio-oncologie, Hôpital de l'Île, Berne;
Dr phil. Nicolas Broccard, journaliste scienti-
fique, Berne; Dr med. Emanuel Jacky, chef
de clinique, oncologie, Hôpital universitaire
de Zurich; Susanne Lanz, Ligue suisse contre
le cancer, Berne; Anita Margulies, BSN, RN,
oncologie, Hôpital universitaire de Zurich ;
Dr med. Rudolf Morant, médecin adjoint, onco-
logie, Centres des tumeurs, Saint-Gall et Coire;
Dr med. Thomas Sauter, urologue, Berne;
Dr med. Osama Shahin, urologue, Bâle;
Dr med. Armin Thöni, médecin adjoint,
radio-oncologie, Hôpital Lindenhof, Berne

Couverture

Adam et Eve, d'après Albrecht Dürer

Illustrations

P. 7, 13: Frank Geisler, dessinateur scientifique,
Berlin

Photos

P. 4 : ImagePoint SA, Zurich
Pp. 16, 22, 32, 38, 52 : Shutterstock
Pp. 56/57 : Jacqueline de Jong, Physio Artos,
Interlaken

Conception graphique

Wassmer Graphic Design, Zäziwil

Impression

Ast & Fischer SA, Wabern

Cette brochure est aussi disponible en allemand et en italien

© 2015, 2009, 2006, Ligue suisse contre le cancer, Berne | 3^e éd. revue et augmentée

Sommaire

- 5 Avant-propos**
- 6 Qu'est-ce que le cancer ?**
- 12 Le cancer de la prostate**
 - 12 La prostate et sa fonction
 - 12 Causes possibles et facteurs de risque
 - 14 Dépistage
 - 15 Troubles et symptômes possibles
- 17 Examens et diagnostic**
 - 17 Premiers examens
 - 18 Autres examens en vue de préciser le diagnostic
 - 19 Stades de la maladie
- 23 Cancer de la prostate : options thérapeutiques**
 - 23 La surveillance active
 - 25 L'observation attentive
 - 25 L'opération : la prostatectomie radicale
 - 28 La radiothérapie
 - 33 Les traitements médicamenteux
- 39 Thérapie selon le stade de la maladie**
 - 39 Planification du traitement
 - 44 Traitement des tumeurs localement limitées
 - 44 Traitement des tumeurs localement avancées
 - 45 Traitement des métastases osseuses
 - 45 Traitement du cancer de la prostate résistant à la castration
 - 47 La thérapie dans le cadre d'une étude clinique
- 48 Faire face aux effets indésirables**
 - 49 Répercussions sur la sexualité et la fécondité
 - 50 Effets sur la continence urinaire
- 53 Traitements complémentaires**
 - 53 Suivi médical et réadaptation
 - 54 Traiter la douleur
 - 55 Les médecines complémentaires
 - 56 Exercices pour renforcer le plancher pelvien
- 58 L'après-traitement**
- 60 Conseils et informations**



Cher lecteur,

Cancer. Pour les malades comme pour leurs proches, le diagnostic est généralement un choc. Du jour au lendemain, la vie bascule; le présent, l'avenir, tout est chamboulé et les questions se bousculent, chargées d'espoir un jour, lourdes d'angoisse et de colère le lendemain.

Cette brochure est destinée à vous aider à mieux comprendre et affronter la maladie. Vous y trouverez une description détaillée du cancer de la prostate chez l'adulte, des examens réalisés en vue de poser le diagnostic et du traitement, mais aussi des conseils utiles pour la période qui suit les thérapies et des offres de soutien pour vous faciliter le retour à la vie de tous les jours.

Le traitement du cancer de la prostate est devenu plus efficace et mieux toléré ces dernières années. Lorsque la maladie est découverte à un stade précoce, alors qu'elle est encore limitée à la prostate, les perspectives de guérison sont généralement bonnes. A un stade plus avancé, il est souvent possible d'en ralentir l'évolution et d'en atténuer les symptômes.

Même lorsqu'on ne peut plus espérer de rétablissement durable, des mesures d'accompagnement peuvent contribuer à maintenir ou améliorer la qualité de vie.

Si vous avez des questions, l'équipe médicale et soignante est là pour y répondre. N'hésitez pas non plus à faire appel au soutien de votre entourage, qu'il s'agisse de votre famille, de vos amis ou de vos voisins.

Vous trouverez des conseils et des informations utiles dans de nombreuses autres brochures de la Ligue contre le cancer. Les professionnels à l'œuvre au sein des ligues cantonales et à la Ligne InfoCancer connaissent bien les questions qui assaillent les personnes concernées et sont là pour vous conseiller et vous accompagner. Vous trouverez les coordonnées nécessaires à la fin de cette brochure.

Nos vœux les plus chaleureux vous accompagnent.

Votre Ligue contre le cancer

Qu'est-ce que le cancer ?

Le terme de «cancer» recouvre un large éventail de maladies différentes qui présentent néanmoins certaines caractéristiques communes :

- Des cellules normales au départ se multiplient de façon incontrôlée ; elles prolifèrent et se transforment en cellules cancéreuses.
- Les cellules cancéreuses envahissent le tissu sain ; elles le compriment et le détruisent.
- Certaines de ces cellules peuvent se détacher de l'endroit où elles se sont constituées et donner naissance à des foyers secondaires dans d'autres parties du corps : les métastases.

Le terme de «cancer» désigne donc la prolifération de cellules qui se multiplient de façon incontrôlée et qui envahissent le tissu sain. Dans le langage courant, on parle aussi de tumeur. Il faut toutefois distinguer les tumeurs bénignes, qui ne mettent pas la vie en danger, des tumeurs malignes, qui peuvent menacer l'existence. Les tumeurs malignes sont aussi appelées néoplasmes, ce qui signifie « nouvelle formation ».

Il existe plus de deux cents types de cancers différents. On distingue les tumeurs solides, qui se développent à partir des cellules d'un organe et qui forment une masse

ou un nodule (comme dans le cas de la prostate), et les cancers qui prennent naissance dans le système sanguin ou lymphatique (les leucémies, par ex.). Ceux-ci peuvent notamment se traduire par un gonflement des ganglions lymphatiques, mais aussi par des modifications de la formule sanguine.

Les tumeurs malignes solides qui se forment à partir de tissus superficiels comme la peau, les muqueuses ou les glandes sont appelées carcinomes. Le cancer de la prostate se classe dans cette catégorie. Les carcinomes représentent la grande majorité des tumeurs malignes.

Les tumeurs malignes solides qui se développent dans le tissu conjonctif, le tissu adipeux, les cartilages, les muscles, les os ou les vaisseaux sont qualifiées de sarcomes.

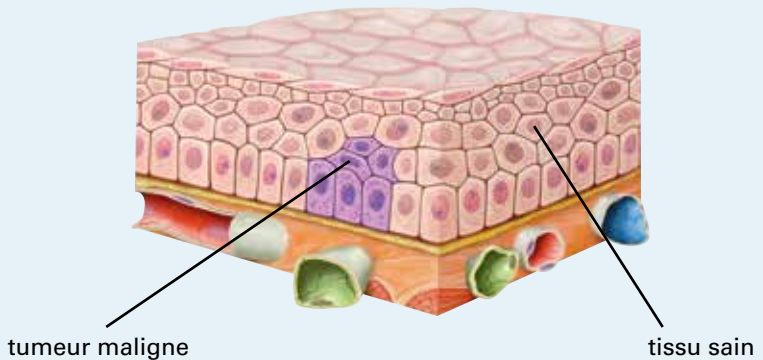
Tumeurs bénignes et tumeurs malignes

En grandissant, les tumeurs bénignes compriment le tissu sain, mais elles ne l'envahissent pas et ne forment pas non plus de métastases. Suivant leur localisation, elles peuvent cependant provoquer des troubles importants en écrasant le tissu normal ou en entraînant le rétrécissement d'un canal comme un nerf ou un vaisseau sanguin.

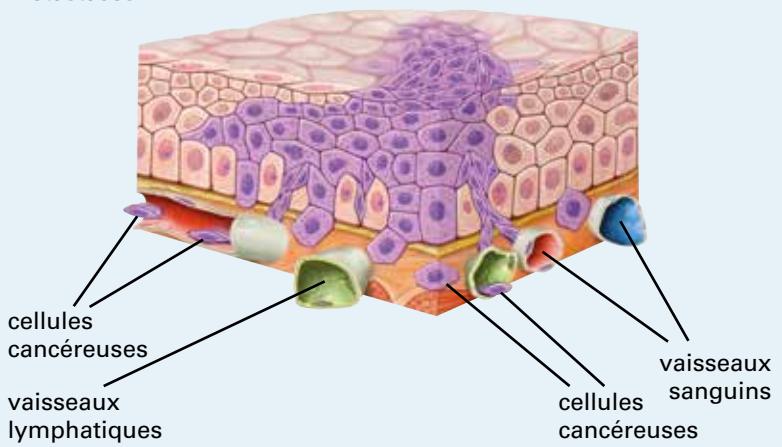
Comment se forme une tumeur ?

Exemple: carcinome de la muqueuse

La tumeur commence à infiltrer le tissu sain.



Elle envahit le tissu voisin. Les cellules cancéreuses pénètrent dans les vaisseaux sanguins (en rouge/bleu) et lymphatiques (en vert) et parviennent ainsi dans d'autres organes, où elles forment des métastases.



Certaines tumeurs bénignes peuvent se transformer en tumeurs malignes, parfois après de longues années. Les polypes de l'intestin en sont un bon exemple. Ces excroissances qui se développent sur la muqueuse intestinale peuvent constituer un stade précurseur du cancer de l'intestin.

Les tumeurs malignes, quant à elles, envahissent le tissu environnant et l'endommagent. Elles forment également de nouveaux vaisseaux sanguins pour s'approvisionner en éléments nutritifs.

Des cellules cancéreuses peuvent se détacher de la tumeur et passer dans les vaisseaux sanguins ou lymphatiques. Elles parviennent ainsi dans les ganglions lymphatiques et dans d'autres organes, où elles forment des métastases. En principe, les cellules cancéreuses conservent les caractéristiques de leur tissu d'origine, de sorte qu'il est possible d'identifier l'organe dont les métastases sont issues.

Tout commence dans la cellule

Les tissus et les organes sont composés de plusieurs milliards de cellules. Chaque cellule renferme dans son noyau le plan de construction de l'individu: le matériel génétique (génome), avec les chromosomes et les gènes.

Celui-ci est constitué d'acide désoxyribonucléique (ADN), le support de l'information génétique.

Au cours du processus de division cellulaire, de nouvelles cellules apparaissent constamment tandis que d'autres meurent. Le matériel génétique peut être endommagé à la suite d'une erreur lors de la division cellulaire ou sous l'influence de divers autres facteurs. En principe, les cellules sont capables de détecter et de réparer elles-mêmes ces anomalies ou meurent si elles ont subi une altération. Lorsque ce n'est pas le cas, la cellule défectueuse – on parle de cellule mutée – continue de se diviser de manière incontrôlée. Les cellules qui prolifèrent ainsi finissent par former, avec le temps, un nodule, une tumeur.

Des dimensions inimaginables

Une tumeur d'un centimètre de diamètre contient déjà des millions de cellules et peut s'être formée il y a plusieurs années. En d'autres termes, une tumeur n'apparaît pas du jour au lendemain; la vitesse à laquelle elle grandit varie toutefois d'un type de cancer à l'autre.

Des causes multiples

Les maladies cancéreuses sont dues à des altérations qui affectent le matériel génétique des cellules.

Certains facteurs sont connus pour favoriser ces mutations et jouent un rôle dans l'apparition du cancer :

- le vieillissement naturel ;
- le mode de vie (alimentation trop peu variée, sédentarité, tabagisme, consommation d'alcool, etc.) ;
- des influences extérieures (virus, polluants, fumée du tabac, rayonnement ultraviolet, etc.) ;
- des facteurs héréditaires ou génétiques.

Certains de ces facteurs de risque peuvent être influencés, d'autres pas. On estime qu'environ un tiers de tous les cancers pourraient être évités si on éliminait des facteurs de risque comme l'alcool ou le tabac. Les deux tiers restants sont liés à des facteurs non modifiables ou inconnus.

En principe, l'apparition d'un cancer est due à la conjonction de plusieurs facteurs. Dans bien des cas, on ignore toutefois quels éléments particuliers ont conduit à la maladie.

Le vieillissement

Le vieillissement naturel de l'organisme favorise le développement des maladies cancéreuses. La fréquence de la plupart des cancers augmente avec l'âge ; près de 90 % surviennent après 50 ans.

En règle générale, la division cellulaire s'effectue correctement et les éventuelles erreurs sont réparées. Mais avec les années, les altérations qui affectent le matériel génétique et qui sont susceptibles d'entraîner l'apparition d'un cancer s'accumulent, ce qui explique que plus une personne est âgée, plus son risque de cancer est élevé. Compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie moyenne, le nombre de cancers est en augmentation.

Le mode de vie

Le tabagisme, la consommation d'alcool, l'alimentation et l'activité physique – en d'autres termes, le mode de vie – sont autant de facteurs sur lesquels chacun peut agir. En ayant une bonne hygiène de vie, on peut diminuer le risque de certains cancers.

Les influences extérieures

Si l'on ne peut que partiellement se soustraire à certains facteurs extérieurs auxquels on se trouve involontairement exposé, comme les particules fines, il est possible de se prémunir contre d'autres, par exemple en adoptant une protection solaire appropriée contre le rayonnement ultraviolet ou en se faisant vacciner contre les virus susceptibles de provoquer un cancer.

L'hérédité

On estime que dans 5 à 10% des cas, le cancer est lié à une modification congénitale avérée du matériel génétique. On parle alors de cancer héréditaire. Les personnes qui présentent une prédisposition supposée ou avérée au cancer devraient consulter un spécialiste. S'il n'est pas possible d'influencer cette prédisposition en soi, on peut toutefois, pour certains cancers, procéder à des examens de dépistage ou prendre des mesures qui réduisent le risque de développer la maladie.

