



Le cancer du testicule



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

Editeur

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

Direction de projet de la 4^e édition en allemand:

Nicole Maeder, MPH, spécialiste Publications,
Ligue suisse contre le cancer, Berne

Relecteur expert (personne touchée)

Fabian Bolte

Conseils scientifiques (et contribution à la rédaction du texte original)

Prof. Dr med. Tullio Sulser, directeur, clinique
d'urologie, Hôpital universitaire de Zurich
Prof. Dr med. George N. Thalmann, directeur et
médecin-chef, clinique universitaire d'urologie,
Hôpital universitaire de l'île, Berne

Collaborateurs de la Ligue suisse contre le cancer, Berne

Ont collaboré à la rédaction en allemand:

Dr med. Karin Huwiler, collaboratrice scienti-
fique; Sabine Jenny, lic. phil., MAE, infirmière
ES; Nicole Maeder, MPH, spécialiste Publica-
tions; Verena Marti, responsable service Publi-
cations, Dr med. Mark Witschi, collaborateur
scientifique

Traduction

Cristina Martínez, Ligue suisse contre le
cancer, Berne

Révision

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

Relecture scientifique

Gabriella Pidoux, MPH, Ligue suisse contre le
cancer, Berne

Couverture

Adam et Eve, d'après Albrecht Dürer

Illustrations

P. 7: Frank Geisler, illustrateur scientifique,
Berlin | Pp. 12, 13: Willi R. Hess, dessinateur
scientifique, Berne

Photos

Pp. 4, 34, 62: shutterstock
Pp. 26, 46, 48: ImagePoint AG, Zurich
P. 40: Raymond Forbes/AGE, F1 online

Conception graphique

Ligue suisse contre le cancer, Berne

Impression

Ast & Fischer SA, Wabern

Cette brochure est également disponible en allemand et en italien.

© 2017, 2011, 2004, Ligue suisse contre le cancer, Berne | 3^e édition revue et corrigée

Sommaire

Avant-propos	5
Qu'est-ce que le cancer ?	6
Le cancer du testicule	12
Les testicules: les glandes sexuelles de l'homme	12
Les différentes tumeurs du testicule	14
Causes et facteurs de risque possibles	15
Dépistage	16
Symptômes possibles	17
Examens et diagnostic	19
Premiers examens	19
Examens complémentaires	19
Stades de la maladie	21
Options thérapeutiques	29
Ablation du testicule ou orchidectomie	29
Surveillance active	30
Ablation des ganglions lymphatiques (<i>curage rétropéritonéal</i>)	32
Traitements médicamenteux	32
Radiothérapie	37
Traitement selon la tumeur du testicule	39
Planification du traitement	39
Traitement d'une tumeur bénigne	43
Traitement des séminomes	47
Traitement des tumeurs non séminomateuses	49
Traitement dans le cadre d'une étude clinique	50
Faire face aux effets indésirables	52
Répercussions sur la sexualité et la fertilité	53
Prothèse testiculaire: quelle décision prendre ?	55
Traitements additionnels	56
Traitement de la douleur	56
Médecines complémentaires	57
Suivi médical et réadaptation	58
Retour à la vie quotidienne	60
Conseils et informations	63



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 précipitent, 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 du testicule 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.

Ces dernières années, le traitement a connu de grands progrès: il est mieux toléré et permet de maintenir une qualité de vie raisonnable. Dans la grande majorité des cas, les hommes concernés guérissent de ce cancer. Même lorsqu'on ne peut plus espérer de rétablissement durable, des mesures d'accompagnement peuvent contribuer à maintenir ou améliorer la qualité de vie.

Avez-vous des questions? Adressez-vous à l'équipe médicale, et acceptez le soutien de vos proches, qu'il s'agisse de votre famille ou de vos amis. La Ligue contre le cancer tient à votre disposition d'autres publications contenant informations et conseils utiles. Enfin, les conseillers spécialisés de votre ligue cantonale ou régionale et les conseillères de la Ligne InfoCancer sont là pour répondre à toute question en rapport avec la maladie. Vous trouverez les adresses et les coordonnées de ces prestations de soutien aux pages 70 et 71.

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 (le cas du cancer du sein, par ex.), 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. Ils représentent la grande majorité des tumeurs malignes. Les spécialistes classent le cancer du testicule dans cette catégorie.

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.

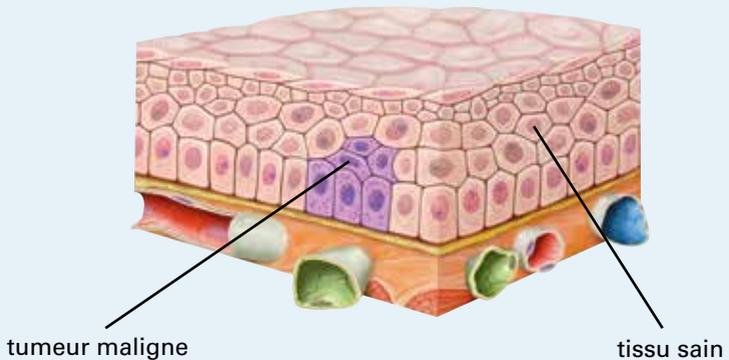
Tumeurs bénignes et tumeurs malignes

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

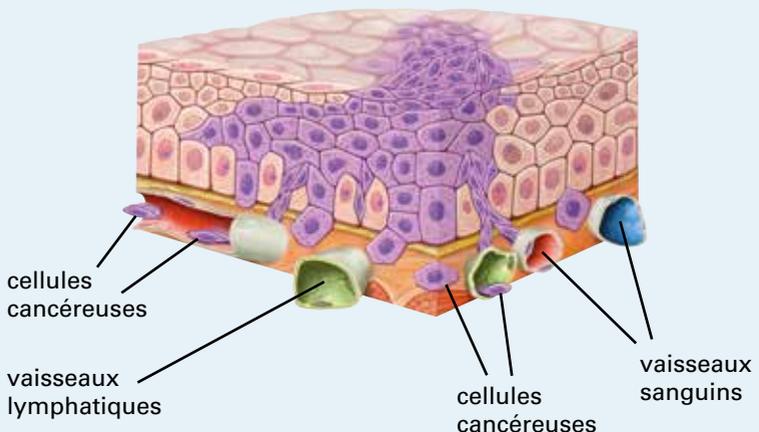
Comment se forme une tumeur ?

Exemple: carcinome de la muqueuse

1. La tumeur commence à infiltrer le tissu sain.



2. 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.



entraînant le rétrécissement d'un canal comme un nerf ou un vaisseau sanguin.

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 ren-

ferme 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 en suspen-

sion, 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.

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 en suspension, 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'influen-

cer 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.

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 containing horizontal blue lines, serving as a space for notes.

Le cancer du testicule

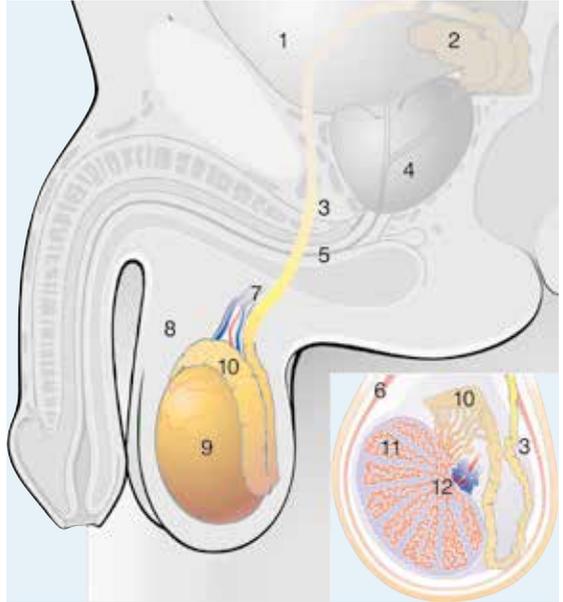
On parle de « cancer du testicule » pour simplifier, mais la toute grande majorité des tumeurs malignes désignent celles des glandes sexuelles : elles prennent naissance dans les cellules programmées pour devenir des spermatozoïdes, à différentes étapes de leur développement.

La grande majorité des hommes souffrant d'un cancer du testicule, même à un stade avancé, peut guérir. Cette maladie est en effet l'une des rares à présenter cette particularité. Pour cette raison, les médecins se fixent comme objectif thérapeutique la guérison de la personne. Les chances sont les plus élevées à un stade précoce. Dans les quelques situations où la guérison complète est envisageable, il est toutefois possible de réduire les troubles à un minimum.

La plupart du temps, en l'absence d'un traitement, le cancer du testicule entraîne le décès du patient.

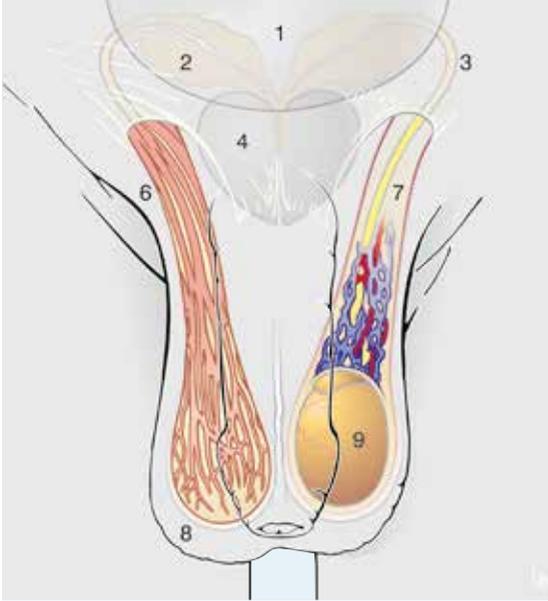
Les testicules : les glandes sexuelles de l'homme

Entourés d'une enveloppe à plusieurs couches, les deux testicules se trouvent directement sous



Vue latérale et coupe longitudinale du testicule

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



Vue frontale

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

le pénis. Ils sont logés dans les bourses, sortes de poches composées de peau et de muscle.

