



Recherche
Information - Prévention - Dépistage
Actions pour les malades et leurs proches

pour la vie

Avoir un cancer après 70 ans



GRAND PUBLIC

Edition actualisée
juin 2009

Nous remercions
chaleureusement le
groupe des relecteurs :

Jeanne BRAUD,
Anne-Marie BROSSARD
(rapporteur du Réseau
des Malades et des
Proches),

Agnès BROUGERE,
Chantal CHAMOULAUD,
Martine DAMECOUR,
Paola LACROIX,
Evelyne MATHOUX,
Florence MENET,
Hélène MOURIESSE,
Claire NAUD,
Emmanuelle PUJOL,
Myriam SAYADA,
Frédérique STENGER,
Janine WALTER.

Avoir un cancer après 70 ans



SOMMAIRE

➤ À partir de quand est-on une personne âgée ?	3
➤ Les questions que vous vous posez	4
➤ Les traitements du cancer	7
➤ Quelle est la place des traitements de sécurité ?	10
➤ Les traitements de support	11
➤ Le retour à domicile	15
➤ Quelques exemples de caractères propres à certains cancers du sujet âgé	16
➤ Conclusion	17
➤ Contre le cancer avec la Ligue	18
➤ La Ligue contre le cancer	19

Rédaction :

➤ **Docteur**

Françoise MAY-LEVIN

Conseiller médical

Ligue contre le cancer,

➤ **Docteur**

Mario DI PALMA,

Oncologue Médical

à l'Institut Gustave

Roussy à Villejuif.

Actualisation :

➤ **Professeur**

François PIETTE

PUPH, Chef du service

gériatrie,

Hôpital Charles Foix

d'Ivry sur Seine

➤ **Docteur Pascal CHAIBI,**

PH, Hématologue

Hôpital Charles Foix

d'Ivry sur Seine

A partir de quand est-on une personne âgée ?

Existe-t-il une frontière précise? On sait bien que tous les individus ne sont pas égaux devant la vieillesse. Grâce à l'amélioration des conditions de vie et aux progrès de la médecine, l'homme vit plus longtemps et reste actif plus longtemps.

En fait, c'est très progressivement que l'organisme vieillit, et ce, dès la partie moyenne de la vie. Ce processus touche toutes les cellules de l'organisme. Sans conséquence notable durant des années, peu à peu, on constate diverses modifications : c'est la peau qui est moins élastique, la motricité moins performante, la mémoire moins vive, etc.

Parfois, on constate une tension artérielle qui s'élève, témoignant d'une sclérose des vaisseaux, et c'est ainsi que, au cours des ans, les différents organes peuvent témoigner d'une certaine "usure", alors même que chacun, au fond de lui-même se sent toujours jeune.

C'est le degré de ce vieillissement, le retentissement sur les grandes fonctions, qui déterminent en fait le passage de la période active à celle appelée pudiquement "le troisième âge". Fonctions cardiaques, rénales et cérébrales sont les témoins majeurs de ce processus, et, avant toute décision thérapeutique, c'est leur fonctionnement que les médecins vont étudier par des examens appropriés.

3

Les questions que vous vous posez

LE RISQUE DE CANCER AUGMENTE-T-IL AVEC L'ÂGE ?

Le risque de développer un cancer augmente avec l'âge, et comme la durée de vie s'allonge, le taux de ces cancers s'accroît également.

Tous les cancers ne sont pas également concernés par cette courbe ascendante : il s'agit plus particulièrement des cancers les plus courants, notamment les cancers du sein chez la femme, de la prostate chez l'homme, les tumeurs du colon rectum, certains cancers de la peau, des cancers des ganglions et de la moëlle osseuse (lymphomes, myélomes, leucémies), ou encore des cancers plus rares, tels ceux de l'estomac, de l'endomètre (muqueuse tapissant la cavité utérine) et de la vessie.

LE DIAGNOSTIC D'UN CANCER POSE-T-IL DES PROBLÈME PARTICULIERS CHEZ UNE PERSONNE ÂGÉE ?

Le piège fréquent est d'attribuer à l'âge un symptôme manifes-

tement anormal et de retarder ainsi la consultation médicale. C'est ainsi que des symptômes d'alarme tels un amaigrissement, une constipation ou une diarrhée, des troubles urinaires, alors même qu'ils sont durables et résistants aux traitements habituels peuvent être longtemps banalisés.

Le médecin lui-même s'oriente parfois en priorité vers les pathologies fréquentes des sujets âgés : coeur, tension artérielle, etc. L'examen gynécologique est rarement pratiqué.

Ceci joint au fait que le dépistage des cancers du sein ou du col n'est plus systématique après 74 ans, expliquent un certain nombre de diagnostics tardifs.

EST-IL VRAI QUE LES CANCERS DU SUJET ÂGÉ ÉVOLUENT PLUS LENTEMENT ?

Il n'y a pas de règle absolue dans ce domaine, et l'on sait que l'agressivité d'une tumeur varie selon les cas, sans que l'on puisse en donner la cause. Il existe des exemples de cancers

4

Les questions que vous vous posez

qui évoluent plus lentement avec l'avance en âge mais d'autres dans le même organe sont d'évolution rapide, et doivent être enrayerés le plus tôt possible par un traitement adapté.