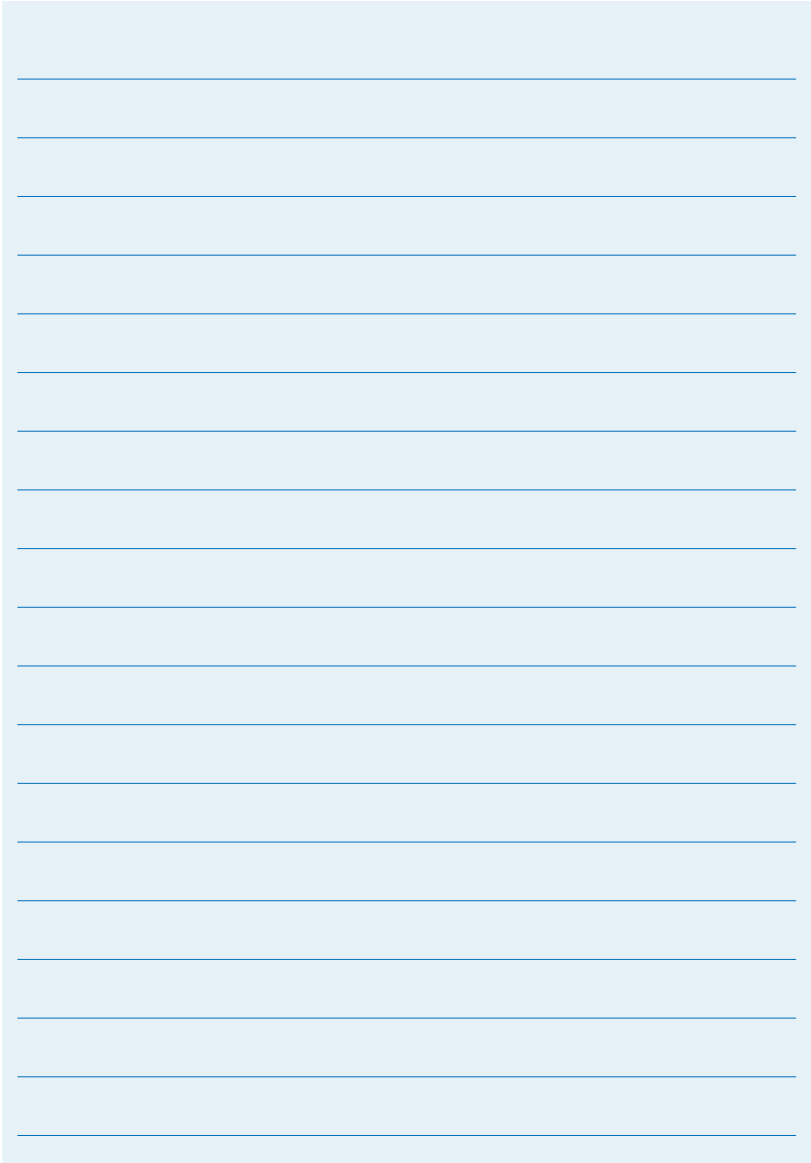
Dans certaines familles, on observe une accumulation de cancers spécifiques, dont le cancer de la prostate. Vous trouverez de plus amples informations sur le sujet dans la section « Causes possibles et facteurs de risque » (voir p. 12), de même que dans la brochure « Prédispositions héréditaires au cancer » (voir p. 63).

Pourquoi moi ?

Vous vous posez peut-être cette question et vous vous demandez si vous auriez pu faire les choses autrement pour échapper à la maladie. Il est compréhensible que vous vous interrogiez et que vous soyez en proie au doute ou à la colère. Vous devez toutefois savoir que la genèse du cancer est un processus extrêmement complexe, qui est difficile à cerner même pour un spécialiste.

Personne ne peut se protéger à coup sûr de la maladie. Le cancer frappe indifféremment les personnes qui ont un comportement à risque et celles qui vivent sainement, les jeunes et les moins jeunes. La probabilité d'être atteint relève en partie du hasard ou de la fatalité. Ce qui est sûr, c'est que le diagnostic engendre un stress important.

Mes notes



A large, light blue rectangular area with horizontal blue lines, serving as a space for taking notes. The lines are evenly spaced and extend across the width of the area.

Le cancer de la prostate

La prostate est une glande de l'appareil génital masculin. Une tumeur apparaît lorsque des cellules de cet organe dégèrent et se multiplient de façon incontrôlée. On parle alors de cancer ou de carcinome de la prostate.

Des cellules cancéreuses peuvent atteindre les ganglions lymphatiques voisins en passant par les voies lymphatiques et d'autres organes par le biais des voies sanguines. Elles y forment des « métastases », dans les os du bassin, de la moelle épinière ou de la cage thoracique.

La prostate et sa fonction

Glande de la taille d'une châtaigne, la prostate appartient aux organes génitaux masculins, au même titre que les canaux déférents et les vésicules séminales (voir illustration). Située directement sous la vessie, elle entoure la partie supérieure de l'urètre.

Elle produit l'antigène prostatique spécifique (PSA, de l'anglais *Prostatic specific antigen*). Lors de l'éjaculation, il est expulsé à travers l'urètre avec le liquide séminal et le sperme. Le PSA sert à fluidifier le sperme.

La « capsule prostatique », constituée de tissu conjonctif, protège la prostate.

Elle se compose d'une zone périphérique, transitionnelle et centrale. Dans la majorité des cas, la maladie apparaît dans la zone extérieure, proche du rectum.

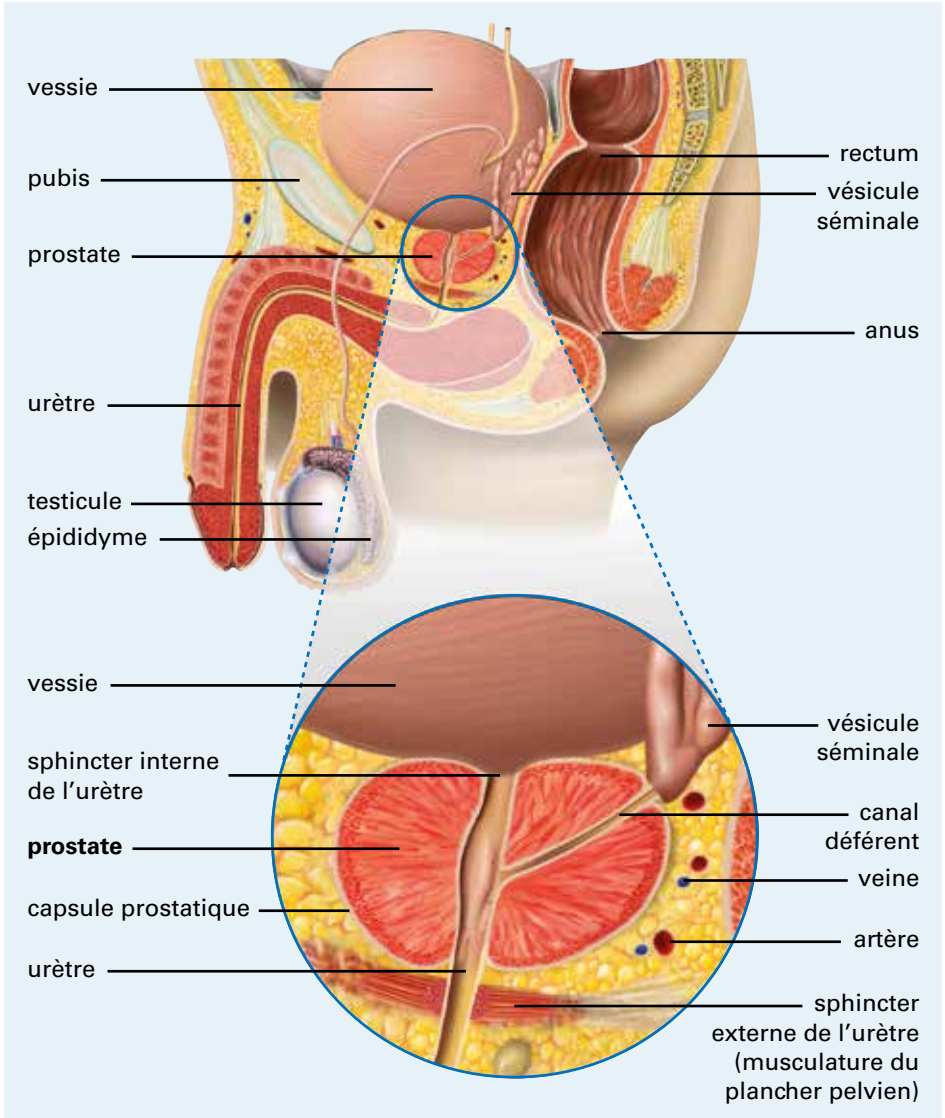
Causes possibles et facteurs de risque

Chaque homme peut être touché par un cancer de la prostate. Il fait partie des plus fréquemment diagnostiqués en Suisse. Chaque année, environ 6100 hommes en sont atteints et 1400 meurent des suites de cette maladie.

Des facteurs différents, encore inconnus, exercent une influence sur son apparition. Pour cette raison, la recherche médicale travaille intensément afin d'élucider les processus en jeu. Certains facteurs semblent toutefois être responsables de l'apparition d'une tumeur prostatique.

L'âge

Considéré comme un « cancer de l'âge », il représente chez les hommes la maladie cancéreuse la plus fréquente à partir de 50 ans. Au moment du diagnostic, près



Coupe sagittale du bassin masculin et agrandissement de la prostate

de la moitié est âgée de 70 ans et plus.

Les facteurs de risque familiaux

Lorsqu'un parent proche de sexe masculin (père ou frère) est touché, la probabilité de l'être soi-même augmente. On dénombre par ailleurs plus de cas au sein de la population noire que blanche.

La testostérone

Hormone sexuelle masculine, la testostérone stimule la croissance de cellules saines et probablement aussi celle de cellules cancéreuses dans la prostate. Les spécialistes ignorent cependant quel est son rôle précis dans l'apparition de ce cancer.

Dépistage

Comment dépiste-t-on un cancer de la prostate? A l'heure actuelle, il n'existe pas de consensus au sein du corps médical sur les recommandations à émettre en matière de programmes de dépistage systématique. C'est pourquoi il est judicieux de demander à votre médecin de vous expliquer votre situation en termes de facteurs de risque. La démarche de se soumettre à des examens de dépistage relève d'une décision individuelle, dans laquelle la situation personnelle joue un rôle important.

Un mode de vie sain

Les éléments suivants en particulier diminuent le risque de cancer :

- une activité physique régulière ;
- une consommation importante de fibres alimentaires (avant tout des produits complets, en complément à des fruits, des légumes et des fibres de légumes secs) ;
- peu de viande crue ;
- peu d'alcool ;
- pas de surpoids.

Il est essentiel de prendre une décision après avoir soigneusement pesé le pour et le contre. Dans ce sens, les hommes doivent connaître les avantages et inconvénients des tests et des examens complémentaires (par ex. la biopsie de la prostate, voir p. 18) ou des différents traitements possibles (y compris la surveillance active, voir p. 23).

Vous trouverez davantage d'informations sur le dépistage du cancer de la prostate dans la brochure de la Ligue contre le cancer (voir p. 63).

Troubles et symptômes possibles

De nombreuses tumeurs de la prostate évoluent lentement: il est possible qu'un cancer se maintienne à un stade précoce pendant des années sans altérer la santé ni causer de douleurs. C'est pourquoi on les appelle aussi carcinomes « indolents ».

A un stade avancé, la tumeur peut s'infiltrer dans les tissus environnants et former des métastases. En cas de cancer de la prostate, elles apparaissent dans la plupart des cas dans les os du bassin, de la colonne vertébrale ou de la cage thoracique. Des douleurs dorsales ou rénales sont alors les premiers signes d'un cancer de la prostate et de métastases.

Voici d'autres symptômes caractéristiques d'une grosseur sans gravité (hyperplasie bénigne de la prostate) ou d'une inflammation (prostatite):

- difficultés lors de la miction telles qu'un affaiblissement du jet d'urine ou un écoulement par gouttes;
- mictions fréquentes;
- douleur lors de la miction;
- sang dans les urines;
- saignement ou douleur lors de l'éjaculation.

Il est recommandé de consulter son médecin si l'on ressent ces symptômes.



Examens et diagnostic

En règle générale, que l'on effectue un contrôle de routine ou souhaite clarifier l'origine de certains symptômes (voir p.15), le médecin réalise les examens médicaux ci-dessous.

Premiers examens

Anamnèse

Pour le médecin, l'anamnèse consiste à vous interroger en détail sur votre état de santé, vos symptômes, votre profession et vos conditions de vie. Il s'intéressera également à vos antécédents médicaux et à ceux de votre famille.

Examen physique complet : toucher rectal

L'examen physique inclut une palpation de la prostate. La plupart des tumeurs apparaissent dans la zone externe de la prostate, proche du rectum. En passant par cette dernière portion du côlon, le médecin est en mesure de palper une partie de la prostate à l'aide du doigt. Il détecte ainsi, par tâton-

nements, d'éventuelles modifications de la taille ou la présence de nodules, signes d'un cancer. Cet examen, appelé toucher rectal, ne permet cependant pas de découvrir toutes les tumeurs.

Valeur du PSA

Le PSA (antigène spécifique de la prostate) est une protéine formée uniquement par les cellules de la prostate. En cas de cancer, il peut arriver que sa production augmente, de sorte que le médecin constate une concentration élevée, si l'on en mesure le taux dans le sang.

Toutefois, toute valeur élevée du PSA n'est pas forcément synonyme de cancer, car sa production dépend de différents facteurs. Il arrive que des maladies bénignes de la prostate comme l'hyperplasie, des médicaments agissant sur les hormones et le processus de vieillissement de l'organisme exercent aussi une influence sur la formation de PSA.

Bon à savoir

Une valeur élevée du PSA ou la palpation d'une modification de la prostate sont des signes possibles d'une tumeur. Toutefois, seule une biopsie permet de poser un diagnostic fiable de carcinome de la prostate. L'examen consiste à examiner au microscope des prélèvements de tissus (voir paragraphe suivant, p. 18).