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

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

Les spermatozoïdes terminent leur maturation dans l'épididyme. Lors d'une éjaculation, ils passent par le canal déférent et la prostate. Ils sont ensuite expulsés du pénis en suivant le conduit de l'urètre, mêlés à une sécrétion produite dans les vésicules séminales et la prostate. Cette sécrétion leur fournit l'énergie nécessaire pour avancer.

Les différentes tumeurs du testicule

Le cancer du testicule

Le cancer du testicule se réfère en particulier aux tumeurs malignes: elles se forment presque exclusivement dans les cellules reproductrices (ou germinales), programmées pour devenir des spermatozoïdes. Elles représentent 95% de toutes les tumeurs et peuvent survenir à différents stades de la maturation cellulaire.

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

Les séminomes

Les séminomes se développent seulement à partir du tissu qui donne naissance aux spermatozoïdes.

Les tumeurs non séminomateuses ou non-séminomes

Ces tumeurs se composent de sous-groupes en raison des différents types de cellules qui les constituent et d'après lesquels elles seront nommées: carcinome embryonnaire, choriocarcinome, tumeur du sac vitellin, tératome.

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

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

A mesure que la tumeur progresse, elle comprime les tissus testiculaires sains. En outre, les cellules malignes peuvent se disséminer dans l'organisme via les vaisseaux sanguins et lymphatiques: elles atteignent alors des ganglions lymphatiques voisins et d'autres organes, et peuvent former des métastases (voir p. 8).

Dans le cas du cancer du testicule, les métastases les plus fréquentes se manifestent:

- dans les ganglions lymphatiques situés dans la région postérieure de l'abdomen: il s'agit des ganglions lymphatiques rétropéritonéaux (voir p. 30);
- dans le poumon.

Les métastases des os, du foie et du cerveau sont nettement plus rares.

Les tumeurs germinales hors des testicules

Ces tumeurs sont dites *extragonadiques* parce que leur siège se trouve dans une autre région du corps que la glande sexuelle (gonade). Elles se développent :

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

Au cours de la vie embryonnaire, des cellules germinales primitives se sont formées dans ces régions de l'organisme. Il arrive ensuite que des mutations entraînent l'apparition de ces tumeurs rares.

Moins de 5% des hommes atteints de ce type de cancer courent le risque de développer par la suite une nouvelle tumeur des cellules reproductrices dans l'autre testicule.

Les tumeurs bénignes

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

Seuls 10 à 20% d'entre elles sont malignes et forment des métastases dans d'autres organes.

430 hommes atteints chaque année en Suisse

Le cancer du testicule est rare : chaque année en Suisse, environ 430 hommes sont touchés. Il représente à peu près 2% de tous les cancers masculins. Chez les hommes en dessous de 40 ans, il s'agit cependant de la maladie cancéreuse la plus fréquente en Suisse, en comparaison internationale. Les causes demeurent obscures.

Causes et facteurs de risque possibles

On ignore les causes exactes du cancer du testicule. Certains facteurs peuvent augmenter le risque de développer la maladie, mais tous les hommes concernés ne tombent pas malades pour autant. Seul le cumul de certains facteurs de prédisposition entraîne un risque très élevé.

Facteurs de risque

- Un testicule non descendu dans le scrotum est l'un des facteurs de risque principaux : les spécialistes parlent de cryptorchidie. Cette anomalie se produit avant la naissance, lorsque le testicule ne migre

qu'en partie ou pas du tout de l'abdomen dans la bourse. Le risque demeure élevé, même après une intervention chirurgicale.

- La présence d'un hypospadias, à savoir un développement inachevé de l'ouverture de l'urètre.
- Un cancer antérieur dans un testicule.
- Une néoplasie testiculaire intraépithéliale (*testicular intraepithelial neoplasia* ou TIN): il s'agit de cellules germinales anormales, présentes avant la naissance, qui peuvent devenir cancéreuses à la puberté en raison de la poussée hormonale. Ces cellules se détectent facilement au microscope.
- La dysgénésie testiculaire: il s'agit d'un syndrome caractérisé par un trouble de la différenciation sexuelle (masculin/féminin). Il s'accompagne d'une malformation des voies génitales masculines (stades précurseurs des organes sexuels chez l'embryon) et des organes génitaux externes, ainsi que de testicules de petite taille, comme dans le cas du syndrome de Klinefelter notamment (déficit génétique de la fonction des glandes sexuelles).

- Une infertilité.
- Un cancer du testicule a déjà atteint un parent de premier degré (père, frère).

Personne ne peut influencer ces facteurs de risque.

Les facteurs sans risque

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

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

Dépistage

A en croire de nombreux médias ou internet, les hommes pourraient dépister eux-mêmes une éventuelle tumeur en palpant régulièrement leurs testicules. Cependant, même diagnostiquée à un stade très avancé, une tumeur du testicule a de bonnes chances de guérison. C'est pourquoi l'au-

topalpation fréquente n'entraîne pas pour autant d'amélioration notable du pronostic. Il n'existe pas d'étude à ce sujet, raison pour laquelle la Ligue contre le cancer ne la recommande pas de façon générale. L'essentiel à retenir ? Connaître les symptômes (voir ci-dessous) et consulter son médecin sans tarder en cas de modification. Sachez enfin que le traitement est souvent moins agressif lorsque les médecins détectent la tumeur à un stade précoce.

Symptômes possibles

Les premiers signaux se font généralement sentir à un stade précoce. Réagissez à temps : le plus tôt sera le mieux pour commencer votre traitement.

Symptômes précoces possibles :

- gonflement du testicule ou testicule plus volumineux (la plupart du temps indolore) ;
- durcissement à l'intérieur d'un testicule ou présence de nodules (généralement indolore) ;

- tiraillement, tension ou sensation de poids dans la région des testicules ou de l'aîne ;
- accumulation de liquide dans le scrotum ;
- région des testicules plus sensible au toucher ;
- gonflement de la glande mammaire (dû à la production d'hormones féminines par certaines tumeurs du testicule).

Autres symptômes

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

Ces autres symptômes peuvent déjà signaler l'atteinte de ganglions lymphatiques ou la formation de métastases, mais peuvent aussi être aussi causés par d'autres maladies ou s'avérer inoffensifs. Une « simple » inflammation nécessite malgré tout un rendez-vous chez le spécialiste et un traitement.

Modifications des testicules

Toute anomalie ou modification du testicule, même indolore, doit inciter à consulter un médecin. Ne retardez pas le moment de vous rendre chez un spécialiste et n'espérez pas que les symptômes disparaissent d'eux-mêmes.

Les études scientifiques montrent que les hommes ont souvent plus de scrupules à se rendre chez le médecin. Ils ont une certaine image d'eux-mêmes qui leur fait craindre de passer pour des « petites natures ». Il arrive aussi qu'ils soient gênés à l'idée de consulter parce qu'ils sont convaincus que leurs symptômes sont sans gravité.

Si quelque chose vous semble suspect ou différent, pensez à votre santé et surmontez vos réticences. Il ne faut pas attendre ou repousser le moment de consulter, car un rendez-vous représente le seul moyen de tirer la situation au clair et de savoir si vous avez besoin d'examens plus approfondis.

Examens et diagnostic

Premiers examens

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

Anamnèse et palpation

Le médecin pose des questions sur les symptômes et les possibles facteurs de risque. Ensuite, il palpe les testicules pour détecter d'éventuels nodules suspects. Il contrôle aussi les ganglions lymphatiques (y compris de la partie supérieure du corps) et/ou examine si les glandes mammaires sont enflées (voir «Symptômes» p. 17 et suiv.).

Echographie

En plus de la palpation, l'échographie représente l'autre examen principal pour décider s'il faut opérer afin d'établir un diagnostic: vous entendrez peut-être aussi le terme d'échographie scrotale (ou testiculaire). Elle nécessite une sonde de haute résolution et permet de visualiser l'intérieur du testicule au moyen d'ultrasons.

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

L'échographie permet aussi d'observer et d'évaluer de manière indirecte les modifications (de la taille) des ganglions lymphatiques et des organes internes et signaler la présence d'une tumeur maligne.

Examens complémentaires

La recherche des marqueurs tumoraux sériques

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

Les marqueurs caractéristiques d'un cancer du testicule sont:

- l'alpha-fœtoprotéine (AFP);
- la gonadotrophine chorionique humaine (B-HCG);
- la lactico-déshydrogénase (LDH).

Dans environ 90% de toutes les tumeurs testiculaires, on constate un taux élevé d'au moins un des marqueurs suivants: l'AFP ou la hCG. Une tumeur non séminomateuse s'accompagne quant à elle

d'une hausse des trois marqueurs chez 70% des hommes. Enfin, en cas de séminome (voir p. 14), environ 10% des hommes concernés présentent des taux élevés de gonadotrophine chorionique.

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

S'ils reviennent à des valeurs normales après l'opération, il y a de fortes chances que le chirurgien ait effectué une ablation complète

de la tumeur. Des taux demeurant élevés dans le sang trahissent en revanche la présence de métastases.

Examen histologique

Si les premiers examens effectués semblent indiquer un cancer du testicule, une biopsie s'avère indispensable pour confirmer ou infirmer de manière définitive le diagnostic.

Une intervention chirurgicale est nécessaire: le chirurgien accède au testicule suspect en pratiquant une incision dans l'aîne. Ensuite, il prélève un fragment de tissu, directement examiné en service de pathologie (les spécialistes parlent d'analyse extemporanée du tissu).

Important: sexualité et fertilité

Même si devenir père ne fait pas partie de vos projets immédiats, posez vos questions autour de la sexualité, de la fertilité et de la paternité avant une opération ou tout autre traitement. Votre médecin discutera de ces sujets en profondeur avec vous (voir aussi p. 24).

Spermogramme

Une tumeur du testicule peut diminuer la qualité du sperme. Le spermogramme est un examen qui analyse votre capacité de procréation: il consiste à déterminer le nombre de spermatozoïdes normalement formés et leur mobilité. S'ils sont aptes à procréer, une conservation de sperme est envisageable avant de commencer le traitement (voir p. 54).