Autres examens en vue de préciser le diagnostic

Echographie transrectale : biopsie de la prostate

L'échographie transrectale consiste à introduire une sonde à ultrason dans le rectum. Les images échographiques peuvent déterminer la taille de la prostate ou révéler de possibles inflammations.

Pendant l'examen, un appareil (à biopsie) permet d'effectuer jusqu'à 13 prélèvements. L'analyse au microscope détermine ensuite la présence éventuelle d'un cancer et les caractéristiques biologiques de celui-ci. Ces caractéristiques sont essentielles au moment de choisir la thérapie (voir « Différenciation des cellules cancéreuses », p. 21).

Examens complémentaires d'imagerie médicale

Une radiographie, un scanner, une scintigraphie osseuse et/ou une tomographie par résonance magnétique (IRM) peuvent, au cas par cas, préciser le diagnostic et exclure tout soupçon de métastases ou en confirmer la présence.

Il est souvent possible de définir l'extension de la tumeur au moyen d'un IRM, à condition qu'elle soit visible (notamment les tumeurs avec un score de Gleason de 6, voir p. 21). Pour mesurer l'étendue locale des autres (notamment celles qui atteignent un score de Gleason de 6, voir p. 21), il est nécessaire d'effectuer une biopsie, ou de réaliser un examen au microscope des tissus prélevés après l'ablation chirurgicale de la prostate (prostatectomie, voir p. 25).

Toujours plus fréquente aujourd'hui pour poser un diagnostic de tumeur de la prostate ou déceler des métastases, la tomographie par émission de positons (TEP ou TEP-IRM) présente la particularité d'examiner le corps en entier et de mettre en évidence tant les différents types de tissus, d'os et de ganglions lymphatiques que les processus métaboliques.

Evaluation des ganglions lymphatiques

Les métastases se forment lorsque des cellules cancéreuses se « détachent » de la tumeur initiale ou primitive et parviennent à d'autres organes ou aux os en passant par les voies lymphatiques ou les vaisseaux sanguins. Les cellules d'un carcinome de la prostate peuvent d'abord se propager dans les ganglions lymphatiques voisins ou régionaux.

Il arrive que les techniques d'imagerie médicale ne permettent pas toujours de déceler une éventuelle atteinte des ganglions lymphatiques. Pour cette raison, le chirurgien les retire en règle générale au cours de la prostatectomie (voir pp. 25 et suiv.). Un examen au microscope d'un prélèvement de tissu ganglionnaire permet ensuite de tirer des conclusions fiables sur l'état de la maladie.

Stades de la maladie

La classification TNM

Les différents examens déterminent et évaluent le stade de la maladie. L'emploi de la classification internationale TNM de l'UICC (*Union for International Cancer Control*) sert à décrire le stade et le degré de gravité d'une maladie cancéreuse. On parle aussi de « groupement par stades » ou de *staging*.

Les lettres T, N, M signifient :

- T** tumeur (primitive)
- N** ganglions lymphatiques régionaux (de l'anglais *node*)
- M** métastases

Ce système de groupement par stades aide à définir le meilleur traitement possible – en tenant compte d'autres facteurs.

Classification TNM, état 2010¹

- T** correspond à « tumeur » (primitive). Les chiffres de 0 à 4 permettent de décrire sa taille et son étendue. Plus le chiffre est élevé, plus la tumeur s'est propagée.
- T1** Tumeur indétectable, ni cliniquement, ni par imagerie
- T1a** Tumeur de découverte fortuite lors d'un examen histologique représentant moins de 5% du tissu réséqué
 - T1b** Tumeur de découverte fortuite lors d'un examen histologique représentant plus de 5% du tissu réséqué
 - T1c** Tumeur identifiée par biopsie à l'aiguille, par exemple dans le cas d'antigène prostatique spécifique (PSA) élevé
- T2** Tumeur limitée à la glande prostatique
- T2a** Tumeur envahissant la moitié ou moins d'un seul lobe
 - T2b** Tumeur envahissant plus de la moitié d'un lobe mais pas les deux lobes
 - T2c** Tumeur envahissant les deux lobes
- T3** Extension tumorale au-delà de la capsule prostatique
- T3a** Extension extracapsulaire (uni- ou bilatérale) incluant l'envahissement microscopique du col vésical
 - T3b** Tumeur envahissant la ou les vésicule(s) séminale(s)
- T4** Tumeur fixée ou envahissant des structures adjacentes autres que les vésicules séminales: sphincter externe, rectum, muscles élévateurs et/ou paroi pelvienne

N désigne les ganglions lymphatiques (en anglais *nodes*).

NX Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux

N0 Pas d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux

N1 Atteinte des ganglions lymphatiques régionaux

M désigne les métastases présentes dans d'autres organes. On les appelle aussi « métastases à distance ».

M0 Pas de métastases à distance

M1 Métastases à distance

M1a Adénopathie(s) non régionale(s)

M1b Os

M1c Autres localisations

¹ TNM, 2010, Classification des tumeurs malignes, septième édition, sous la direction de Leslie Sobin, Mary Gospodarowicz, Christian Wittekind, pp. 230–233, Cassini, Paris.

Différenciation des cellules cancéreuses : grades de la tumeur et score de Gleason

Une étape complémentaire à la classification TNM consiste à examiner des tissus cancéreux. L'analyse de ces prélèvements détermine le grade de la tumeur, à savoir son degré d'agressivité. Elle permet de prévoir sa possible évolution et de proposer le traitement adapté.

Les cellules saines présentent une structure et une fonction spécifiques. Elles se divisent à un rythme sain (on dit qu'elles sont « bien différenciées »). En revanche, celles des cellules cancéreuses sont nettement plus simples et se divisent plus vite. Plus une cellule cancéreuse diffère d'une cellule saine, plus sa vitesse de division est élevée et la tumeur agressive.

Le score de Gleason évalue les grades de différenciation des cellules cancéreuses de la prostate. Cet outil porte le nom du pathologiste américain qui l'a mis au point, Donald F. Gleason.

Les grades de différenciation sont classés selon un système de points allant de 6 à 10. Un score inférieur à 6 signifie que les cellules cancéreuses sont encore relativement semblables aux cellules saines et que la tumeur grandit lentement. A partir de 7, le risque d'une tumeur à croissance rapide et agressive augmente.

De même que la classification TNM, le score de Gleason sert à établir le pronostic de l'évolution de la maladie et le traitement.



Cancer de la prostate: options thérapeutiques

Les principales options thérapeutiques sont: l'ablation de la prostate au cours d'une opération (prostatectomie radicale), une radiothérapie ou un traitement médicamenteux (chimiothérapie, hormonothérapie, ou traitement ciblé).

Le choix du traitement dépend du stade de la maladie et du type de tumeur, à savoir des caractéristiques du tissu tumoral (voir p. 21).

Tant qu'elle est confinée à la prostate, la tumeur est potentiellement guérissable. En revanche, les chances diminuent si la tumeur s'est infiltrée au-delà de la capsule prostatique ou a formé des métastases (voir classification TNM, p. 20).

La surveillance active

Lorsqu'une tumeur est limitée à la prostate, ne cause aucun trouble et présente un faible risque d'évolution, il est possible de renoncer à un traitement immédiat et d'opter pour la «surveillance active».

Comme son nom l'indique, cette stratégie consiste à surveiller la progression de la tumeur en effectuant des contrôles réguliers (mesure du taux de PSA, échographie transrectale et biopsie,

voir pp. 19 et suiv.). Le médecin détecte ainsi à temps des modifications de la tumeur et peut administrer d'éventuels traitements curatifs tels qu'une prostatectomie ou une radiothérapie. Des recherches tentent de découvrir si un IRM (voir p. 18) pourrait servir d'outil de surveillance active.

Elle entre en ligne de compte lorsque:

- le taux de PSA est inférieur à 10 ng/ml (nanogrammes par millilitre);
- la tumeur n'est pas détectable (T1c, voir classification TNM, p. 20) ou se limite à la moitié d'un lobe prostatique (T2a);
- les biopsies révèlent un pourcentage de tissu cancéreux inférieur à 50%;
- la tumeur atteint un score de Gleason inférieur ou égal à 6 (voir p. 21).

Pour les personnes touchées, la surveillance active implique:

- des contrôles médicaux réguliers et des examens;
- ne pas entreprendre de traitement dans un premier temps et accepter de possibles effets indésirables;
- vivre avec le fardeau psychique de se savoir malade et renoncer malgré tout à une thérapie;

Surveillance active dans mon cas : arguments pour ou contre

Pour

- Je ne ressens aucun trouble et souhaite renoncer à un traitement aussi longtemps que possible.
- Je n'aimerais pas subir les inconvénients du traitement et ses possibles effets indésirables.
- Je suis prêt à effectuer des contrôles réguliers chez le médecin.
- Je vis bien avec l'idée d'avoir une tumeur de la prostate sans suivre de traitement.
- Je peux commencer un traitement à tout moment.
- Je suis les recommandations de mon médecin.
- Je _____

- Je _____

Contre

- J'aimerais suivre un traitement car l'idée d'une tumeur grandissant dans mon organisme sans rien faire me pèse.
- J'aimerais si possible continuer à vivre sans la tumeur dans mon organisme, c'est pourquoi j'accepte l'opération ou la radiothérapie.
- Je ne souhaite ni contrôles ni examens médicaux car je ne me sens pas de taille à affronter l'angoisse des résultats.
- Cette méthode représente un poids psychique trop important pour moi. J'ai peur que malgré la surveillance active, la tumeur potentiellement curable évolue et ne puisse plus guérir.
- Je veux utiliser sans attendre toutes les options thérapeutiques qui s'offrent à moi et assume les effets indésirables qu'elles comportent.
- Je suis les recommandations de mon médecin.
- Je _____

- Je _____

- pouvoir mettre en route un traitement à tout moment si le poids psychique devient trop important.

Demandez à votre médecin de vous expliquer les avantages et inconvénients de la surveillance active.

L'observation attentive

L'observation attentive convient aux hommes âgés (de plus de 75 ans), si les médecins peuvent établir que la tumeur ne représente pas un danger vital pour les années de vie qu'il leur reste. Cette option est aussi adaptée aux patients présentant d'autres maladies (comorbidités). Elle accorde la priorité à la préservation de la qualité de vie plutôt qu'à la guérison.

Le traitement commence une fois que la tumeur cause des troubles au patient. Ce dernier effectue des contrôles réguliers chez le médecin, qui évalue la nécessité de démarrer la thérapie. En règle générale, le médecin administre une hormonothérapie afin de soulager les symptômes de la tumeur (voir p. 33). Dans la majorité des cas, on renonce à l'opération ou à la radiothérapie afin d'éviter au patient des effets secondaires.

L'opération : la prostatectomie radicale

La « prostatectomie radicale » (ablation chirurgicale de la prostate) offre de bonnes perspectives de guérison si la tumeur est limitée à la prostate et n'a ni percé la capsule prostatique, ni formé des métastases.

L'opération consiste à retirer la tumeur et la prostate en entier, une partie de l'urètre, les extrémités des canaux déférents, ainsi que les vésicules séminales. Le chirurgien s'efforce de ménager au maximum les nerfs responsables du contrôle de la vessie et de l'érection. Il est par conséquent recommandé de choisir un urologue ou un centre thérapeutique où ce type d'opération est fréquent.

Après l'ablation de la prostate, la continuité entre l'urètre et la vessie est rétablie. L'urine s'écoule ensuite à travers un cathéter (urinaire) pendant quelques jours, jusqu'à la guérison complète de la suture.

Incontinence provisoire et permanente

Le sphincter interne de l'urètre est enlevé lors d'une prostatectomie radicale. Par conséquent, le sphincter externe doit ensuite assumer seul la fonction de fermeture de la vessie. Cet apprentissage peut durer des jours voire des semaines. Dans l'intervalle, des fuites involontaires d'urine sont possibles, mais certains patients doivent vivre avec une incontinence permanente (voir « Effets sur la continence urinaire », p. 50).

Curage ganglionnaire

Dans la plupart des cas, le chirurgien réalise également un curage ganglionnaire (ablation des ganglions lymphatiques régionaux). Si les constatations paraissent floues ou inattendues, il peut demander en cours d'opération une analyse du tissu ganglionnaire lymphatique (les spécialistes l'appellent aussi « examen extemporané »). Elle permet de déterminer la suite de la procédure chirurgicale. Avant l'intervention, vous serez informé par le chirurgien de toutes ces modalités.

Le choix de la méthode opératoire dépend du type et de la taille de la tumeur, de votre état de santé général, d'éventuelles comorbidités et de l'expérience de l'urologue.

Modes opératoires

Votre urologue vous expliquera les avantages et inconvénients des différents types d'interventions :

- La prostatectomie rétropubienne (opération classique) s'effectue par incision de la paroi abdominale, du nombril jusqu'au pubis.
- La prostatectomie laparoscopique ou par voie endoscopique (« chirurgie par le trou de la serrure ») consiste à introduire les instruments chirurgicaux à travers de petites incisions pratiquées dans l'abdomen. Le chirurgien peut ainsi opérer à l'intérieur du corps sous surveillance vidéo. Il s'agit d'une technique opératoire peu invasive.
- La prostatectomie laparoscopique assistée par robot. Développée à partir de la prostatectomie laparoscopique, la laparoscopie assistée par robot repose sur l'introduction d'une caméra tenue par un à quatre bras robotisés et dirigés par l'urologue au moyen d'une image en 3D. Le chirurgien observe sur les images des agrandissements de l'environnement de la prostate.
- Rarement pratiquée, la prostatectomie périnéale ou épisiotomie a pour objectif d'accéder à la prostate par le périnée, situé entre l'anus et le scrotum.

Suites opératoires possibles

- Dans la plupart des cas, le contrôle du sphincter de l'urètre diminue. Des pertes d'urine peuvent alors se produire, notamment à l'effort (lorsque le patient soulève une charge, tousse, éternue ou se lève, par ex.).
- Dans de rares cas, après quelques semaines ou quelques mois, il arrive que la formation d'un excédent de tissu cicatriciel entraîne un rétrécissement ou la fermeture de la suture entre la vessie et

l'urètre. Ce phénomène peut provoquer un net affaiblissement du jet d'urine et l'incapacité de vider complètement la vessie. Si vous rencontrez ce problème, consultez votre urologue.