Une biopsie de l'autre testicule est également recommandée en présence de certaines caractéristiques (notamment un volume inférieur à 12 ml, un patient âgé de moins de 35 ans et une cryptorchidie ou testicules non descendus, voir p. 15).

Des analyses du tissu prélevé permettront de déterminer le type de tumeur (tumeur séminomateuse ou non) et sa classification (voir chapitre suivant).

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

La plupart du temps, le chirurgien opère directement à la suite de la biopsie (voir p. 29 et suiv.).

La tomographie assistée par ordinateur (CT)

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

Cet examen met en évidence les ganglions lymphatiques agrandis par la tumeur dans les régions thoracique, abdominale, pelvienne. Il peut aussi détecter la présence de métastases dans d'autres organes.

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

Stades de la maladie

La classification TNM¹

Les différents examens permettent d'évaluer l'extension de la tumeur. On parle de classification ou de stadification (staging). Ce système permet d'adopter le meilleur traitement possible, il s'agit donc d'une étape importante. La classification internationale TNM aide à déterminer le stade de la maladie.

¹TNM, 2010, Classification des tumeurs malignes, 7^e édition, sous la direction de Leslie Sobin, Mary Gospodarowicz, Christian Wittekind, pp. 230–233, Cassini, Paris.

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

Le « p » apposé au « T » indique qu'un anatomopathologiste a évalué la tumeur primaire et son extension après l'orchidectomie (voir p. 29).

pTX Impossible d'évaluer la tumeur primaire.

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

pTis Carcinome in situ (ancien terme) ou néoplasie germinale intraépithéliale (TIN) : forme précoce d'une tumeur (voir « Facteurs de risque », pp. 15 et suiv.).

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

pT2 Tumeur limitée au testicule et à l'épididyme, avec propagation aux vaisseaux sanguins et lymphatiques ou à la couche enveloppant le testicule.

pT3 La tumeur envahit le cordon spermatique.

pT4 La tumeur envahit le scrotum.

N Le N (*node* en anglais) représente les ganglions lymphatiques: il indique le degré d'atteinte des ganglions lymphatiques avoisinants (régionaux) dans la région postérieure de l'abdomen ou rétropéritoine.

NX Impossible d'évaluer les ganglions lymphatiques régionaux.

N0 Métastases indétectables dans les ganglions lymphatiques régionaux.

N1 Métastases ganglionnaires de 2 cm au maximum.

N2 Métastases ganglionnaires mesurant entre 2 et 5 cm au maximum.

N3 Métastases ganglionnaires mesurant plus de 5 cm.

M Le M désigne la formation de métastases dans d'autres organes. On les appelle aussi métastases à distance.

M0 Pas de métastases à distance détectables.

M1 Métastases à distance (cage thoracique, cou) ou

M1a atteinte des poumons ou

M1b métastases à distance dans d'autres organes (foie, cerveau, os).

La classification S

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

le traitement. Leurs taux sont soumis à des contrôles réguliers, car ils peuvent changer après l'opération ou d'autres traitements (voir p. 19).

Marqueurs tumoraux sériques

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

SX Le dosage des marqueurs est indisponible ou non effectué.

S0 Les marqueurs se situent dans les valeurs normales.

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

Marqueurs tumoraux sériques : résultats des analyses

	LDH (U/l)	β hCG (mUI/ml)	AFP (ng/ml)
S1	Jusqu'à plus d'1,5 fois au-dessus de la valeur normale du taux	et < 5 000	et < 1 000
S2	1,5 à 10 fois la normale du taux	ou 5 000 à 50 000	ou 1 000 à 10 000
S3	Plus de 10 fois la normale du taux	ou > 50 000	ou > 10 000

Classification par stades

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

En fonction d'autres facteurs à prendre en considération, ils se subdivisent à leur tour en plusieurs sous-stades: leur rôle est important, tant pour le choix du traitement que pour le pronostic.

Votre médecin vous en fournira les détails.

Stade 0

- Extension de la tumeur:
 - forme précoce de la tumeur (pTis).
- Pas de signes de métastases des ganglions lymphatiques (N0) ou de tout autre type de métastases (M0).
- Les taux des marqueurs tumoraux sériques sont soit bas (S0), soit indisponibles (SX).

Stade I

- Extension de la tumeur:
 - Forme tumorale précoce (pTis), aucun signe d'une tumeur primaire, par exemple à proximité du tissu cicatriciel (pT0) ou impossible à évaluer (pTX), mais marqueurs tumoraux sériques élevés (S1, S2, S3).
 - Extension locale (pT1 à pT4), les taux des marqueurs tumoraux sériques peuvent être élevés (S0, S1, S2, S3) ou n'ont pas été réalisés (SX).
- Ni métastases ganglionnaires lymphatiques (N0), ni autre type de métastases disponible (M0).

Stade II

- Extension de la tumeur: forme précoce de la tumeur (pTis), aucun signe de tumeur primaire, à proximité par exemple de la lésion cicatricielle (pT0), ou tumeur primaire impossible à évaluer (pTX). Extension locale (pT1 à pT4).

De bonnes chances de guérison

Les chances de guérison en cas de cancer du testicule sont bonnes, quel que soit le stade de la tumeur. Le traitement s'avère cependant moins agressif à un stade précoce, et la probabilité d'une récurrence moindre.



- Atteinte d'un ou de plusieurs ganglions lymphatiques (N1, N2, N3), mais pas d'autre type de métastases (M0).
- Il est possible que les marqueurs tumoraux sériques présentent des taux élevés (S0, S1, S2, S3) ou alors ils sont indisponibles (SX).

Stade III

- Extension de la tumeur: forme précoce de la tumeur (pTis), aucun signe de tumeur primaire, par exemple à proximité de la lésion cicatricielle (pT0) ou tumeur primaire impossible à évaluer (pTX). Extension locale (pT1 à pT4).
- Présence de métastases ganglionnaires lymphatiques (N1, N2, N3) et/ou métastases d'une autre nature.
- Les valeurs des marqueurs tumoraux sériques peuvent être élevées (S0, S1, S2, S3) ou indisponibles (SX).
- Il est possible que les marqueurs tumoraux sériques présentent des taux élevés (S0, S2, S3) ou soient indisponibles (SX).

Différenciation des cellules cancéreuses: grades de la tumeur

Une étape complémentaire à la classification TNM consiste à examiner des tissus cancéreux. L'analyse de ces prélèvements déter-

mine le grade de la tumeur, à savoir son degré d'agressivité (de l'anglais grading, d'où la lettre G plus bas). Elle permet de prévoir sa possible évolution et de proposer le traitement le plus adapté à votre cas.

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.

Les grades de différenciation sont classés selon un système de points allant de 1 à 3:

- G1** Les cellules cancéreuses ressemblent encore fortement aux saines.
- G2** Les cellules cancéreuses ressemblent encore un peu aux saines.
- G3** Les cellules cancéreuses ne ressemblent presque plus aux cellules saines et se divisent de manière plus rapide (agressive) que les G1 et G2.

Si le spécialiste ne pratique pas de biopsie, les tissus cancéreux sont analysés à l'issue de l'opération.

Classification de Lugano

Employée en complément à la classification TNM et à la différenciation cellulaire, la classification de Lugano regroupe les stades afin d'aider l'équipe soignante dans son choix du traitement.

Classification de Lugano

Stade I	Le cancer se limite au testicule.
Stade II	Les ganglions lymphatiques situés en dessous du péritoine sont atteints : <ul style="list-style-type: none">• N1 : ganglions lymphatiques dans la cavité abdominale < 2 cm• N2 : ganglions lymphatiques dans la cavité abdominale 2–5 cm• N3 : ganglions lymphatiques dans la cavité abdominale ≥ 5 cm
Stade III	Les ganglions lymphatiques au-dessus du péritoine sont touchés par des métastases, ou celles-ci ont atteint d'autres organes. <ul style="list-style-type: none">• M1a : métastases dans les ganglions lymphatiques du cou ou dans la couche conjonctive de la cage thoracique ou dans le poumon• M1b : métastases localisées dans d'autres organes que le poumon.

Reclassification

La reclassification (*restaging* en anglais) consiste à réévaluer le stade de la maladie pendant et après le traitement en tenant compte de l'efficacité du traitement en cours.

Options thérapeutiques

Ce chapitre fournit un aperçu des traitements possibles du cancer du testicule. Reportez-vous à la p. 39 pour vous informer sur la thérapie optimale en fonction de votre diagnostic.

Les principales options thérapeutiques

Les médecins prescrivent surtout :

- l'ablation du testicule (orchidectomie) ;
- la surveillance active ;
- la lymphadénectomie rétro-péritonéale qui consiste à retirer des ganglions lymphatiques de la partie arrière de l'abdomen ;
- les traitements médicamenteux comme la chimiothérapie ;
- la radiothérapie.

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

Ablation du testicule ou orchidectomie

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

matique. Les spécialistes parlent d'orchidectomie *inguinale*. Il comprime également les vaisseaux en vue d'empêcher les cellules cancéreuses de s'introduire dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques.

L'analyse du tissu prélevé par un médecin spécialisé en pathologie révèle ensuite de quel type de tumeur il s'agit (tumeur séminomateuse ou non, voir p. 14). En règle générale, il faut quelques jours pour obtenir les résultats.

Parfois, il est possible de déterminer à l'œil nu si une tumeur est maligne ou pas. Si le doute subsiste, le tissu est analysé *pendant* l'opération. On parle alors d'examen histologique *extemporané*. Si la tumeur est bénigne, le chirurgien n'enlève en général que la tumeur, puis il remet le testicule en place.

Parfois aussi, le chirurgien prélève pendant l'opération un petit fragment de tissu sur l'autre testicule, pour déceler d'éventuelles lésions précancéreuses (TIN, voir p. 16).

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

testostérone en quantité suffisante (voir aussi p. 53).

L'anatomopathologiste analyse le prélèvement et définit la nature du tissu (séminome et tumeur non séminomateuse, voir pp. 47 et suiv.). En général, le patient obtient les résultats au bout de quelques jours.