- Si le chirurgien a pu préserver les bandelettes nerveuses d'un côté ou des deux côtés de la prostate, tout ou partie de la capacité érectile naturelle se rétablit tôt ou tard. En revanche, si elles sont sectionnées, l'érection n'est plus possible (voir p. 49).

Les points à éclaircir avant votre prostatectomie

- Existe-t-il dans mon cas une autre option thérapeutique que la prostatectomie ?
- Pourquoi la retire-t-on dans mon cas par voie rétropubienne, périnéale, laparoscopique simple ou assistée par un robot ?
- Mon médecin traitant a-t-il de l'expérience ?
- Combien de temps dois-je porter un cathéter urinaire après l'opération ?
- Combien de temps dois-je rester à l'hôpital après l'opération ?
- Est-ce que je peux devenir incontinent ou impuissant après l'intervention ? Combien de temps ? Est-il possible de traiter l'incontinence urinaire ou l'impuissance ?
- Des contrôles ou des traitements postopératoires sont-ils prévus ?

- Les hommes soumis à une prostatectomie ne peuvent plus procréer car il a fallu retirer les vésicules séminales, responsables de la formation du sperme. C'est pourquoi on préconise aux hommes envisageant une paternité de réfléchir à un dépôt de sperme avant l'opération.

La radiothérapie

La radiothérapie vise à détruire les cellules cancéreuses mais peut toutefois agir sur les cellules saines et causer des troubles temporaires. Pour en savoir plus sur ce traitement, consultez la brochure de la Ligue contre le cancer « La radiothérapie ». Les rayons peuvent remplacer une prostatectomie pour traiter des tumeurs de petite taille, limitées à la prostate. Les deux méthodes présentent des chances de guérison presque identiques.

La radiothérapie intervient en complément d'une opération si le chirurgien n'est pas parvenu à enlever tout le tissu cancéreux ou en cas de soupçon de cellules cancéreuses résiduelles.

La radiothérapie externe ou percutanée

La radiothérapie externe consiste à diriger les rayons à travers la peau (de façon *percutanée*) pour irradier les tissus touchés par la tumeur. En règle générale, elle dure entre six et huit semaines, à raison de cinq séances par semaine. L'irradiation proprement dite ne dure que quelques minutes.

Avant la première séance, on réalise une image en 3D de la prostate et de son environnement au moyen d'un scanner. Elle sert à déterminer la position couchée optimale pour recevoir les rayons et la zone à irradier peut ainsi être marquée sur la peau avec de la couleur. Sur la base de ces points de repère, le patient peut reprendre exactement la même position à chaque séance. De plus, les techniciens sont en mesure de diriger les rayons de manière ciblée sur la prostate.

Radiothérapie conformationnelle par modulation d'intensité (RCMI)

La radiothérapie avec modulation d'intensité permet de modifier (moduler) la dose de rayons de manière ciblée à l'intérieur d'une zone d'irradiation en fonction de la sensibilité des tissus. Les différentes zones de la tumeur peuvent

ainsi être irradiées avec une intensité variable selon différents angles. Cette technique augmente ainsi l'efficacité du traitement.

Cette radiothérapie ciblée a pour avantage de ménager le plus possible les organes sains environnants (par ex. l'intestin grêle, la vessie, les organes génitaux). Les progrès techniques accomplis ces dernières années y sont pour beaucoup. Des effets indésirables peuvent toutefois survenir.

Radiothérapie : effets indésirables possibles

- La peau irradiée peut rougir et être sensible (douloureuse). Pour cette raison, pendant quelques semaines après la fin du traitement, n'exposez pas la zone irradiée de votre corps directement au soleil. Demandez à l'équipe soignante combien de temps et comment prendre soin de votre peau pendant et après la thérapie.
- Pendant ou après la radiothérapie, il arrive que des douleurs de la vessie ou un besoin d'uriner plus impérieux se manifestent. Une incontinence urinaire est rare.
- Une irritation du rectum est possible, elle provoque des problèmes intestinaux tels que douleurs en allant à selle, des saignements dans les selles ou de la diarrhée. Des troubles de l'érection peuvent apparaître après quelques semaines, voire quelques mois après la fin de la radiothérapie. Une impuissance durable est plus rare qu'en cas de prostatectomie (voir pp. 25 et suiv.).
- Si les circonstances exigent une irradiation du tissu testiculaire et des vésicules séminales, cela peut parfois entraîner des lésions des spermatozoïdes et une réduction de la capacité de conception.

Opération ou radiothérapie ?

Les chances de guérison à un stade précoce sont à peu près équivalentes en cas d'opération ou de radiothérapie. Le choix du traitement est personnalisé. Les effets secondaires de la thérapie, l'âge et l'état de santé général sont des critères à prendre en compte pour se décider pour ou contre l'opération ou la radiothérapie.

La radiothérapie interne

La curiethérapie ou curiethérapie interstitielle consiste à introduire de petits applicateurs chargés en radioactivité directement dans le tissu tumoral ou à très grande proximité de celui-ci. A l'inverse de la radiothérapie externe, la dose de rayons est ainsi acheminée directement dans la tumeur de sorte que les rayons irradient et endommagent le tissu tumoral « de l'intérieur ».

La curiethérapie n'est pas adaptée à tous les cancers de la prostate. Dans certains cas, elle est combinée avec une radiothérapie externe. L'agressivité de la tumeur et le risque de récurrence représentent des facteurs déterminants pour ou contre une radiothérapie interne. En fonction de la tumeur, le patient reçoit une curiethérapie à haut ou à bas débit de dose (LDR, *low dose rate* ou HDR, *high dose rate*).

Curiothérapie à bas débit de dose

L'implantation de grains d'iode radioactifs consiste à introduire par une canule et en passant par l'intestin des sources radioactives millimétriques à différents endroits de la prostate. Pendant environ 12 mois, elles délivrent de l'intérieur des radiations dont l'intensité du rayonnement dimi-

nue progressivement. Les grains d'iode devenus inactifs restent dans la prostate sans qu'il soit nécessaire de les retirer.

Leur implantation nécessite un bref séjour à l'hôpital. L'intervention se déroule sous anesthésie générale ou spinale. Au terme de quatre à six semaines, on effectue une tomographie assistée par ordinateur (CT) pour contrôler la position des grains d'iode.

Curiothérapie à haut débit de dose

Dans la curiethérapie à haut débit de dose à chargement différé, des tubes en plastique minuscules sont introduits dans la tumeur puis chargés en radioactivité, d'où l'appellation « chargement différé » (*afterloading*). Après l'irradiation, ils sont à nouveau retirés.

Cette technique présente l'avantage de pouvoir appliquer une dose de rayons plus élevée dans un court laps de temps. Dans la plupart des cas, une curiethérapie à haut débit de dose est employée presque exclusivement en combinaison avec une radiothérapie externe. L'intervention est réalisée sous anesthésie générale ou spinale. Elle requiert une brève hospitalisation.

Effets secondaires possibles

- La curiethérapie, au même titre que la radiothérapie externe, peut irriter le rectum ou la vessie, et entraîner une diarrhée temporaire ou des brûlures au moment d'uriner.
- Dans de rares cas, il est possible de souffrir d'une incontinence urinaire temporaire.
- Il arrive que des mois ou des années après la fin du traitement interne, la personne touchée souffre d'une baisse de la capacité érectile.
- La curiethérapie peut affecter la capacité de conception.

Important

Le patient n'a plus de radioactivité dans son organisme après que les grains se sont vidés de leur substance radioactive, exactement comme après la fin d'une radiothérapie externe. Votre équipe soignante vous informera sur d'éventuelles mesures de précaution nécessaires à prendre.

Médicament contenant une substance radioactive : le radium-223

Le radium-223 est un cytostatique qui permet aussi d'irradier les métastases osseuses de l'intérieur. Sa substance active, appelée dichlorure de radium-223, est administrée par voie intraveineuse. Parvenue aux os par les voies sanguines, elle s'accumule principalement dans les métastases osseuses, permettant au médicament d'agir à courte distance. Ce traitement peut freiner la progression de la maladie ou en atténuer les symptômes.

Etant donné que le dichlorure de radium-223 se décompose et est évacué principalement par l'intestin et en infime partie par les reins, certaines mesures de précaution sont nécessaires lorsque la personne vomit, urine ou va à selle. Votre équipe soignante vous informe à ce sujet.

Effets indésirables possibles

- Diarrhée, nausée ou vomissements.
- Une possible réduction des plaquettes (thrombocytopénie) peut augmenter la propension aux saignements.
- Une augmentation des infections peut résulter d'une (possible) réduction des globules blancs.



Les traitements médicamenteux

Hormonothérapie

Une hormonothérapie est souvent combinée avec une radiothérapie (voir p. 28). Un petit pourcentage de l'hormone sexuelle appelée testostérone (2-5%) est produit dans les glandes surrénales. Elle agit sur la croissance des cellules prostatiques et ainsi sur celle de la tumeur, selon les circonstances.

Opération ou médicaments ?

L'hormonothérapie supprime l'influence exercée par la testostérone sur la croissance des tumeurs hormonodépendantes. Dans ce but, on inhibe soit la formation de testostérone dans les testicules, soit l'action de l'hormone sur la croissance de la tumeur. Une opération ou un traitement médicamenteux permettent d'atteindre cet objectif.

- L'hormonothérapie médicamenteuse freine la production de testostérone en recourant aux modes d'action suivants :
 - L'émission de substances chimiques à valeur de signal est régie par l'hypophyse (glande endocrine rattachée au cerveau). Il existe des médicaments spécifiques,

les agonistes de la GnRH, qui agissent sur l'hypophyse de manière à supprimer l'émission de signaux provoquant la production de testostérone.

- Les anti-androgènes empêchent la testostérone de se lier au récepteur de la cellule cancéreuse prostatique et de stimuler ainsi sa division.
- L'opération, appelée orchidectomie sous-capsulaire, consiste à « peler » du tissu testiculaire produisant de la testostérone. Les épидидymes et la tunique albuginée ne sont pas retirés afin que l'aspect extérieur reste aussi inchangé que possible.

L'orchidectomie sous-capsulaire et l'hormonothérapie médicamenteuse inhibent la croissance de la tumeur et d'éventuelles métastases, idéalement pendant plusieurs années.

L'hormonothérapie à base de médicaments est aujourd'hui le traitement principal de ce type. Dans la plupart des cas, l'orchidectomie sous-capsulaire représente le choix en cas d'urgence notamment en présence de métastases dans la moelle épinière provoquant une paraplégie.

Tumeur résistant à la castration

En raison du développement de la capacité des cellules tumorales à se diviser sans l'action de la testostérone, il arrive que le cancer de la prostate récidive malgré l'hormonothérapie. Les spécialistes parlent alors de cancer de la prostate hormonorésistant ou résistant à la castration. Le traitement est alors modifié et le patient reçoit d'autres médicaments anti-hormonaux dont le mode d'action est différent.

L'efficacité de l'hormonothérapie est évaluée au moyen de contrôles réguliers du taux de PSA (voir p. 17). Des valeurs du PSA qui aug-

mentent sur une période prolongée indiquent une récidive ou une tumeur devenue résistante à la castration.

Effets secondaires possibles

- Bouffées de chaleur, fatigue, lassitude, problèmes de concentration et humeur dépressive.
- Baisse ou perte de la libido (désir sexuel), de la capacité d'érection ou de conception.
- Un gonflement douloureux de la poitrine peut se produire (gynécomastie) mais est plutôt rare. Une radiothérapie préopératoire de cette région du corps diminue ce risque.

Bisphosphonates

Supprimer la testostérone peut provoquer une diminution de la densité osseuse (ostéoporose) et une propension plus élevée aux ruptures osseuses. Les bisphosphonates sont des médicaments qui empêchent cette dégradation osseuse.

Ils sont aussi administrés en cas de métastases osseuses dans le but de prévenir les douleurs ou les ruptures osseuses. Leur prescription est également fréquente en complément aux antidouleurs et combinés avec la prise de calcium et de vitamine D.

Les effets indésirables possibles sont: troubles gastro-intestinaux, symptômes rappelant une grippe, anémie, nécrose de l'os de la mâchoire. Il est recommandé d'effectuer un contrôle chez le dentiste afin d'éviter une infection avant de commencer le traitement.

- Un sevrage prolongé de la testostérone peut entraîner une ostéoporose précoce. L'administration préventive de bisphosphonates réduit ce risque (voir p. 34).
- Le syndrome métabolique : les hormonothérapies peuvent perturber le métabolisme et provoquer par exemple une hypertension ou un diabète.

Chimiothérapie

Une chimiothérapie est un traitement médicamenteux qui s'attaque aux cellules cancéreuses ou bloque leur croissance. On appelle ces médicaments cytostatiques. À l'inverse de la radiothérapie, qui agit localement, les cytostatiques opèrent dans d'autres régions de l'organisme, raison pour laquelle on parle d'action « systémique ».

Ils empêchent les cellules cancéreuses à croissance rapide de se diviser et donc de se multiplier. Leurs effets affectent cependant aussi les cellules saines à croissance rapide, notamment celles responsables de la formation du sang (moelle osseuse), les cellules capillaires, des muqueuses (de l'estomac et de l'intestin, par ex.), et les cellules sexuelles (spermatozoïdes et ovules).

Cette destruction des cellules saines représente la cause principale des différents effets secondaires possibles. Tandis que les cellules cancéreuses meurent, les organes peuvent se rétablir la plupart du temps, de telle sorte que les effets indésirables disparaissent après le traitement.

Les cytostatiques sont notamment prescrits lorsque l'hormonothérapie n'agit pas ou plus sur la tumeur de la prostate et qu'elle devient résistante à la castration (voir p. 34). Une chimiothérapie peut d'une part, prolonger la durée de vie et d'autre part, atténuer des symptômes tels que la douleur.

Traitement lourd, la chimiothérapie doit être administrée avec discernement.