Surveillance active

La surveillance active ne concerne que les personnes présentant une tumeur à un stade précoce, limitée au testicule (stade 0), et dont on juge le risque de métastases à distance et d'atteinte d'un ganglion lymphatique minime. Elle est recommandée à la place de la radiothérapie.

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

A des stades plus avancés de la maladie, le patient peut aussi opter pour la surveillance active et décider de ne reprendre un traitement qu'en présence d'une récurrence ou de métastases. Cette méthode exige d'effectuer des contrôles réguliers chez le médecin pendant plusieurs années.

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

- Dans un premier temps, elle s'épargne les effets secondaires et les contraintes d'un traitement.
- Elle doit se soumettre à des contrôles médicaux réguliers (tomographie assistée par ordinateur, tests sanguins, etc.) pour parer à temps à une éventuelle progression de la maladie et pouvoir la traiter.
- Avoir l'impression de ne pas entreprendre « le maximum » contre la maladie.

Évaluez avec votre médecin les avantages et les inconvénients de cette stratégie.

La surveillance active est-elle envisageable dans votre cas ? Avez-vous des doutes sur la décision à prendre ? Le tableau ci-contre peut vous guider dans votre réflexion ou vous aider à discuter des avantages et des inconvénients avec votre médecin. Si vous vous décidez ensemble pour une surveillance active, respectez scrupuleusement les rendez-vous fixés pour vos contrôles, même si vous ne constatez aucun trouble.

Pour

- Je ne ressens aucun trouble, raison pour laquelle je renonce à suivre un traitement aussi longtemps que possible.
- Je ne veux pas subir les inconvénients d'une thérapie et ses possibles effets indésirables.
- Je suis prêt à me soumettre à des contrôles réguliers chez le médecin.
- Je vis bien le fait de ne pas suivre de traitement pour le moment.
- Je peux commencer à tout moment un traitement.
- Je suis les recommandations de mon médecin.

Contre

- Je souhaite suivre un traitement anticancéreux, car je vis mal l'idée de savoir qu'une tumeur grandit dans mon organisme sans entreprendre quoi que ce soit.
- Dans la mesure du possible, je souhaite continuer à vivre sans cancer, raison pour laquelle je me décide pour un traitement.
- Je ne veux pas me soumettre aux contrôles médicaux, aux examens, et devoir à chaque fois attendre dans l'angoisse les résultats.
- Je ne supporte pas le poids psychique de l'attente.
- Je veux épuiser sans attendre toutes les options thérapeutiques qui s'offrent à moi. J'assume les effets indésirables possibles qui y sont liés.
- Je suis les recommandations de mon médecin.

Ablation de ganglions lymphatiques **(curage rétropéritonéal)**

Après l'orchidectomie, selon la situation, sur la base des résultats obtenus lors des examens d'imagerie médicale (voir pp. 19 et suiv.) et d'autres facteurs, il peut arriver que l'ablation de certains ganglions s'avère nécessaire dans le rétropéritoine (région à l'arrière de l'abdomen). Cette opération s'appelle lymphadénectomie rétropéritonéale.

Une lymphadénectomie rétropéritonéale se pratique :

- en présence de tumeurs non séminomateuses lorsqu'une surveillance active ou une chimiothérapie ne peuvent être appliquées ;
- en présence d'un tératome, une tumeur testiculaire rare ;
- à l'issue d'une chimiothérapie, si des résidus tumoraux subsistent dans le tissu ganglionnaire, il est possible de devoir opérer à nouveau pour les retirer (résection tumorale résiduelle).

L'ampleur de l'opération dépendra du stade de la maladie. Le chirurgien effectue une opération abdominale. La laparoscopie est rare et se pratique uniquement dans des centres spécialisés.

Suites possibles de l'opération

Une opération qui préserve les nerfs est aujourd'hui standard. Environ 95 % des opérations se déroulent sans endommager les nerfs impliqués dans l'éjaculation.

Malgré l'usage de techniques de pointe, dans 5 % des cas, le curage rétropéritonéal endommage ou coupe des nerfs qui commandent l'éjaculation, entraînant par la suite une éjaculation rétrograde : ce phénomène désigne l'émission du sperme dans la vessie, et limite la capacité de procréation. Important : la capacité orgasmique persiste car elle est indépendante de l'éjaculation.

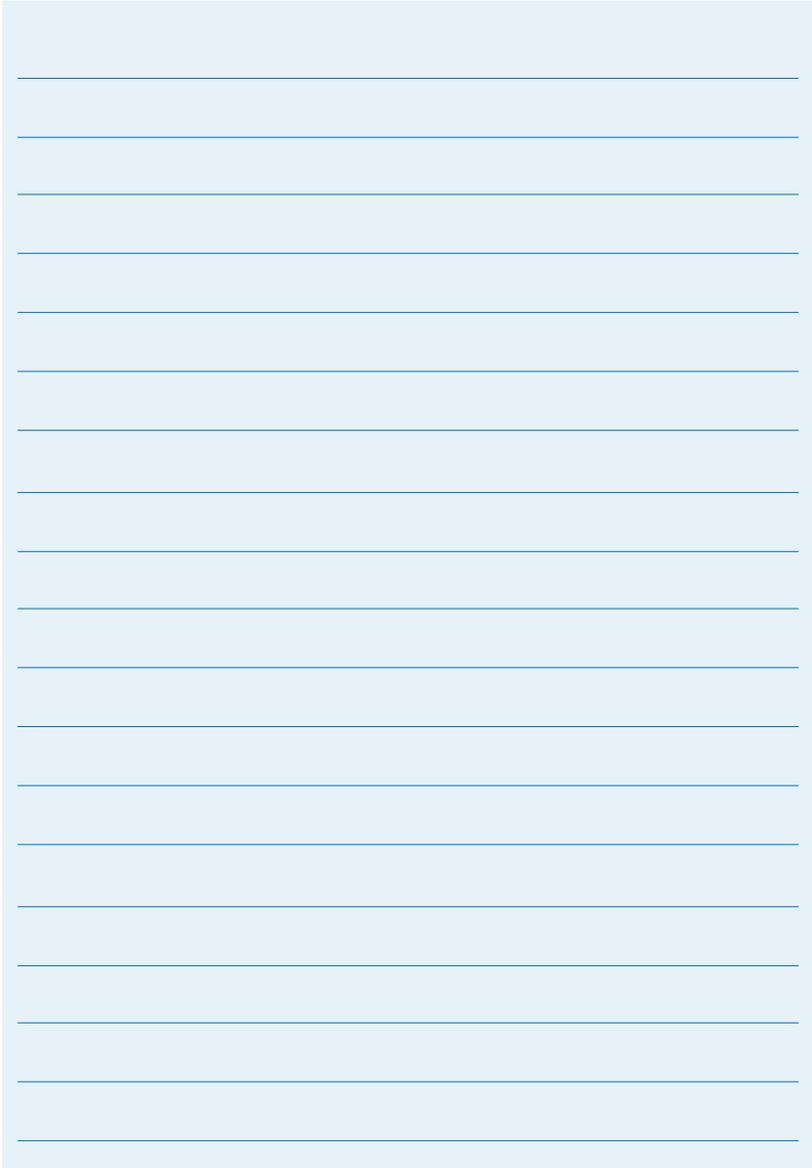
Traitements médicamenteux

La chimiothérapie à base de cytostatiques

Une chimiothérapie est un traitement médicamenteux qui endommage les cellules cancéreuses ou bloquent leur croissance. On appelle ces médicaments cytostatiques. A l'inverse de la radiothérapie qui agit localement, les cytostatiques se dispersent dans différentes régions de l'organisme, raison pour laquelle on parle d'action « systémique ».

Ils empêchent les cellules cancéreuses à croissance rapide de se

Mes notes



A large light blue rectangular area containing horizontal blue lines, intended for taking notes.



diviser et donc de se multiplier. Après une opération, des restes possibles de tumeur sont ainsi éliminés, ou ils rétrécissent et la croissance de métastases est freinée.

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, la plupart du temps, se rétablir, de telle sorte que les effets indésirables disparaissent après le traitement.

Une grande variété de médicaments

Le choix des cytostatiques – il en existe plus de 100 – dépend du cancer à traiter. Pour soigner un cancer du testicule, les médecins combinent souvent plusieurs médicaments. En fonction de l'évaluation du risque, il faudra entreprendre soit une monochimiothérapie, basée sur une seule substance active (dans le cas présent le cisplatine), soit

une polychimiothérapie associant jusqu'à trois substances différentes.

Dans la plupart des cas, une chimiothérapie adjuvante est prescrite après l'orchidectomie (voir p. 29). En revanche, si des métastases sont présentes dans d'autres organes, une chimiothérapie s'impose avant l'orchidectomie: on parle alors de chimiothérapie néoadjuvante. Elle vise à détruire immédiatement un maximum de cellules cancéreuses.

Les cytostatiques s'administrent par voie intraveineuse, généralement pendant plusieurs mois et en plusieurs cycles entrecoupés de pauses pour permettre aux organes sains de se régénérer. En fonction de la durée du traitement, il existe différents dispositifs: une canule posée sur le bras, et parfois, lorsque le traitement est plus long, un port-à-cath. Il s'agit d'un réservoir placé sous la peau et relié à un tuyau fin (cathéter), que l'équipe soignante pique de l'extérieur. Un cathéter par voie péripéritonéale représente une autre possibilité. Ces instruments présentent plusieurs avantages: ils ménagent les parois artérielles, peuvent rester longtemps dans l'organisme, ils sont introduits dans un gros vaisseau sanguin et évitent ainsi de devoir rechercher un accès veineux à chaque fois.

Les médicaments d'accompagnement

Votre médecin peut vous prescrire des médicaments ou des thérapies d'accompagnement – parfois même à titre préventif – pour vous aider à lutter contre des symptômes liés à la maladie et aux traitements comme les nausées, les vomissements, la diarrhée, la constipation, la fièvre, les infections, les difficultés respiratoires, douleurs et des variations des valeurs sanguines pathologiques :

- médicaments contre les nausées et les vomissements (antiémétiques);
- antidiarrhéiques ou laxatifs;
- antipyrétique;
- bains de bouche ou sprays en cas de plaie ouverte dans la bouche et larynx;
- antibiotiques contre les infections bactériennes;
- antimycosiques contre les affections provoquées par des champignons;
- analgésiques (voir aussi la brochure « Les douleurs liées au cancer et leurs traitements » p. 66);
- transfusions sanguines ou médicaments comme l'érythropoïétine en cas d'anémie ou transfusions de plaquettes sanguines lors de risque d'hémorragie;
- en cas de taux de globules blancs trop bas, prescription de médicaments favorisant leur formation; mesures de soutien du système immunitaire (hygiène, médicaments) lors de fortes baisse du taux de globules blancs;
- biophosphonates contre l'ostéoporose;
- préparations à base de cortisone, notamment pour prévenir des réactions allergiques et les nausées pour traiter des troubles de différente nature.

Effets indésirables possibles

- Anémie (pâleur, fatigue, baisse de la vitalité, augmentation du risque d'infection et d'hémorragie);
- Nausée, troubles gastro-intestinaux;
- Production et qualité du sperme réduite;
- Perte de cheveux;
- Inflammation des muqueuses buccales;
- Troubles auditifs (acouphènes);
- Troubles fonctionnels des reins (insuffisance rénale);
- Troubles de la circulation sanguine parfois douloureux aux doigts et orteils (syndrome de Raynaud).

La chimiothérapie à haute dose

La chimiothérapie à haute dose entre en ligne de compte à un stade très avancé de la maladie ou lorsqu'une dose normale ne permet pas d'éliminer les cellules cancéreuses. (Ce traitement consiste à augmenter nettement la dose habituelle.)

La chimiothérapie à haute dose s'administre dans des services spécialisés et implique une hospi-

talisation. Les personnes concernées et leurs proches y recevront tous les renseignements nécessaires sur les avantages et les inconvénients de ce type de traitement.

Radiothérapie

La radiothérapie endommage avant tout les cellules cancéreuses qui, ne pouvant plus se diviser et se multiplier, finissent par disparaître. Avant le premier rendez-vous, le médecin réalise une tomographie assistée par ordinateur. Il en résulte une image en trois dimensions du testicule et de son environnement. Cette étape permet de déterminer le volume exact vers lequel diriger les rayons et la position couchée optimale pendant les séances. A ce moment un marquage en couleur est effectué sur la peau. On délimite ainsi exactement. Il est possible d'apposer des marques en couleur sur la peau. Il calcule également les doses de rayons et les zones où elles doivent agir. Ce travail en amont permet de ménager au maximum les organes environnants.

Pour en savoir plus

La publication « Les traitements médicamenteux des cancers » traite plus en détail des différentes thérapies, des modes d'administration de celles-ci et des effets secondaires des cytostatiques (voir p. 66).

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

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

liminaire et la préparation nécessitent en revanche davantage de temps.

Effets indésirables possibles

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

Vous pouvez également vous reporter aux généralités à partir de la page 39.

Radiothérapie : seulement en cas de séminome

La radiothérapie est administrée en cas de séminome seulement, elle est exceptionnelle dans le traitement des tumeurs non séminomateuses.

Pour en savoir plus

« La radiothérapie » est une brochure qui vous fournit des informations plus détaillées sur le traitement et les moyens de mieux tolérer les effets indésirables (voir p. 66).

Traitement selon la tumeur du testicule

Le choix du traitement dépend du stade de la tumeur (voir stades de la maladie p. 21), de son agressivité et de son étendue. Les questions suivantes aident votre médecin à effectuer une évaluation menant à une recommandation de traitement :

- La tumeur se limite-t-elle à un testicule ?
- Les ganglions lymphatiques sont-ils atteints ?
- constate-t-on la présence de métastases dans d'autres organes ?
- Une opération permet-elle d'enlever la tumeur ?
- Quelles sont les caractéristiques des tissus cancéreux prélevés lors de la biopsie ou de l'opération ?

Par ailleurs, lors de la planification du traitement, les médecins tiennent compte de l'état de santé général du patient, de l'âge et de sa sensibilité personnelle en matière de qualité de vie.

Planification du traitement

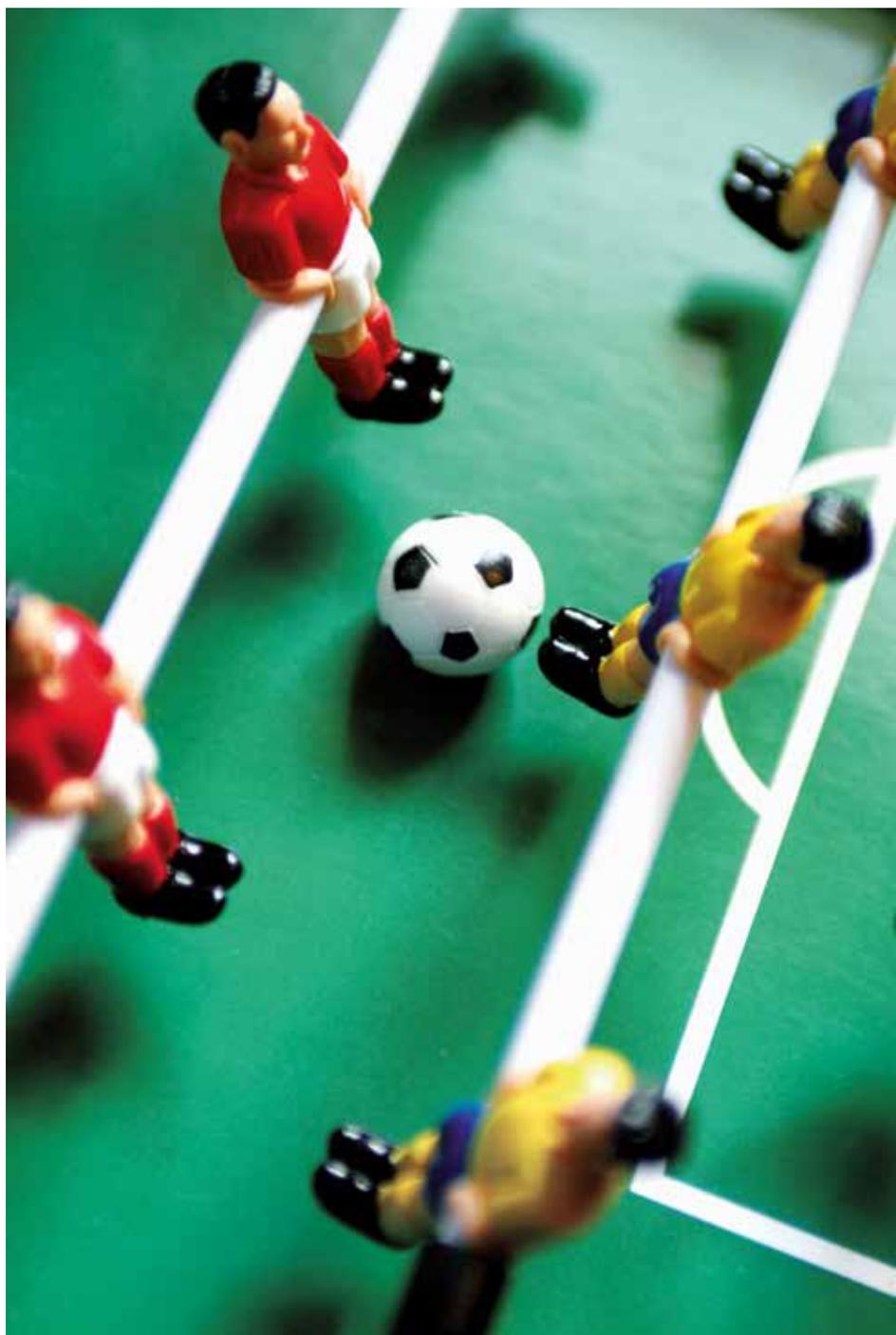
Il peut s'écouler quelques jours, voire quelques semaines avant de réunir tous les résultats. Plus vous en avez, plus votre traitement est planifié sur mesure. Cette période demande toutefois beaucoup de patience.

Le traitement est planifié et surveillé 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.

Voici les principaux spécialistes qui interviennent en cas de cancer du testicule :

Les médecins impliqués au premier chef dans le traitement du cancer du testicule est :

- l'oncologue, spécialiste des traitements médicamenteux, des soins de soutien, de la coordination du traitement, et du suivi instauré après le traitement ;
- l'anatomopathologiste examine les tissus prélevés ;
- le psycho-oncologue aide à gérer les répercussions morales de la maladie et à améliorer la qualité de vie. Il prodigue des conseils psychologiques ou oriente vers des thérapies données par des professionnels spécialisés dans le soutien aux personnes atteintes d'un cancer ;
- le radiologue ou spécialiste en médecine nucléaire, expert en techniques d'imagerie médicale en vue de poser un



diagnostic et décider du traitement approprié ;

- le radio-oncologue, spécialiste en radiothérapie ;
- l'urologue, spécialisé dans la chirurgie et les traitements des maladies des organes sexuels masculins et liés aux voies urinaires.
- Le chirurgien viscéral, intervenant dans le domaine des organes digestifs/viscères.
- Le généticien examine et détecte les prédispositions héréditaires du patient.

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 qu'aucune métastase n'est détectée.

La résection complète de tous les tissus atteints ne garantit toutefois pas la guérison, une rémission ou l'absence de récurrence.

Lorsque le stade de la maladie est avancé, une thérapie médicamenteuse préopératoire est envisagée.

Palliatif

On parle de soins palliatifs quand les médecins s'efforcent de ralentir l'évolution de la maladie parce que les chances de guérison sont faibles. Il est parfois possible de contenir la maladie pendant un certain temps, voire des années. La qualité de vie représente l'objectif prioritaire. Des soins médicaux, infirmiers, un accompagnement psychologique et un soutien spirituel peuvent atténuer des symptômes de la maladie et des troubles comme les douleurs, l'angoisse, la fatigue, des crises d'épilepsie ou des troubles fonctionnels.