Effets indésirables possibles

Les réactions à la chimiothérapie varient d'un individu à l'autre : leur manifestation dépend du type de médicament prescrit, du dosage et de la sensibilité du patient. Votre oncologue vous informe et vous conseille à ce sujet.

Des modifications de la formule sanguine peuvent se produire et augmenter le risque d'infections, de troubles gastro-intestinaux ou la perte de cheveux.

Médicaments ou traitements de soutien

Le médecin peut prescrire des médicaments ou des traitements qui soulagent ou préviennent les symptômes tels que la fièvre, les infections, l'anémie ou les douleurs. Parfois, certains peuvent même être prescrits à titre préventif.

Voici une liste non exhaustive de médicaments de soutien :

- médicaments contre les nausées et les vomissements (antiémétiques) ;
- antibiotiques contre les infections bactériennes ;
- antimycosiques contre les affections provoquées par des champignons ;
- analgésiques ;
- bains de bouche ou sprays en cas de lésions buccales ;
- transfusions de plaquettes sanguines contre le risque d'hémorragie ; transfusions sanguines ou médicaments en cas d'anémie ;
- antidiarrhéiques ou laxatifs contre la constipation ;
- bisphosphonates contre l'ostéoporose ;
- mesures (hygiène, médicaments) pour soutenir le système immunitaire en cas de diminution importante des globules blancs (leucopénie, neutropénie) ;
- si le taux de globules blancs est trop bas, prescription de médicaments qui favorisent leur formation ;
- préparations à base de cortisone pour prévenir les réactions allergiques et la nausée.

Il est important de prendre les médicaments prescrits de façon rigoureuse pour que le traitement soit efficace. Consultez également la section « Faire face aux effets indésirables », pages 48 et suivantes.

Les thérapies ciblées

La vie des cellules est régie par un système complexe de signaux : elles en envoient et en reçoivent, dans le but de se diviser et de se multiplier, remplir leur mission dans l'organisme et enfin, mourir pour laisser la place à une nouvelle cellule.

Sur chaque cellule et à l'intérieur de celle-ci, de nombreuses « antennes », très différentes les unes des autres, sont capables de se lier à des molécules particulières. Ces éléments spécifiques sont notamment appelés récepteurs, antigènes ou protéines. Ce phénomène déclenche une série de réactions, appelée par les spécialistes une cascade de signaux, essentiels à la formation et à la fonction des cellules, ainsi qu'à leur mort.

Dans certains cas, les scientifiques sont parvenus à identifier les signaux, récepteurs et molécules caractéristiques de certaines cellules cancéreuses. Ces découvertes permettent le développement de substances qu'il est possible d'administrer de façon ciblée dans le but de perturber certaines voies de signalisation.

Les substances employées dans les thérapies ciblées reconnais-

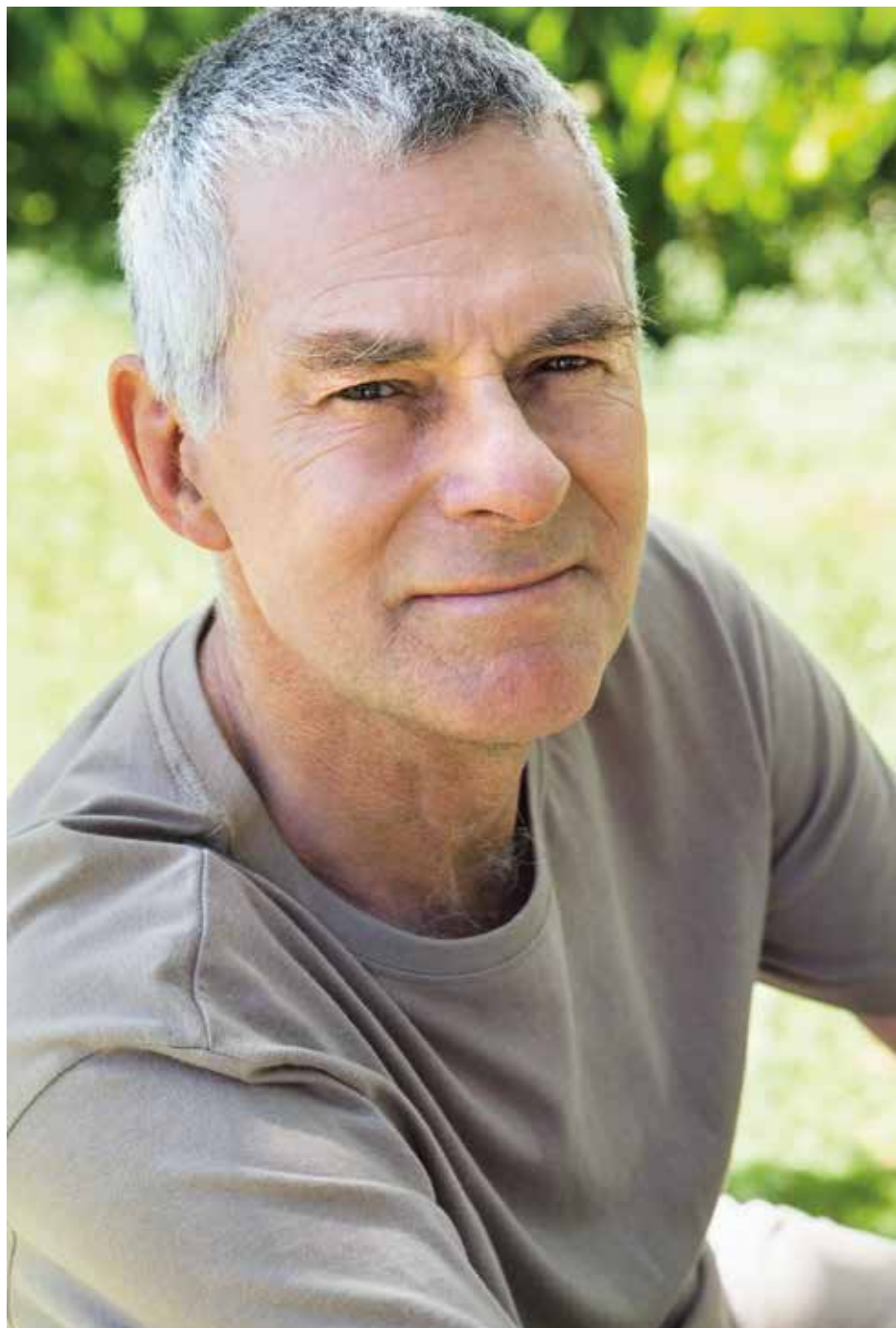
sent les « antennes » des cellules cancéreuses et les bloquent de manière à empêcher le déclenchement de la cascade de signaux. Le traitement freine ainsi durablement ou de façon temporaire la croissance ou le métabolisme d'une tumeur. Les cellules saines demeurent intactes.

On espère ainsi une meilleure action du traitement tout en provoquant moins d'effets secondaires.

Ces thérapies ciblées, aussi appelées thérapies moléculaires ou biologiques, doivent leur nom à l'influence qu'elles exercent sur les processus de croissance, division et métabolisme lorsque des cellules cancéreuses se multiplient.

Il existe depuis peu de temps quelques médicaments pour traiter le cancer métastatique de la prostate. Certains d'entre eux ont déjà reçu l'autorisation de Swissmedic, d'autres font encore l'objet d'études (voir « La thérapie dans le cadre d'une étude clinique », p. 64).

Les médicaments ciblés sont administrés lorsque la chimiothérapie n'agit pas. Ils servent aussi à inhiber la production de testostérone, comme les médicaments anti-hormonaux.



Thérapie selon le stade de la maladie

Le choix de la thérapie dépend du stade de la tumeur (voir «Stades de la maladie», pp. 19 et suiv.), de l'agressivité et de l'étendue de celle-ci :

- La tumeur se limite-t-elle à la prostate ?
- Des ganglions lymphatiques sont-ils touchés ? Des métastases se sont-elles formées ?
- Quelles sont les caractéristiques (par ex. le type de cellule) du tissu tumoral prélevé lors de l'opération ou de la biopsie ?

Par ailleurs, l'état de santé général, l'âge, l'espérance de vie et les souhaits individuels concernant la qualité de vie entrent en ligne de compte dans la planification du traitement.

Planification du traitement

Il peut s'écouler quelques jours, voire quelques semaines avant de disposer de tous les résultats. Plus vous en avez, plus votre traitement est planifié sur mesure. Cette période demande toutefois beaucoup de patience.

Le traitement est planifié et suivi de manière pluridisciplinaire.

En d'autres termes, différents experts évaluent ensemble la situation lors de réunions de concertation pluridisciplinaire ou *tumor boards*. Cette démarche a pour objectif de vous proposer la thérapie la mieux adaptée à votre situation.

Les médecins impliqués au premier chef dans le traitement du carcinome de la prostate sont :

- l'urologue, spécialisé en maladies des organes vésicaux (formant la vessie et dérivés de la vessie) et de l'appareil génital masculin ;
- l'oncologue, expert en traitements médicamenteux du cancer, les soins de support, la coordination du traitement, le suivi ;
- le pathologiste, qui examine les tissus ;
- le psycho-oncologue, spécialisé dans le soutien aux patients face aux bouleversements de la maladie ;
- le spécialiste en radiologie ou médecine nucléaire, expert en techniques d'imagerie médicale en vue de poser un diagnostic et décider du traitement approprié ;
- le radio-oncologue, spécialiste en la radiothérapie.

Principes thérapeutiques

Les principes thérapeutiques varient selon la tumeur et le stade de la maladie.

Curatif

Le traitement curatif a pour objectif la guérison. Il est envisagé lorsque le chirurgien peut enlever toute la tumeur et d'éventuelles métastases.

En cas de cancer colorectal, la résection de tous les tissus atteints ne garantit toutefois pas la guérison définitive ou l'absence de récurrence. C'est la raison pour laquelle une thérapie médicamenteuse ou une radiothérapie pré- ou postopératoires sont envisagées.

Palliatif

On parle de soins palliatifs lorsque les chances de guérison sont faibles. Les médecins s'efforcent alors de ralentir l'évolution de la maladie pendant un certain temps, ou des années. La qualité de vie représente l'objectif prioritaire: des mesures ou des soins médicaux, des soins, un accompagnement psychologique et un soutien spirituel peuvent atténuer certains symptômes liés à la maladie comme les douleurs, l'angoisse, la fatigue et les problèmes liés à l'alimentation.

Dans cette situation, avec l'aide d'un psycho-oncologue par exemple, réfléchissez à votre définition personnelle de la qualité de vie. Parlez-en aussi à votre équipe soignante. Les médecins seront ainsi en mesure de cibler le traitement.

Néo-adjuvant ou préopératoire

Le traitement néo-adjuvant ou préopératoire *précède* l'opération afin de réduire la taille de la tumeur. Le chirurgien est ainsi en mesure de la retirer plus facilement en entier ou de rendre possible une ablation complète.

Adjuvant ou postopératoire

Un traitement adjuvant ou postopératoire est effectué après l'opération, en vue d'éliminer d'éventuels résidus tumoraux. Ce type de traitement permet de détruire de petites métastases (micrométastases).

Ce traitement diminue ainsi le risque de récurrence (nouvelle apparition de la tumeur) et freine la progression de la maladie.

Vous décidez

Nous vous recommandons de discuter des options thérapeutiques avec les spécialistes. Dans certains hôpitaux ou centres de traitement, ce processus est coordonné par un médecin responsable de votre suivi.

Vous pouvez poser des questions à tout moment, remettre en question une décision ou demander un temps de réflexion. Avant de donner votre accord, il est important que vous compreniez les conséquences et les effets secondaires d'un traitement.

Vous avez le droit de le refuser. Demandez au médecin de vous expliquer comment évolue la maladie si vous prenez cette décision.

Vous pouvez aussi laisser la décision du choix thérapeutique aux médecins traitants. Votre accord est de toute façon indispensable pour entreprendre un traitement ou décider d'une opération.

Faites-vous accompagner et conseiller

Lors de l'entretien, prenez le temps nécessaire pour bien comprendre le traitement proposé et poser des questions. Chez vous, dans le calme, préparez par écrit ce que vous souhaitez demander afin de ne rien oublier au moment du rendez-vous. Il est recommandé d'être accompagné par un proche ou une personne de confiance.

Vous pouvez également en parler à 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 : ce professionnel peut vous soutenir au-delà des aspects purement médicaux, si vous souhaitez parler d'autres difficultés, d'ordre psychologique (angoisse) ou social (voir aussi p. 60).

Les questions à poser au médecin

- Que puis-je attendre du traitement : prolonge-t-il la vie ? Améliore-t-il la qualité de vie ?
- Quels sont les avantages et les inconvénients du traitement ?
- Quelle est l'expérience de l'hôpital dans le traitement des carcinomes colorectaux ? Combien de carcinomes de la prostate les médecins ont-ils déjà opérés ? Ces questions sont importantes, car l'expérience de l'équipe soignante et médicale impliquée dans la prise en charge peut exercer une grande influence sur l'évolution de la maladie et la qualité de vie de la personne touchée.
- Est-ce que des complications peuvent se produire lors de l'opération ?
- A quels risques ou effets indésirables dois-je me préparer ? Sont-ils transitoires ou définitifs ? Comment puis-je y faire face ?
- Quelles fonctions de l'organisme sont entravées par le traitement ?
- Est-il possible que le traitement entraîne une incontinence urinaire permanente ?
- Quel est l'impact de la maladie et du traitement sur ma sexualité et ma fertilité ?
- Quelles répercussions la maladie et le traitement auront-ils sur ma vie privée et professionnelle ?
- Si je renonce à certains traitements, quelles en seront les conséquences sur mon espérance et ma qualité de vie ?
- Existe-t-il d'autres options thérapeutiques ?
- Des traitements complémentaires sont-ils nécessaires ?
- La caisse maladie prend-elle en charge les coûts du traitement ?

Mon diagnostic, mon traitement

Mes résultats d'examens

Mon diagnostic

Quels sont les traitements prévus ? Existe-t-il d'autres options ?

Des contrôles sont-ils nécessaires ?

A qui puis-je m'adresser si j'ai des questions avant, pendant et après le traitement ?

Traitement des tumeurs localement limitées

Les tumeurs de la prostate localement limitées qui n'ont pas encore « percé » la capsule prostatique (T1–T2c, voir classification TNM, p. 20) présentent de très bonnes chances de guérison. Celles qui ne causent aucun trouble et sont classées dans les indolentes peuvent faire l'objet d'une surveillance active ou, selon l'âge du patient, d'une observation attentive (voir p. 25).

Si ces stratégies ne sont pas envisageables, les traitements (des tumeurs localement limitées) consistent en une prostatectomie radicale ou une radiothérapie. Les chances de guérison sont équivalentes dans les deux cas. La nécessité de poursuivre le traitement à l'aide d'une hormonothérapie dépend de différents facteurs individuels.

Discutez avec votre médecin de la méthode la plus appropriée dans votre cas.

Traitement des tumeurs localement avancées

Un carcinome de la prostate localement avancé et/ou métastatique désigne une tumeur qui a percé la capsule prostatique et probablement formé des métastases dans d'autres organes ou les os (dès T3, voir classification TNM, p. 20).

A ces stades de la maladie, il est possible d'en différer l'évolution ou en freiner la progression.

Ici aussi, le choix du traitement dépend du stade de la maladie, des symptômes, de l'espérance de vie, et de la façon dont le patient se représente la qualité de vie. Votre oncologue vous expliquera les thérapies possibles, leurs avantages et les effets indésirables (voir p. 48).

La radiothérapie et la prostatectomie radicale, au cours de laquelle le chirurgien retire aussi les ganglions lymphatiques, et l'hormonothérapie représentent d'autres formes de traitement en cas de cancers de la prostate localement avancés et métastatiques.

Voici les combinaisons thérapeutiques possibles :

- une prostatectomie radicale (voir pp. 25 et suiv.) et une radiothérapie (voir pp. 28 et suiv.);
- une prostatectomie radicale et une hormonothérapie (voir p. 33);
- une radiothérapie et une hormonothérapie.

Lorsque les patients âgés de plus de 75 ans sont atteints d'une tumeur localement avancée et/ou métastatique ne causant aucun symptôme, et souffrent d'autres maladies lourdes, il est possible d'envisager l'observation attentive, selon les circonstances. Cette stratégie accorde la priorité à la préservation de la qualité de vie et l'absence de troubles. Le traitement médical entre seulement en ligne de compte lorsque la tumeur provoque des symptômes.

Traitement des métastases osseuses

Les tumeurs de la prostate peuvent former des métastases dans d'autres organes ou les os : elles touchent principalement la colonne vertébrale, le bassin ou la cage thoracique. Les métastases peuvent causer des douleurs ou des ruptures osseuses spontanées ou comprimer des nerfs dans la colonne vertébrale.

Les hormonothérapies (voir p. 33) à base de médicaments ou consistant en une orchidectomie sous-capsulaire ont pour objectif d'empêcher la progression de la maladie.

Afin de soulager le patient, le médecin peut prescrire en complément des bisphosphonates, des médicaments ciblés, une thérapie de radium-223 (voir p. 31) ou une radiothérapie ciblée.

Traitement du cancer de la prostate résistant à la castration

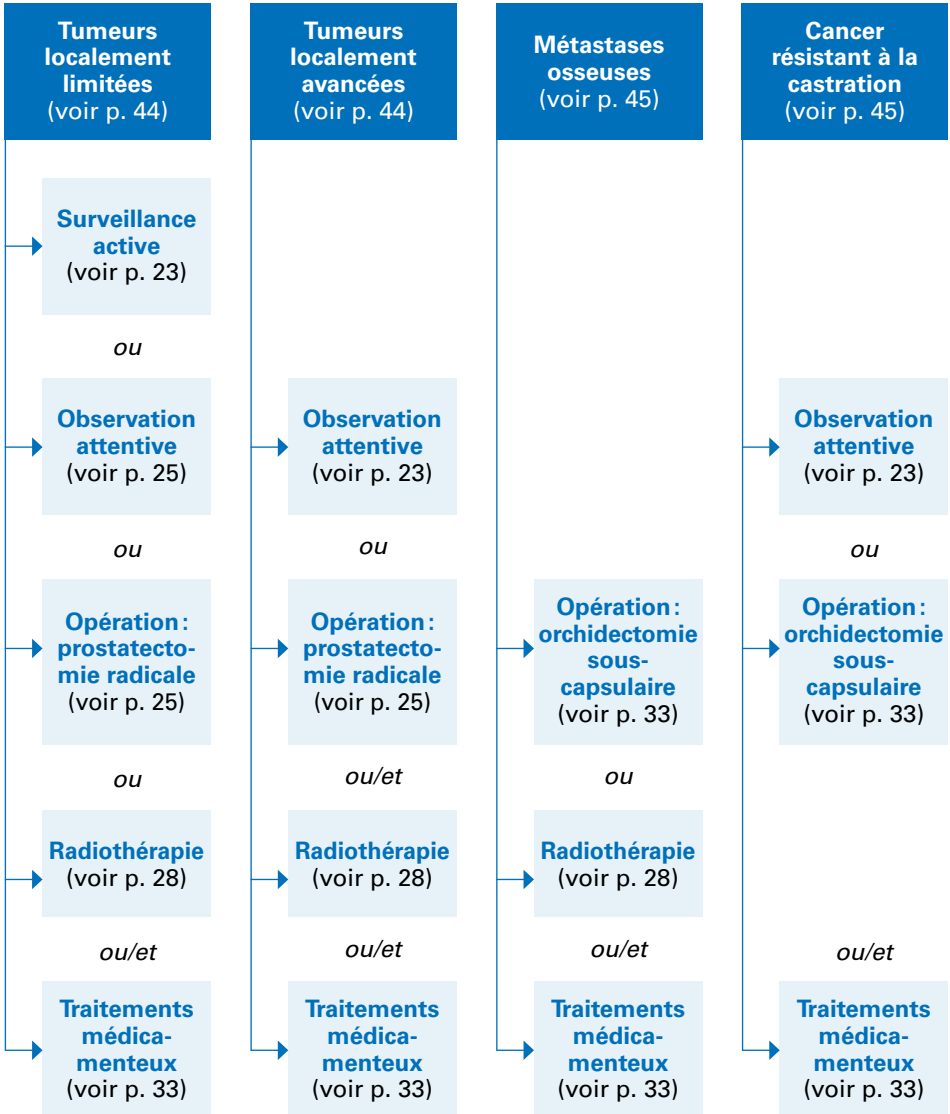
Malgré l'hormonothérapie, les cellules cancéreuses de la prostate peuvent recommencer à se diviser (voir « Tumeur résistant à la castration », p. 34).

Une chimiothérapie (voir p. 35) ou des traitements ciblés peuvent différer la progression de la maladie, soulager les symptômes ou préserver la qualité de vie.

Dans quelques cas, l'administration de bisphosphonates peut prévenir les métastases osseuses.

L'observation attentive représente également une option thérapeutique (voir p. 25). Vos médecins traitants discuteront de cette possibilité avec vous.

Cancer de la prostate: schémas des options thérapeutiques



La thérapie dans le cadre d'une étude clinique

La recherche médicale est en constante évolution. Elle développe de nouvelles approches et méthodes en vue d'améliorer l'efficacité des soins. Dernière étape de ce processus, les études cliniques au cours desquelles les traitements sont testés et optimisés grâce à la participation des patients.

Il est tout à fait possible qu'on vous propose une telle étude dans le cadre de votre traitement. Toutefois, seul un entretien avec votre médecin permettra de cerner les avantages ou inconvénients pour vous. Certains patients acceptent de participer à une étude clinique parce qu'ils pensent que les résultats en seront bénéfiques pour d'autres patients.

Sur le site www.kofam.ch, vous trouverez de nombreuses informations sur les études en cours (se rapportant à votre tableau clinique). La décision vous appartient entièrement, vous êtes libre d'accepter ou refuser, et si vous acceptez, vous pouvez vous retirer à tout instant.

Le refus de participer à une étude clinique n'influe aucunement sur votre traitement. Dans tous les cas, vous serez soigné selon les connaissances scientifiques les plus récentes et profiterez de la meilleure prise en charge possible.

Vous en saurez davantage en lisant la brochure du Groupe suisse de recherche clinique sur le cancer intitulée «Thérapie anticancéreuse dans le cadre d'une étude clinique».

Faire face aux effets indésirables

L'opération, la radiothérapie et les traitements médicamenteux ont une action et des effets indésirables différents. La survenue, la nature et l'intensité de ceux-ci varient fortement d'un individu à l'autre. Ils peuvent apparaître en cours de traitement et régresser plus tard. D'autres ne se manifestent qu'après la fin du traitement.

Inflammations, infections, troubles neurologiques ou réactions cutanées sont liés à des traitements particuliers. Par conséquent, ils ne vous concerneront peut-être jamais. Votre équipe soignante vous informera à ce sujet.

Il est possible d'en soulager beaucoup par des médicaments ou des soins. Ils s'atténuent quelques jours, semaines ou mois plus tard. Il est essentiel que vous les communiquiez afin de prendre les mesures qui s'imposent. Aux stades avancés notamment, il est opportun d'évaluer soigneusement les bénéfices d'un traitement par rapport à ses effets indésirables.

Important

- Certains troubles comme les douleurs ou les nausées sont prévisibles. Pour cette raison, vous recevez avant le début du traitement – et en fonction de celui-ci – des médicaments de soutien pour les soulager (par ex. contre la nausée et la douleur). Veillez à les prendre selon la prescription du médecin.
- Consultez d'abord votre équipe soignante avant de prendre des produits de votre propre initiative, qu'il s'agisse par exemple de pommades ou de médicaments de médecines complémentaires. En effet, même s'ils vous paraissent « naturels » ou inoffensifs, ils peuvent influencer l'action de votre traitement et s'avérer contre-indiqués. Si vous souhaitez recourir aux médecines complémentaires, votre équipe soignante saura vous conseiller.

Un grand nombre de brochures de la Ligue contre le cancer décrit les différents traitements, leurs répercussions et les conséquences de la maladie. Vous y trouverez notamment des conseils pour vous aider à mieux gérer les effets indésirables.

Répercussions sur la sexualité et la fécondité

Tous les traitements du cancer de la prostate peuvent entraver la sexualité et la capacité de conception de façon provisoire ou à long terme (opération, thérapie médicamenteuse ou radiothérapie, voir pp. 25 et suiv.).

Avant le début des traitements, demandez à votre médecin de vous fournir des explications à ce sujet sur les implications des thérapies. Si vous envisagez encore de devenir père, discutez de l'éventuelle nécessité d'effectuer un dépôt de sperme avant le début du traitement.

Une prostatectomie radicale (voir pp. 25 et suiv.) peut entraîner une lésion des faisceaux nerveux responsables de l'érection. Selon la taille de la tumeur, il arrive aussi que le chirurgien urologue doive les retirer au complet, provoquant une perte temporaire ou définitive de la capacité érectile spontanée.

Une prostatectomie radicale consiste notamment à enlever toute la prostate et les vésicules séminales. Toutes ces glandes produisent des sécrétions nécessaires à la formation du sperme. En leur absence, l'émission de sperme cesse, entraînant par conséquent la perte de la capacité de conception.

Bon à savoir

- En principe, la capacité d'avoir des orgasmes demeure intacte, même sans émission de sperme (on parle alors d'orgasme « sec » ou d'aspermie).
- Le patient perd sa capacité de conception car la production du sperme contenant les spermatozoïdes cesse.
- La faculté d'atteindre une érection diminue de façon variable d'un individu à l'autre, ou disparaît complètement. Les spécialistes parlent de dysfonction érectile.
- Votre urologue est en mesure de vous conseiller sur les possibilités de provoquer une érection artificielle. Faites-vous expliquer les avantages et les inconvénients de chaque option.
- Peut-être souhaiteriez-vous également l'avis d'un sexologue ? Une érection et un rapport sexuel ne sont en effet pas des conditions sine qua non pour éprouver du désir et de la satisfaction sexuelle. Il est possible d'avoir une vie sexuelle autrement.
- Les changements qui surviennent dans votre vie amoureuse touchent aussi votre partenaire. Pour cette raison, dans la mesure du possible, sa présence à vos côtés est importante lors des entretiens : vous

pourrez ainsi clarifier ensemble les besoins, les incertitudes et les craintes qui peuvent survenir chez l'un comme chez l'autre.

- La brochure « Cancer et sexualité au masculin » vous fournit de nombreux conseils utiles (voir p. 63).

Effets sur la continence urinaire

La continence urinaire désigne la capacité à retenir l'urine et à exercer un contrôle conscient de la miction. L'incontinence urinaire se manifeste lorsque le fonctionnement de ce contrôle devient insuffisant et que des pertes d'urine involontaires se produisent.

Chez l'homme, trois mécanismes de sécurité régulent la continence urinaire: la pression exercée par la prostate sur l'urètre d'une part, par le sphincter interne dont le contrôle est « involontaire » d'autre part, et enfin par l'externe qui est « volontaire ».

Osez poser des questions

- Avant de commencer le traitement, confiez vos craintes et vos attentes concernant l'amour et la sexualité. Si le médecin n'aborde pas la question spontanément, prenez l'initiative d'en parler.
- Gardez à l'esprit que les spécialistes impliqués dans le traitement du cancer de la prostate ont l'habitude de ce type de discussions et donc une vaste expérience sur le sujet.
- Employez vos mots pour décrire ce que vous souhaitez dire: le médecin saura comprendre, s'adapter, et l'entretien sera ainsi fructueux.

L'ablation de la prostate (voir « Prostatectomie radicale », pp. 25 et suiv.) consiste à enlever, en plus de la prostate, le sphincter interne.

Le sphincter externe, qui peut être préservé lors de l'opération, suffit en règle générale pour assurer le contrôle vésical. Il peut s'écouler quelques jours ou quelques semaines jusqu'à ce que le muscle « réapprenne » à assurer seul la fonction de fermeture de la vessie.