Dans cette situation, peut-être avec l'aide d'un psycho-oncologue, réfléchissez à votre définition personnelle de la qualité de vie. Parlez-en aussi aux soignants et à l'équipe médicale. Ainsi les mesures à adopter tiendront compte de vos préférences et priorités.

Traitement néoadjuvant ou préopératoire

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

Lors d'une tumeur au testicule et en présence de métastases, une chimiothérapie sera administrée avant l'orchidectomie.

Traitement adjuvant

Ce traitement s'administre après l'opération, afin d'éliminer d'éventuelles cellules malignes résiduelles ou des micro métastases. Il permet de diminuer le risque de récurrence et dans la plupart des cas, il freine la progression de la maladie.

Objectifs thérapeutiques

Allez-vous suivre un traitement curatif ou palliatif? Avant de commencer le traitement, discutez des objectifs poursuivis avec votre médecin. Au cours de la thérapie, ils sont réexaminés et adaptés en fonction de l'efficacité du traitement et à la situation personnelle du patient. Ces changements s'effectuent toujours en concertation avec la personne malade.

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 penser à tout au moment du rendez-vous. Il est recommandé d'être accompagné par un proche ou une personne de confiance.

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

Peut-être allez-vous également ressentir le besoin de consulter un psycho-oncologue: 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. 63).

La décision vous revient

Nous vous recommandons de discuter des options thérapeutiques avec chaque spécialiste. Dans certains centres de traitement ou hôpitaux, ce processus est coordonné par un spécialiste 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 l'accepter ou de le refuser, il est important que vous compreniez les enjeux (buts recherchés, conséquences, effets secondaires) d'un traitement proposé.

Vous avez le droit de le refuser. Demandez au médecin de vous expliquer comment évolue la maladie sans thérapie.

Enfin, 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.

Traitement d'une tumeur bénigne

En procédant à une incision dans l'aine, le chirurgien dégage/extirpe le testicule suspect, puis il pèle la tumeur hors du tissu testiculaire. Il remet ensuite le testicule à sa place. Les spécialistes parlent d'*énucléation* de la tumeur.

Osez poser des questions

- Que puis-je attendre du traitement ? Ai-je des chances de guérir ? 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 du cancer du testicule ? Combien de tumeurs du testicule les chirurgiens ont-ils déjà opérées ? Ces questions sont importantes, car l'expérience de l'équipe soignante et médicale impliquée dans votre prise en charge peut exercer une grande influence sur l'évolution de la maladie et la qualité de vie de la personne touchée.
- Quel sera mon aspect physique après l'opération ? Vais-je perdre un testicule ? Pourrait-il être remplacé par une prothèse ?
- Des complications peuvent-elles se produire lors de l'opération ?

Osez poser des questions

- A quels risques ou effets indésirables dois-je me préparer ? Sont-ils transitoires ou définitifs ? Comment puis-je y faire face ?
- Le traitement entrave-t-il certaines fonctions de l'organisme ? Pourrais-je uriner par voie normale après le traitement ?
- Quelle influence aura le traitement sur ma fertilité et ma sexualité ?
- Quelles répercussions la maladie et le traitement auront-ils sur mon quotidien, mon entourage, mon aptitude à travailler et mon bien-être ?
- Si je renonce à certains traitements, quelles seront les conséquences sur mon espérance et ma qualité de vie ?
- Existe-t-il d'autres options ?
- Quels seront les traitements ultérieurs ?
- 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 ou après le traitement?



Traitement des séminomes

Stade de la maladie, valeurs des marqueurs tumoraux et autres facteurs découlant des examens déterminent le choix du traitement administré. Les facteurs varient d'un individu à l'autre, raison pour laquelle nous vous donnons ci-après un aperçu général du déroulement de chaque thérapie. Vous discuterez des détails avec votre médecin.

Stade 0

Si des analyses de fertilité révèlent qu'un testicule est atteint d'une TIN (voir p. 16) et l'autre présente un aspect atrophié, il est possible d'ôter le testicule touché ou de l'irradier.

Une radiothérapie est une option en cas de forme précoce, à savoir un testicule atteint d'un cancer et l'autre d'une TIN. La surveillance active est exceptionnelle.

Stade I

La première étape consiste en une orchidectomie du testicule touché. A l'issue de cette opération, il est possible au stade I de renoncer à un traitement adjuvant jusqu'à nouvel ordre. Des contrôles fréquents et réguliers sont toutefois indispensables (surveillance active).

Si des cellules cancéreuses réapparaissent, alors le médecin décide d'administrer un traitement. Ce procédé thérapeutique offre les mêmes chances de guérison qu'un traitement immédiat. Ce motif explique la préférence des spécialistes pour la surveillance active.

S'il existe des facteurs de risque tels qu'une tumeur de plus de 4 cm ou l'infiltration dans le rete testis (voir schéma pp. 12 et 13), les spécialistes recommandent une monochimiothérapie (soit un seul cytotatique).

Ce traitement vise à détruire des cellules cancéreuses indétectables (occultes) et à prévenir une récurrence. Si elle se produit, la chimiothérapie et la radiothérapie offrent de bonnes chances de guérison.

Stades II et III

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

La polychimiothérapie constitue également le traitement de choix en cas d'atteinte des ganglions



lymphatiques hors de l'abdomen et/ou si des métastases se sont formées dans d'autres organes.

Généralement, le patient suit une chimiothérapie en cas de récurrence. Au terme du traitement et dans la mesure du possible, un chirurgien retire d'éventuels résidus tumoraux. En cas de récurrences successives, une chimiothérapie à forte dose peut également s'envisager dans le cadre d'une étude clinique.

Traitement des tumeurs non séminomateuses

Le traitement est choisi en fonction du stade de la maladie, les valeurs des marqueurs tumoraux sériques et d'autres facteurs découlant des résultats d'examen.

Les facteurs à prendre en compte dépendent de chaque patient. Vous trouverez donc ci-après comment le traitement se déroule de façon générale. Vous passerez en revue les détails avec votre médecin.

Stade 0

Si des analyses de fertilité du patient révèlent qu'un testicule est atteint d'une TIN et l'autre présente un aspect atrophié, il est possible d'ôter le testicule atteint ou de l'irradier.

La radiothérapie est une option en cas de forme précoce, à savoir un testicule atteint d'un cancer et l'autre d'une TIN. La surveillance active est exceptionnelle.

Stade I

En règle générale, la première étape consiste à enlever le testicule malade (voir «Orchidectomie» p. 29 et suiv.).

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

La surveillance active est surtout indiquée lorsque la tumeur se limite au testicule et à l'épididyme, et qu'elle n'a pas encore envahi de vaisseaux sanguins ou lymphatiques.

Si des cellules tumorales se manifestent à nouveau, alors le médecin prescrira un traitement.

En cas de tumeur non séminomateuse, il existe un risque élevé (environ 30 %) d'infiltration des ganglions lymphatiques régionaux dans l'abdomen, sans que l'on puisse la détecter dans un premier temps. Ce risque varie d'un patient à l'autre. Pour cette raison, on l'évalue de manière indi-

viduelle, sur la base de facteurs de risque déterminés.

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

Dans certains cas exceptionnels, notamment si un patient refuse dans un premier temps une chimiothérapie ou une surveillance active, l'autre option éventuelle consiste à opérer pour retirer les ganglions lymphatiques régionaux (curage rétropéritonéal).

Si l'analyse du prélèvement révèle l'envahissement des ganglions lymphatiques par des cellules cancéreuses, la chimiothérapie représente la seule option possible.

Stade II et III

A l'issue de l'orchidectomie, Si les marqueurs tumoraux sont élevés au moment de poser le diagnostic (voir p. 19), à l'issue de l'orchidectomie, on procède à une polychimiothérapie composée de deux à trois substances.

S'il reste du tissu ganglionnaire atteint au terme de ce traitement, il faut opérer à nouveau pour le retirer complètement (curage rétropéritonéal post-chimiothérapie). Le

curage est aussi possible si le patient refuse la chimiothérapie.

Si les marqueurs tumoraux sériques n'augmentent pas, le patient peut opter pour une surveillance active. Un autre choix consiste à prélever certains groupes de ganglions lymphatiques à l'arrière de la cavité abdominale en vue de rechercher d'éventuelles cellules cancéreuses (les spécialistes emploient le terme de *lymphadénectomie rétropéritonéale à visée diagnostique*).

Si lors du diagnostic on constate déjà la présence de cellules cancéreuses dans les ganglions lymphatiques extra-abdominaux et/ou de métastases dans d'autres organes, une polychimiothérapie (trois cytostatiques différents) est envisagée avant d'opérer. Une chimiothérapie intensive s'impose seulement pour traiter certains types de récidence.

Traitement 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 (par ex. survie prolongée, ralentissement de la progression de la maladie, meilleure qualité de vie) l'état de santé

de la personne traitée. Dans différentes études scientifiques les nouvelles thérapies sont testées pour infirmer ou confirmer le bénéfice qu'elles apportent par rapport aux thérapies déjà existantes.

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 de participer à une telle étude dans le cadre de votre traitement. Toutefois, seul un entretien avec votre médecin permettra de cerner les avantages et 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'aura aucune répercussion négative 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» (voir p. 67).

Faire face aux effets indésirables

Chaque option thérapeutique – opération, radiothérapie et traitements médicamenteux – se distingue par leur action et leurs effets indésirables. Nous les décrivons en détail à partir de la page 29.

La survenue ou non d'effets indésirables et leur importance varient beaucoup d'un individu à l'autre. Certains d'entre eux se manifestent en cours de traitement puis s'atténuent. D'autres apparaissent une fois le traitement achevé.

Quelques effets indésirables comme les inflammations, infections, troubles neurologiques ou réactions cutanées surviennent en lien avec des thérapies spécifiques. Il est donc probable qu'ils ne vous concernent jamais.

Indispensable : être informé

L'équipe responsable de votre prise en charge a l'obligation de vous renseigner en détail. Les patients reçoivent souvent une feuille d'informations où vous pourrez consulter l'essentiel sur votre médication, les effets secondaires possibles et les moyens d'y faire face.

Des médicaments ou des soins médicaux permettent aujourd'hui d'en atténuer une grande partie (voir « Médicaments d'accompa-

gnement », p. 36). Les effets indésirables diminuent progressivement au cours des jours, semaines ou mois qui suivent. Il est essentiel que vous informiez votre équipe médicale et soignante de vos symptômes afin qu'elle puisse mettre en place les mesures nécessaires. Il est important de peser les avantages et les inconvénients de l'efficacité attendue du traitement, surtout à un stade avancé de la maladie.

Important

- Beaucoup d'effets indésirables, notamment les douleurs et les nausées, sont prévisibles. Pour les atténuer, vous recevrez certains médicaments d'accompagnement à l'avance (voir p. 36). Veillez à bien respecter la prescription.
- Avant d'utiliser certains produits de votre propre initiative, consultez toujours votre équipe soignante d'abord. Cette recommandation vaut également pour les onguents, lotions ou médicaments de médecine complémentaire, car un produit « naturel » qui vous paraît inoffensif peut en réalité interférer avec votre traitement et s'avérer contre-indiqué. L'équipe soignante se tient à disposition pour vous informer au sujet des médecines complémentaires existantes.

De nombreuses brochures de la Ligue contre le cancer décrivent les traitements actuels ainsi que les effets de la maladie et du traitement. Vous y trouverez des conseils pour mieux les affronter (voir p. 66).

Répercussions sur la sexualité et la fertilité

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

Dans la majorité des cas, il est nécessaire d'enlever le testicule malade. Vous conservez cependant votre puissance sexuelle, continuez à avoir des érections et des orgasmes. Si l'autre testicule est sain, votre capacité à procréer demeure intacte.

Diminution de la fertilité

Pour des raisons encore obscures, un homme sur deux atteint d'une tumeur souffre d'une diminution de la formation de sperme dans le testicule sain au moment du diagnostic, entraînant une fertilité réduite.

Si le chirurgien doit retirer des ganglions lymphatiques, il est possible que des nerfs responsables de l'éjaculation soient abîmés au cours de l'intervention (voir p. 32, «L'ablation de ganglions lymphatiques ou curage rétro-péritonéal»).

Une radiothérapie peut entraîner un taux de testostérone bas dans le sang, dont il faut ensuite compenser le déficit à vie.

Contraception indispensable

La chimiothérapie et la radiothérapie parfois aussi ont un effet défavorable sur la production et la qualité des spermatozoïdes pendant un certain temps (des mois voire des années durant). Pour cette raison, pendant le traitement et une certaine période au-delà, l'usage d'un contraceptif par les deux partenaires s'impose pour éviter une malformation du fœtus.

En règle générale, il est ensuite à nouveau possible de concevoir un enfant. Un spermogramme permet de le déterminer (voir p. 20). Un point fait toute la différence pour l'homme concerné : une fertilité normale avant de tomber malade.

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

Il est impossible de prévoir à coup sûr l'évolution de la maladie et le processus de guérison. Pour cette raison, même si la question des enfants vous paraît secondaire ou que vous avez de très bonnes chances de préserver votre fertilité, les spécialistes recommandent malgré tout de procéder à la conservation de spermatozoïdes.

La conservation de spermatozoïdes ou de tissu testiculaire

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

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

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

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

Le cancer n'est pas contagieux

Les cellules cancéreuses ne sont pas transmissibles et la maladie n'est pas contagieuse (ni par un baiser, ni par un rapport sexuel ou des caresses).

Prothèse testiculaire : quelle décision prendre ?

Au cours du traitement, vous allez être amené à envisager l'implantation d'une prothèse en silicone pour remplacer le testicule enlevé. Les questions suivantes peuvent vous aider à prendre votre décision :

- Est-ce que je me sens atteint dans ma virilité si je n'ai qu'un testicule ?
- Suis-je gêné à l'idée d'avoir un corps étranger dans mon organisme ?
- Que pense mon ou ma partenaire à ce sujet ?

Si vous avez des questions sur la prothèse testiculaire, discutez-en avec votre médecin.

Pour en savoir plus

Si vous souhaitez davantage de renseignements sur les répercussions de la maladie et des traitements sur la sexualité, lisez la brochure « Cancer et sexualité au masculin » (voir p. 66).

Traitements additionnels

Traitement de la douleur

La plupart du temps, il est possible de soulager les douleurs d'origine cancéreuse, voire de les supprimer complètement, que ce soit par des médicaments ou par d'autres méthodes. Les moyens mis en place s'adaptent à la nature du cancer, l'intensité des douleurs, ses causes exactes et vos préférences personnelles.

C'est surtout à un stade avancé de la maladie que les douleurs peuvent se manifester. Les douleurs vous affaiblissent inutilement et vous minent le moral, raison pour laquelle vous ne devez pas les subir en silence, parlez-en à l'équipe médicale. Il existe de nos jours des professionnels hautement spécialisés dans la gestion de la douleur oncologique. Il est important de faire appel à toutes les possibilités offertes par le traitement moderne de la douleur.

Souffrez-vous de douleurs légères que vous souhaitez calmer à l'aide de médicaments? Le mé-

decin vous prescrira souvent un analgésique faible à base de paracétamol, de diclofénac ou d'acide acétylsalicylique. S'ils s'avèrent insuffisants, vous pouvez recevoir des opioïdes, des médicaments plus puissants.

D'autres moyens existent pour atténuer les douleurs comme les exercices de relaxation ou un accompagnement psychothérapeutique. Parfois, ces mesures permettent aussi de réduire la quantité d'antidouleurs.

Il est possible que les personnes touchées et les proches nourrissent des craintes à l'égard des opioïdes. La peur de certains effets secondaires comme la dépendance n'est pas fondée lorsque le traitement est correctement suivi. Des effets indésirables comme de légères nausées ou de la somnolence peuvent éventuellement apparaître en début de traitement. Ils sont facilement contrôlables ou disparaissent d'eux même après un certain temps.

Que sont les opioïdes ?

La morphine ou la codéine appartiennent à la famille des opioïdes, composants naturels de l'opium. Il est aussi possible de les produire en laboratoire (comme le tramadol).

En effet, l'administration d'opioïdes sous surveillance médicale n'a rien à voir avec l'usage qu'en fait la personne toxicomane. Cette dernière s'injecte en une seule fois une forte dose dans la veine. Elle atteint rapidement le cerveau et provoque un état euphorique qui peut créer une dépendance. Dans le traitement du cancer en revanche, les opioïdes sont administrés régulièrement en plus petites doses, et en cas de besoin seulement. Il est important de garder cela à l'esprit car certaines douleurs réagissent uniquement aux opioïdes. Souvent une pompe à perfusion est utilisée. Elle vous permet de doser vous-même l'apport du médicament. L'expérience montre qu'avec ce système les doses d'opioïdes sont nettement réduites.

Si vous ou vos proches êtes réticents à l'idée d'avoir recours à la morphine ou aux opiacés, abordez ce thème avec votre médecin.

Vous trouvez de précieux conseils sur le sujet dans la brochure « Les douleurs liées au cancer et leurs traitements » (voir p. 66).

Médecines complémentaires

Un grand nombre de personnes touchées par le cancer ont recours aux médecines complémentaires, pour compléter leur 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 trouvez davantage d'informations à ce propos dans la brochure « Parallèles ? Complémentaires ? » (voir p. 66).

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.

Suivi médical et réadaptation

Après le traitement, les médecins instaurent des contrôles réguliers. Idéalement, le centre d'oncologie où vous l'avez suivi se chargera d'en coordonner le déroulement. Ce suivi vise entre autres à traiter rapidement les effets indésirables de la maladie ou du traitement, ainsi qu'à détecter et à traiter d'éventuelles suites du traitement.

Ceux-ci ne se résument pas uniquement à des symptômes physiques, comme la fatigue ou les douleurs. Les peurs et les difficultés d'ordre psychique, professionnel et social sont tout aussi préoccupantes. Lors des entretiens, parlez de tous les désagréments auxquels vous êtes confronté.

Afin de faciliter votre réintégration dans le quotidien, il est important d'aborder les thèmes en relation avec la maladie qui vous préoccupent et de vous faire accompagner dans la recherche de solutions. Selon vos besoins ayez

recours à un soutien psycho-oncologique ou psychosocial (voir pp. 63 et suiv.). Votre médecin traitant sera aussi impliqué dans le suivi.

Vous vous posez peut-être des questions au sujet de votre image corporelle modifiée, votre désir d'enfant ou votre sexualité. N'hésitez pas à en parler avec votre médecin ou d'autres professionnels de l'équipe de soins.

La fréquence des contrôles nécessaires dépend du type de tumeur (séminome, tumeur non séminomateuse), du stade de la maladie, des traitements, et de votre état de santé général. Le risque de récurrence influence aussi la fréquence des contrôles. Dans le suivi, les examens radiologiques sont de plus en plus remplacés par l'IRM (imagerie résonnance magnétique) pour réduire l'exposition aux rayonnements.