Pendant cette période, des pertes d'urine involontaires peuvent arriver, principalement à l'effort (par ex. en soulevant quelque chose ou en sautillant). Demandez conseil pour savoir comment malgré tout structurer votre quotidien le plus normalement possible (préservatifs urinaires, protections).

Un entraînement ciblé du plancher pelvien (voir p. 56) peut aider à entraîner le sphincter externe en conscience et à retrouver une continence urinaire aussi vite que possible. Demandez aux médecins traitants si vous pourriez tirer un bénéfice d'exercices ciblés réalisés sous la direction d'un physiothérapeute.

Chez certaines personnes touchées, il arrive que le sphincter externe subisse des lésions au cours de l'opération, de telle sorte qu'un entraînement intensif ne lui permette pas d'assumer la fonction d'ouverture de la vessie. Il en résulte une incontinence urinaire permanente. Demandez à votre urologue quelles sont les options thérapeutiques ou moyens auxiliaires dans ce cas.



Traitements complémentaires

Suivi médical et réadaptation

Des contrôles réguliers sont préconisés au terme du traitement. Ils consistent à effectuer un toucher rectal (voir p. 17) et à mesurer la concentration de PSA dans le sang (voir p. 17). Une augmentation du taux de PSA pendant un certain temps peut indiquer une récurrence, soit la croissance nouvelle de la tumeur ou la présence de métastases. A intervalles réguliers, la personne touchée se soumet à des examens d'imagerie médicale (voir scanner, IRM ou TEP, p. 18). Occasionnellement, le médecin prescrit aussi une échographie transrectale (voir p. 18).

Le suivi sert également à apprécier et à atténuer les troubles associés à la maladie, au traitement, ou à leurs suites. Outre les symptômes physiques tels que douleurs, fatigue ou troubles apparentés à la ménopause, il offre l'occasion d'aborder également les craintes et difficultés d'ordre professionnel, psychique ou social. En effet, ces problèmes sont lourds à porter et valent la peine d'être abordés.

Vous pouvez au besoin envisager une consultation psychosociale (voir pp. 60 et suiv.). Votre médecin de famille peut être intégré à cette démarche.

Il est essentiel de parler des difficultés que vous affrontez en rapport avec la maladie et que vous demandiez à être accompagné dans votre recherche de solutions. Cette démarche facilite votre réadaptation, c'est-à-dire votre retour à la vie de tous les jours.

Désir d'enfant ou questions sur la sexualité? Parlez-en ouvertement avec votre médecin ou un autre professionnel de votre équipe soignante.

Fréquence variable des contrôles

Le type de tumeur, le stade de la maladie, les traitements administrés, votre état de santé général déterminent la fréquence des contrôles. Si le patient suit par exemple une hormonothérapie qui s'étend sur plusieurs années, il est important de surveiller régulièrement la tolérance au traitement et de parler des éventuels effets secondaires.

Il est possible que certains troubles soient liés à une récurrence ou à la présence de métastases. Les examens de contrôle servent justement à les détecter et à les traiter. Si vous ressentez des symptômes, n'hésitez pas à demander une aide médicale et thérapeutique, sans attendre le prochain rendez-vous.

Des mesures de réadaptation et l'activité physique en particulier sont adaptées pour reprendre des forces après la maladie et les traitements (voir brochure «Activité physique et cancer», p. 63).

Dans la brochure «Stages» de la Ligue contre le cancer, vous découvrirez des activités susceptibles de vous redonner force et bien-être. Les stages durent de deux jours à une semaine (voir chapitre «Conseils et informations»). Pour savoir où ils ont lieu, adressez-vous à votre ligue cantonale ou régionale.

Traiter la douleur

Il est toujours possible de soulager les douleurs d'origine cancéreuse, voire de les supprimer complètement, que ce soit par des médicaments ou par d'autres méthodes comme une radiothérapie ou une opération.

Le cancer peut provoquer des douleurs, notamment à des stades avancés et en cas de métastases. Ne les subissez pas en silence, parlez-en à l'équipe médicale, car les douleurs vous affaiblissent inutilement et vous minent le moral. Il est important de faire appel à toutes les possibilités offertes par le traitement moderne de la douleur.

Si vous-même ou vos proches éprouvez de la méfiance vis-à-vis de la morphine ou d'autres médicaments opioïdes, abordez ce point avec le médecin. La plupart du temps, les craintes liées à la morphine résultent de conceptions erronées alors qu'en fonction du type de cancer, le recours à un opioïde peut représenter la seule option possible pour atténuer les douleurs. La démarche est donc importante.

Vous trouverez de précieux conseils sur le sujet dans la brochure «Les douleurs liées au cancer et leurs traitements» (voir p. 63).

Les médecines complémentaires

Un grand nombre de personnes touchées par le cancer ont recours à des méthodes de médecines complémentaires, parallèlement à un traitement médical « classique ».

Certaines d'entre elles peuvent aider, pendant et après la thérapie, à améliorer le bien-être général et la qualité de vie. Elles peuvent renforcer le système immunitaire et rendre les effets secondaires plus tolérables. En général, elles n'ont pas d'effet sur la tumeur elle-même.

En revanche, la Ligue contre le cancer déconseille les approches dites *parallèles* ou *alternatives* qui prétendent se substituer à la médecine classique. Vous trouverez davantage d'informations à ce propos dans la brochure « Parallèles ? Complémentaires ? » (voir p. 63).

Adressez-vous à votre médecin ou à un membre de votre équipe soignante si une méthode complémentaire vous intéresse, ou si vous en suivez déjà une. Ensemble, vous définirez celle qui convient le mieux à votre situation personnelle sans qu'elle interfère avec la thérapie recommandée par le médecin.

N'optez pas pour des méthodes complémentaires de votre propre chef. Parlez-en au préalable à votre médecin. En effet, si elles paraissent inoffensives, certaines préparations peuvent s'avérer incompatibles avec votre traitement.

Exercices pour renforcer le plancher pelvien

Une prostatectomie (voir pp. 25 et suiv.) peut entraîner des fuites involontaires d'urine, principalement à l'effort (lorsque la personne touchée se lève, s'assied ou tousse, par ex.).

La majorité des hommes opérés retrouve une continence normale après un certain temps. Dans ce but, muscler le plancher pelvien joue un rôle central. En effet, des exercices ciblés entraînent ou renforcent les muscles qui aident à fermer l'urètre et à soutenir la fonction érectile.

L'entraînement conscient des muscles nécessaires au contrôle de la miction ne va pas de soi. Souvent, au lieu d'exercer les muscles du plancher pelvien, on sollicite par erreur les abdominaux et les fessiers. De plus, une gymnastique efficace exige une certaine intensité. Si vous ne vous sentez pas sûr de vous, il vaut la peine de consulter un physiothérapeute spécialisé (www.pelvisuisse.ch).

Recommandations générales après l'opération

- Ne pas soulever plus de 5 kg pendant six semaines.
- Boire beaucoup, surtout de l'eau plate.

- Au début, éviter la position assise, marcher 30 minutes deux fois par jour.
- Commencer les exercices immédiatement après le retrait de votre cathéter.

Les exercices suivants décrivent comment entraîner votre plancher pelvien et le sphincter à la maison.

Exercice 1 Contracter les muscles du plancher pelvien – tenir pendant six secondes – relâcher – faire une pause de six secondes

Position de départ

Faites l'exercice couché (voir photo ci-dessous). Plus tard, lorsque vous aurez suffisamment exercé la perception du bassin, effectuez-le également assis ou debout.



Contractez votre anus comme si vous reteniez vos selles. Pendant l'exercice, continuez à respirer ou comptez à haute voix jusqu'à six. Maintenez les abdominaux, les fessiers et les muscles des jambes relâchés.

Fréquence

15 fois, trois fois par jour. Pour un renforcement optimal, effectuez les exercices pendant quatre mois.

Exercice 2 Cinq contractions rapides et vigoureuses des muscles du plancher pelvien après la miction

Cet exercice agit efficacement sur l'écoulement de gouttes suivant la miction. De plus, il stimule la coordination des muscles pelviens et améliore les contractions involontaires.

Exercice 3 Stimuler les contractions involontaires des muscles pelviens

Pendant que vous tousssez, éternuez, riez ou parlez à haute voix, rentrez le bas-ventre (au-dessus du pubis) et contractez les muscles du plancher pelvien.



Exercice 4 Entraîner le plancher pelvien dans la vie de tous les jours

Concentrez-vous sur la position de votre corps en vous levant, en vous penchant et soulevant quelque chose. En même temps, contractez les muscles du bas-ventre et du plancher pelvien et pliez les genoux. Ce mouvement favorise le bon fonctionnement des muscles abdominaux et pelviens. Les mouvements qui ménagent le dos sont aussi des mouvements adéquats pour le plancher pelvien !



L'après-traitement

Aujourd'hui, de nombreuses personnes vivent mieux et plus longtemps avec un diagnostic de cancer. Toutefois, les traitements restent souvent longs et éprouvants. Certaines personnes sont capables de poursuivre leurs activités quotidiennes parallèlement au traitement, d'autres pas.

La fin du traitement: un moment délicat

Après la thérapie, le retour à la vie de tous les jours s'avère parfois difficile: pendant des semaines, les rendez-vous chez le médecin ont structuré votre emploi du temps, l'équipe soignante vous a soutenu et accompagné tout au long des différents traitements. De leur côté, vos proches, préoccupés, ont cherché à vous décharger d'une façon ou d'une autre. Certains d'entre eux ont partagé vos craintes et vos espoirs, ils vous ont encouragé à traverser cette période pénible: pendant longtemps, vous étiez le centre de l'attention.

Dorénavant, vous êtes plus souvent seul. Vous éprouvez peut-être un vide intérieur, vous vous sentez un peu perdu. Les traitements sont certes terminés, mais

rien n'est comme avant, soit parce que le retour à la vie de tous les jours est encore au-dessus de vos forces, soit parce que vous souffrez toujours des répercussions physiques et psychiques de la maladie et de la thérapie: fatigue permanente, manque d'appétit ou profonde tristesse. Peut-être vos proches peinent-ils aussi à comprendre la situation. Ont-ils des attentes, pensent-ils que vous allez redevenir « comme avant » ? Ces différentes réactions ou émotions doivent vous inciter d'autant plus à vous montrer à l'écoute de vos besoins et à ne pas vous laisser mettre sous pression.

Se donner du temps

Prenez le temps de vous adapter à cette nouvelle phase de votre existence. Réfléchissez aux éléments qui contribuent pour vous à une meilleure qualité de vie. L'horizon s'éclaire parfois lorsqu'on se pose des questions toutes simples:

- Qu'est-ce qui est important pour moi maintenant ?
- De quoi ai-je besoin ?
- Comment pourrais-je y parvenir ?
- Qui pourrait m'aider ?

En parler

Chacun appréhende la vie selon sa nature plus ou moins optimiste ou pessimiste, son éducation, son vécu. Il en va de même pour la maladie. Même lorsque les chances de guérison sont élevées, le cancer suscite de l'angoisse. Certaines personnes éprouvent le besoin d'en parler, d'autres préfèrent garder le silence, n'osent pas. Il n'y a pas de recette universelle, chacun a besoin d'un certain temps pour s'adapter à cette nouvelle situation et trouver un mode de communication satisfaisant pour tout le monde.

Faire appel à un soutien professionnel

Il est possible que la fin du traitement représente un moment propice pour demander du soutien auprès d'un conseiller de votre ligue cantonale ou régionale, ou d'un autre professionnel (voir « Conseils et informations »). Dans la mesure du possible, si vous pensez que ce type de mesure peut vous faire du bien, parlez-en à votre médecin avant la fin du traitement. Vous aurez ainsi l'occasion de réfléchir ensemble : qu'est-ce qui vous aiderait le plus ? Que peut-on vous recommander ? Enfin, il sera aussi en mesure de vous informer sur d'éventuelles prestations prises en charge par l'assurance maladie.

Conseils et informations

Faites-vous conseiller

Votre équipe soignante

Elle est là pour vous informer et vous aider à surmonter les problèmes liés à la maladie et au traitement. Demandez-vous quelle démarche supplémentaire pourrait vous donner des forces et faciliter votre réadaptation.

Psycho-oncologie

Les conséquences d'un cancer vont bien au-delà des aspects purement médicaux: la maladie affecte aussi la vie psychique. Les personnes touchées souffrent notamment de dépression, d'anxiété et de tristesse. Si vous en ressentez le besoin, faites appel à une personne formée en psycho-oncologie.

Des professionnels issus d'horizons variés (médecins, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux ou accompagnants spirituels ou religieux) peuvent offrir des conseils ou une thérapie car ils ont acquis une vaste expérience avec des personnes atteintes d'un cancer et leurs proches. Certains d'entre eux bénéficient d'une formation spécifique en psycho-oncologie. Actifs notamment dans les services d'oncologie ou de psychiatrie des hôpitaux, ces personnes vous apportent un soutien qui dépasse le cadre strictement médical. Ici encore, nous vous recommandons dans un premier temps de vous adresser à votre ligue cantonale ou régionale.

Physiothérapie

Une prostatectomie peut entraîner des pertes d'urine involontaires. Un entraînement ciblé du plancher pelvien peut ren-

forcer les muscles du plancher pelvien et des sphincters vésicaux, dans le but de vider complètement la vessie. Il est possible de recevoir des instructions en s'adressant à un physiothérapeute à l'hôpital.

Pour trouver des adresses de physiothérapeutes spécialisés dans l'entraînement du plancher pelvien, rendez-vous sur le site www.pelvisuisse.ch.

Votre ligue cantonale ou régionale contre le cancer

Elle accompagne et propose aux personnes touchées et à leurs proches une palette de services: des entretiens, des cours, des réponses aux questions sur les assurances sociales. Par ailleurs, elle vous aiguille vers un groupe d'entraide ou un spécialiste (physiothérapeute, psycho-oncologue, par ex.).

La Ligne InfoCancer 0800 11 88 11

Au bout du fil, une infirmière spécialisée vous écoute, vous propose des solutions et répond à vos questions sur la maladie et son traitement. L'appel et les renseignements sont gratuits. Les entretiens peuvent s'effectuer via Skype, à l'adresse: krebstelefon.ch.

Cancerline: pour chatter sur le cancer

Sous www.liguecancer.ch/cancerline, les enfants, adolescents et adultes peuvent chatter en direct avec les conseillères spécialisées de la Ligne InfoCancer. Ils y recevront des informations au sujet du cancer, ils pourront poser des questions et échanger sur tout ce qui les préoccupe. Du lundi au vendredi de 11 h à 16 h.

Cancer: comment en parler aux enfants?

Vous avez appris que vous êtes malade et avez des enfants: qu'ils soient petits ou grands, vous vous demanderez bientôt comment aborder avec eux le sujet ainsi que les possibles conséquences de votre cancer.

Vous trouverez dans le dépliant « Cancer: comment en parler aux enfants? » des suggestions pour parler de la maladie avec vos enfants. Il contient aussi des conseils à l'intention des enseignants. La ligue publie également une brochure utile, sous le titre « Quand le cancer touche les parents: en parler aux enfants ».

La Ligne stop-tabac 0848 000 181

Des conseillères spécialisées vous renseignent et vous aident à arrêter de fumer. Si vous le souhaitez, vous pouvez mettre en place des entretiens de suivi gratuits.

Stages

Dans différentes régions de Suisse, la Ligue contre le cancer propose aux personnes touchées des stages de durée variable: www.liguecancer.ch/stages. Vous en trouverez le programme dans une brochure (voir p. 63).

Activité physique

De nombreuses personnes touchées pratiquent une activité physique pour retrouver de l'énergie, reprendre confiance en soi et réduire la sensation de fatigue. Il existe des groupes de sport adaptés aux personnes atteintes d'un cancer: renseignez-vous auprès de votre ligue cantonale ou régionale, et consultez la brochure « Activité physique et cancer » (voir p. 63).

Autres personnes touchées

Entrer en contact avec des personnes ayant traversé des épreuves semblables peut vous redonner du courage. N'oubliez toutefois pas que ce qui a aidé une personne ne vous conviendra pas forcément.

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.net/forum

Groupes d'entraide

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

Informez-vous auprès de votre ligue cantonale ou régionale: elle vous renseignera sur les groupes d'entraide, sur les groupes de parole ou sur les offres de cours pour personnes touchées et leurs proches. Sous www.infoentraidesuisse.ch, vous pouvez chercher un groupe d'entraide à proximité de chez vous.

Service de soins à domicile

De nombreux cantons proposent des services de soins à domicile. Vous pouvez faire appel à eux pendant toutes les phases de la maladie. Ils vous conseillent à la maison pendant et après les cycles de traitement, notamment sur les effets secondaires. Votre ligue cantonale vous communiquera une adresse.

Conseils en alimentation

De nombreux hôpitaux offrent des consultations en alimentation. Vous trouvez par ailleurs des conseillers indépendants collaborant la plupart du temps avec les médecins et regroupés en une association :

Association suisse
des diététicien-ne-s ASDD
Altenbergstrasse 29
case postale 686
3000 Berne 8
tél. 031 313 88 70
service@svde-asdd.ch
www.svde-asdd.ch

Sur la page d'accueil, le lien *Chercher un-e diététicien-ne* vous permet de trouver l'adresse d'un professionnel dans votre canton.

palliative ch

Vous trouvez sur le site de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs les adresses des sections cantonales et des réseaux. Indépendamment de votre domicile, ils assurent aux personnes concernées un accompagnement optimal et des soins.

palliative ch
Société suisse de médecine et de soins
palliatifs
Bubenberplatz 11
3011 Berne
tél. 044 240 16 21
info@palliative.ch
www.palliative.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. 64).

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. Informez-vous avant le début du traitement. La ligue contre le cancer de votre canton peut également vous accompagner dans ces démarches.

Pour de plus amples informations sur la question des assurances, nous vous invitons à consulter la brochure «Cancer – prestations des assurances sociales» (voir p. 63).

Brochures de la Ligue contre le cancer

- **Le dépistage du cancer de la prostate**
- **Les traitements médicamenteux du cancer**
Chimiothérapies et autres traitements
- **Le traitement médicamenteux à domicile**
Les chimiothérapies orales du cancer
- **La radiothérapie**
- **Parallèles? Complémentaires?**
Risques et bénéfices des méthodes non vérifiées en oncologie
- **Les douleurs liées au cancer et leurs traitements**
- **Journal des douleurs**
- **DOLOMETER®VAS**
Réglette pour évaluer l'intensité de la douleur
- **Fatigue et cancer**
Identifier les causes, trouver des solutions
- **Difficultés alimentaires en cas de cancer**
- **L'œdème lymphatique en cas de cancer**
Guide à l'intention des personnes concernées
- **Cancer et sexualité au masculin**
- **Soigner son apparence durant et après la thérapie**
Peau, coiffure, couleurs et vêtements: les conseils de la Ligue contre le cancer
- **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
- **Soigner un proche et travailler: une mission possible**
Dépliant de huit pages pour mieux concilier activité professionnelle et soins prodigués à un proche
- **Quand le cancer touche les parents**
En parler aux enfants
- **Cancer: comment en parler aux enfants?**
Dépliant contenant conseils et informations pour les parents et les enseignants
- **Stages**
Pour les personnes touchées par le cancer
- **Prédispositions héréditaires au cancer**
Des réponses aux questions que se posent les familles fortement touchées par le cancer
- **Cancer – prestations des assurances sociales**
- **Décider jusqu'au bout**
Brochures sur les directives anticipées

- **Les directives anticipées de la Ligue contre le cancer**

Mes volontés en cas de maladie et décès

- **Cancer: quand l'espoir de guérir s'amenuise**

Guide de l'offre en soins palliatifs

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 grande majorité vous est remise 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.

Votre avis nous intéresse

Vous avez un avis sur nos brochures? Prenez quelques minutes et remplissez le questionnaire à l'adresse www.forumcancer.ch. Votre opinion nous est précieuse!

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, info@sakk.ch, www.sakk.ch
«**La prostate, une petite glande de grande importance**», Société suisse d'urologie, 2013. A télécharger gratuitement à l'adresse: www.swissurology.ch

«**Une nouvelle vie d'homme**», Dr Walter Raaflaub, éd. Favre, 2011. Un médecin raconte son comment son couple a surmonté les conséquences du traitement.

Ressources bibliographiques

Certaines ligues contre le cancer disposent d'une bibliothèque où vous pouvez emprunter des ouvrages gratuitement.

Renseignez-vous auprès de la ligue la plus proche de chez vous (voir p. 66). La Ligue suisse contre le cancer et les ligues bernoise et zurichoise possèdent un catalogue en commun. Il se trouve en ligne et vous permet d'emprunter un ouvrage et de vous le faire envoyer dans toute la Suisse:

www.liguecancer.ch/bibliotheque

Voici le lien vers les livres pour enfants:

www.krebsliga.ch/kinderbibliothek

Sites Internet

Par ordre alphabétique

[Offre de la Ligue contre le cancer](http://www.forumcancer.ch)

www.forumcancer.ch

Forum Internet de la Ligue contre le cancer.

www.liguecancer.ch

Site de la Ligue suisse contre le cancer.

www.liguecancer.ch/migrants

Cette adresse propose des informations en albanais, portugais, serbe/croate/bosniaque, espagnol, turc et anglais.

www.liguecancer.ch/stages

La Ligue contre le cancer propose des stages de réadaptation pour mieux vivre avec la maladie au quotidien.

Autres institutions ou services spécialisés

www.apprendre-a-vivre-avec-le-cancer.ch
Site de l'association « Apprendre à vivre avec le cancer », groupes d'éducation et de soutien animés par des professionnels de la santé et proposés à toutes les personnes concernées par le cancer, en tant que personne malade ou en tant que proche.

www.cancer.ca

Site de la Société canadienne du cancer.

www.doctissimo.fr

Site français consacré à la santé.

www.hug-ge.ch/centre-oncologie/centre-de-la-prostate

Centre de la prostate des HUG.

www.infocancer.org

Site français consacré aux différents types de cancer.

www.inkontinex.ch

Société suisse d'aide aux personnes incontinentes.

www.la-maison-du-cancer.com

Fondé par une journaliste touchée par la maladie, ce site français propose des informations non médicales et thématiques.

www.ligue-cancer.net

Site de la Ligue française contre le cancer.

www.palliative.ch

Société suisse de médecine et de soins palliatifs.

www.prosca.net

Association de soutien aux personnes touchées par le cancer de la prostate, Genève.

www.swissurology.ch

Société suisse d'urologie.

Sites en anglais

www.cancer.org

American Cancer Society.

www.cancer.gov

National Cancer Institute USA.

www.cancer.net

American Society of Clinical Oncology.

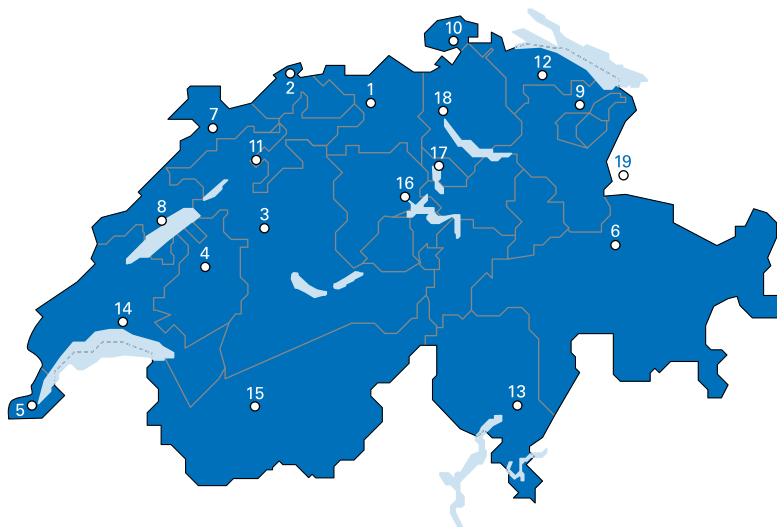
www.cancersupport.ch

Site de l'ESCA (English speaking cancer association): il s'adresse aux anglophones et à leurs proches résidant en Suisse.

Sources

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

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



- 1 Krebsliga Aargau**
Kasernenstrasse 25
Postfach 3225
5001 Aarau
Tel. 062 834 75 75
Fax 062 834 75 76
admin@krebsliga-aargau.ch
www.krebsliga-aargau.ch
PK 50-12121-7
- 2 Krebsliga beider Basel**
Petersplatz 12
4051 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
3001 Bern
Tel. 031 313 24 24
Fax 031 313 24 20
info@bernischekrebsliga.ch
www.bernischekrebsliga.ch
PK 30-22695-4
- 4 Ligue fribourgeoise
contre le cancer
Krebsliga Freiburg**
route St-Nicolas-de-Flüe 2
case postale 96
1705 Fribourg
tél. 026 426 02 90
fax 026 426 02 88
info@liguecancer-fr.ch
www.liguecancer-fr.ch
CP 17-6131-3
- 5 Ligue genevoise
contre le cancer**
11, rue Leschot
1205 Genève
tél. 022 322 13 33
fax 022 322 13 39
ligue.cancer@mediane.ch
www.lgc.ch
CP 12-380-8
- 6 Krebsliga Graubünden**
Ottoplatz 1
Postfach 368
7001 Chur
Tel. 081 300 50 90
info@krebsliga-gr.ch
www.krebsliga-gr.ch
PK 70-1442-0
- 7 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
- 8 Ligue neuchâteloise
contre le cancer**
faubourg du Lac 17
2000 Neuchâtel
tél. 032 886 85 90
LNCC@ne.ch
www.liguecancer-ne.ch
CP 20-6717-9

9 Krebsliga Ostschweiz
SG, AR, AI, GL
Flurhofstrasse 7
9000 St. Gallen
Tel. 071 242 70 00
Fax 071 242 70 30
info@krebssliga-ostschweiz.ch
www.krebssliga-ostschweiz.ch
PK 90-15390-1

10 Krebsliga Schaffhausen
Rheinstrasse 17
8200 Schaffhausen
Tel. 052 741 45 45
Fax 052 741 45 57
info@krebssliga-sh.ch
www.krebssliga-sh.ch
PK 82-3096-2

11 Krebsliga Solothurn
Hauptbahnhofstrasse 12
4500 Solothurn
Tel. 032 628 68 10
Fax 032 628 68 11
info@krebssliga-so.ch
www.krebssliga-so.ch
PK 45-1044-7

12 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

13 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

14 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

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. 027 604 35 41
Mobile 079 644 80 18
info@krebssliga-wallis.ch
www.krebssliga-wallis.ch
CP/PK 19-340-2

16 Krebsliga Zentralschweiz
LU, OW, NW, SZ, UR
Löwenstrasse 3
6004 Luzern
Tel. 041 210 25 50
Fax 041 210 26 50
info@krebssliga.info
www.krebssliga.info
PK 60-13232-5

17 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

18 Krebsliga Zürich
Freiestrasse 71
8032 Zürich
Tel. 044 388 55 00
Fax 044 388 55 11
info@krebssligazuerich.ch
www.krebssligazuerich.ch
PK 80-868-5

19 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
3001 Berne
tél. 031 389 91 00
fax 031 389 91 60
info@liguecancer.ch
www.liguecancer.ch
CP 30-4843-9

Brochures

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

Forum

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

Cancerline

www.liguecancer.ch/
cancerline, le chat sur le
cancer pour les enfants,
les adolescents et
les adultes
du lundi au vendredi
11 h–16 h

Skype

krebstelefon.ch
du lundi au vendredi
11 h–16 h

Ligne stop-tabac

tél. 0848 000 181
max. 8 cts./min.
(sur réseau fixe)
du lundi au vendredi
11 h–19 h

**Vos dons sont
les bienvenus.**

Ligne InfoCancer

0800 11 88 11

du lundi au vendredi
9 h–19 h
appel gratuit
helpline@liguecancer.ch

Unis contre le cancer

Cette brochure vous est remise par votre Ligue contre le cancer, qui se tient à votre disposition avec son éventail de prestations de conseil, d'accompagnement et de soutien. Vous trouverez à l'intérieur les adresses de votre Ligue cantonale ou régionale.