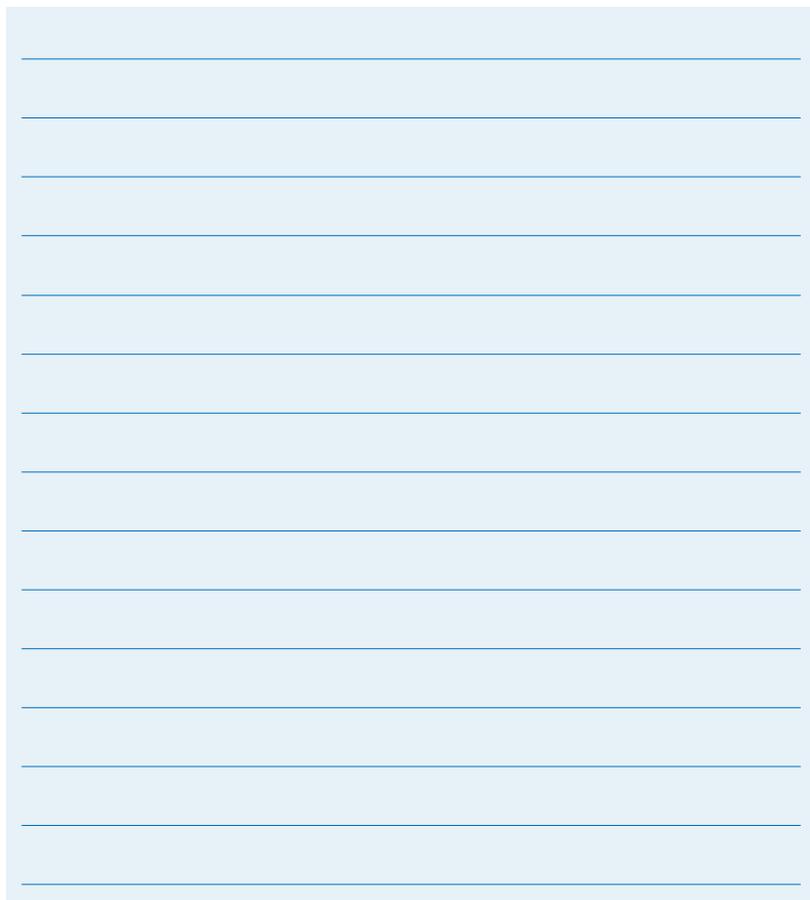
Il est prouvé que les hommes ayant souffert d'un cancer du testicule présentent un risque plus élevé de maladie cardiovasculaire, conséquence des effets indésirables liés à la radiothérapie et à la chimiothérapie. Votre médecin vous examinera pour détecter la présence de symptômes précurseurs.

Si des troubles ou des symptômes surgissent entre deux contrôles, il ne faut pas hésiter à contac-

ter votre médecin sans attendre le prochain rendez-vous. Si vous souhaitez un soutien pour sur-

monter la maladie et ses suites, reportez-vous à la page 63 et suivantes pour consulter des offres.

Mes notes



Retour à la vie quotidienne

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 moins entouré. 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. La palette du ressenti va de « Cela ira » par « Si seulement ça allait » en passant par « Cela va mal tourner » ou « Je vais mourir ». Indépendamment des chances de guérison, le cancer suscite de l'angoisse.

En parler avec d'autres personnes peut aider à prendre du recul face au vécu de la maladie.

Certaines personnes éprouvent le besoin d'en parler, d'autres préfèrent garder le silence, n'osent pas. D'autres attendent que leur entourage s'enquière de leur état de santé et de leur situation.

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 mesures 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'angoisse 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.

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 aussi 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 reçoivent des informations au sujet du cancer, et ils peuvent poser des questions et échanger sur tout ce qui les préoccupe.

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 per-

sonnes touchées des stades de durée variable: www.liguecancer.ch/stages. Vous en trouverez le programme dans une brochure (voir p. 66).

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 contre le cancer, et consultez la brochure «Activité physique et cancer» (voir p. 66).

Autres personnes touchées

Entrer en contact avec des personnes ayant traversé des épreuves semblables peut vous redonner 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.

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'en-

traide, 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.

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 contre le cancer 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 diététiciens et diététiciennes diplômé-e-s ES/HES (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 pal-

liatifs 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. 50 et suiv.).

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. 66).

Brochures de la Ligue contre le cancer

- **Les traitements médicamenteux des cancers**
Chimiothérapie, thérapie antihormonale, immunothérapie
- **Prendre ses médicaments à domicile**
Les chimiothérapies orales
- **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
- **Stages**
Pour les personnes touchées par le cancer
- **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 8 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
- **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**
- **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», 2015, à commander auprès du Groupe suisse de recherche clinique sur le cancer (SAKK), tél. 031 389 91 91, sakkcc@sakk.ch, www.sakk.ch

Ressources bibliographiques

Souhaitez-vous réserver, emprunter et même recevoir à domicile des ouvrages dans plusieurs langues? Les bibliothèques de la Ligue suisse contre le cancer (et des ligues bernoise et zurichoise) offrent cette possibilité en mettant à disposition leur catalogue en ligne: 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

www.forumcancer.ch

Forum Internet de la Ligue contre le cancer.

www.liguecancer.ch

Site de la Ligue suisse contre le cancer.

www.krebsliga.ch/cancerline

Le chat sur le cancer pour les enfants, les adolescents et les adultes: Du lundi au vendredi de 11 h à 16 h.

www.liguecancer.ch/migrants

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

www.liguecancer.ch/readaptation

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.espacecancer.chuv.ch

Site du CHUV de Lausanne où vous pouvez retrouver les brochures de la Ligue contre le cancer.

www.grssgo.ch

Comment préserver la fertilité en cas de cancer? Vous trouverez sur le site du Groupement romand de la Société suisse de gynécologie et obstétrique les recommandations du Réseau romand de cancer et fertilité, composé d'une équipe multidisciplinaire.

www.ligue-cancer.asso.fr

Site de la Ligue française contre le cancer.

www.palliative.ch

Société suisse de médecine et de soins palliatifs.

www.selbsthilfeschweiz.ch

Adresses de groupes d'entraide pour personnes touchées et leurs proches près de votre domicile.

[Sites en anglais](#)

www.cancer.org

American Cancer Society.

www.cancer.gov

National Cancer Institute USA.

www.cancer.net

American Society of Clinical Oncology.

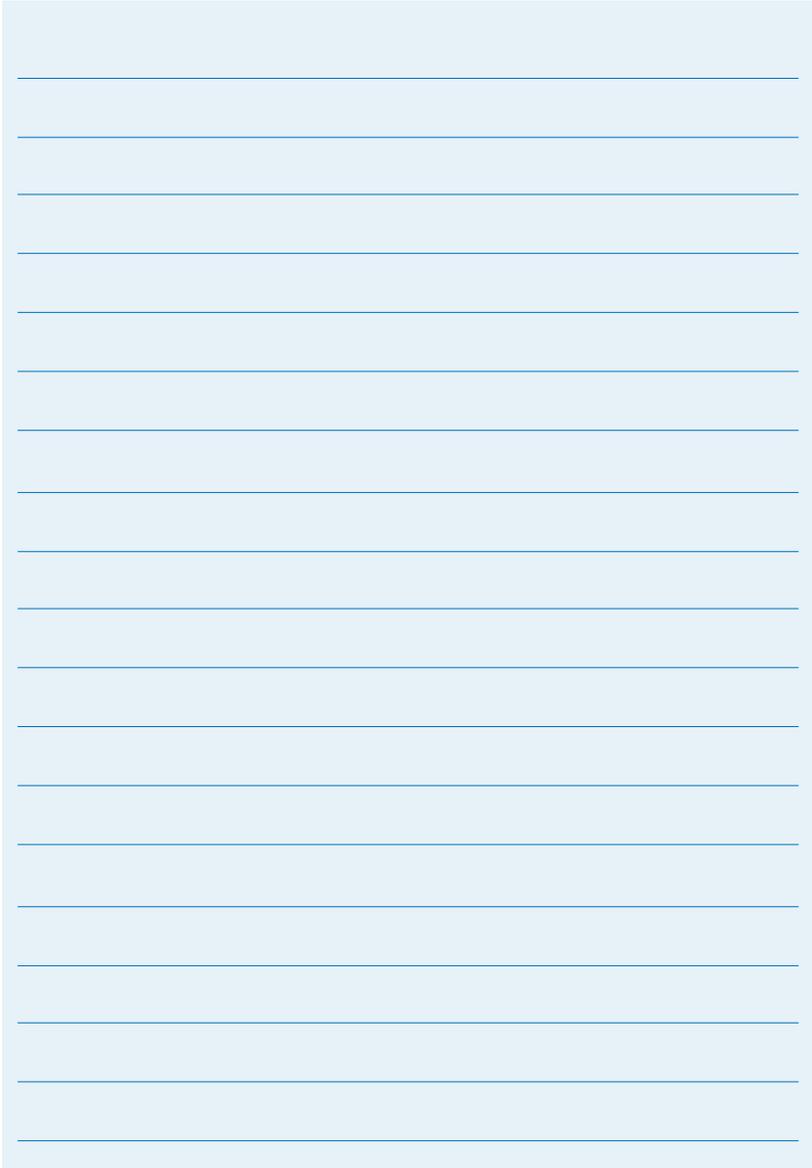
www.cancersupport.ch

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

Sources

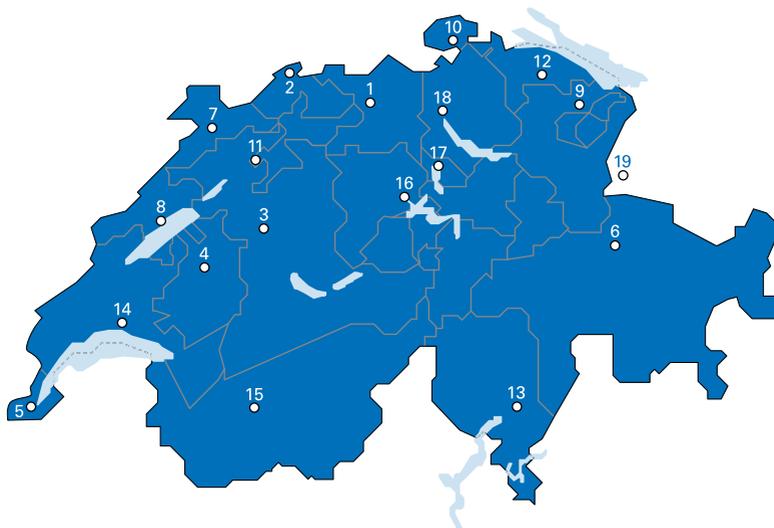
Les publications et les sites internet mentionnés dans cette brochure ont également servi de sources pour sa rédaction. Ils correspondent pour l'essentiel aux critères de qualité de la fondation La Santé sur Internet (voir chartre sur www.hon.ch/HONcode/French).

Mes notes



A large light blue rectangular area containing horizontal blue lines, serving as a space for notes.

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@krebssliga-aargau.ch
www.krebssliga-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
Fax 081 300 50 80
info@krebssliga-gr.ch
www.krebssliga-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.