COMMENT INFORMER UNE PERSONNE ÂGÉE DU DIAGNOSTIC DE CANCER ?

Comme tout patient, la personne, même très âgée doit être très clairement informée, le discours doit être adapté à sa culture et à son niveau de compréhension.

Les médecins doivent faire preuve d'une grande patience, et prendre le temps d'informer. Une étroite concertation doit être assurée entre médecins, spécialiste et généraliste, proche, personne de confiance et infirmière. Et c'est au terme de ces explorations et discussions que le plan de traitement sera établi.

3

Le rôle des proches est important, mais difficile. Ils sont partagés entre le désir de traiter

la maladie, mais sont souvent effrayés par les risques des traitements. Ils peuvent conseiller mais sans pression excessive et en laissant le libre arbitre au patient. Parfois même, une certaine pression est exercée sur le médecin pour cacher le diagnostic de cancer, ce qui est contraire à l'intérêt du malade, sauf si celui-ci a exprimé la volonté express de ne pas savoir.

Si le malade est dans l'incapacité psychique de donner son avis, la décision sera prise par l'équipe médicale en accord avec les proches. Il serait nécessaire que systématiquement le malade désigne au préalable une personne de confiance qui sera dépositaire de la sensibilité que le malade aurait eu s'il pouvait s'exprimer. Le médecin doit écouter attentivement ces positions mais en dernier recours doit décider et assurer la responsabilité de cette décision.

LES TRAITEMENTS SONT-ILS DIFFÉRENTS ?

Pendant trop longtemps, c'est avec une grande frilosité que l'on traitait les sujets âgés atteints de cancer. Par peur des risques dus aux traitements, on sous-traitait les patients, leur enlevant des chances d'années de vie.

Tout progrès thérapeutique était exclu, puisque aucune recherche clinique n'était entreprise dans ces tranches d'âge. Plus que sur l'analyse individuelle des facteurs de risque ou de fragilité, les décisions étaient prises sur la base de principes généraux. Plusieurs études ont été entreprises dans le monde et s'accordent pour conclure qu'il n'est pas de méthode qui, du fait des progrès actuels, ne puisse être effectuée, même chez des personnes fragiles, à condition de pratiquer un bilan des grandes fonctions et d'adapter les traitements à l'état de la personne.

Par ailleurs, la personne âgée prend souvent des médicaments pour diverses raisons. Or, même le plus banal en apparence, comme l'aspirine, peut interférer avec les traitements envisagés : d'où la règle de toujours signaler tous les médicaments en cours, y compris les produits dits "de médecine complémentaire".



6

Les traitements du cancer

→ LA CHIRURGIE

De moins en moins mutilante, elle est encadrée par des techniques d'anesthésie et de réanimation très performantes. On ne peut nier toutefois les risques cardiovasculaires, respiratoires, infectieux ainsi que la possibilité de complications propres aux sujets âgés, comme les thromboses post opératoires, les escarres, ou encore certains troubles de la mémoire. Certains facteurs de risque demandent une grande vigilance : gravité et durée de l'intervention, pathologies associées, antécédents de phlébite, déficit modéré du fonctionnement cérébral.

L'anesthésiste et le chirurgien en discuteront avec le patient de façon claire et loyale, car la décision finale doit lui revenir. Les traitements préventifs contre les thromboses, les escarres, seront mis en route.

7

En bref, l'indication d'une intervention même lourde, dépendra essentiellement du bilan d'évaluation, plus que de l'âge lui-même. Des essais cliniques ont montré que des personnes

âgées ou très âgées ayant un bon état général peuvent supporter comme le reste de la population des chirurgies lourdes (intervention thoracique, ou digestive).

→ LA RADIOTHÉRAPIE

Technique non agressive, elle est toutefois responsable de troubles secondaires souvent difficiles à supporter, notamment lorsqu'elle porte sur les régions abdominales (nausées, vomissements, diarrhée), pelviennes (cystite, rectite), thoraciques (toxicité cardiaque apparaissant tardivement, fibrose pulmonaire) ou ORL (mucite buccale).

De même, il faut tenir compte des contraintes liées à la répétition des séances, les déplacements nécessaires, les attentes, souvent difficilement supportés.

Dans certains cas, l'adaptation des techniques est nécessaire : irradiation concentrée, irradiation dite "en flash", irradiation en plusieurs temps ("split course"), réduisant ainsi le nombre de séances et le temps du traitement.

Les traitements du cancer

→ LA CHIMIOTHÉRAPIE

Redoutée autant par les patients que par leurs proches, elle était souvent écartée et le patient était privé d'une arme précieuse. Certes, ses indications nécessitent de faire un bilan précis : tant de l'évolutivité potentielle de la tumeur et des risques possibles, que de l'état des grandes fonctions du patient, ainsi que de son état nutritionnel, de ses conditions de vie, familiales et géographiques. Une personne âgée isolée, vivant seule, éloignée des centres de soins, ne pourra bénéficier d'une chimiothérapie que si une prise en charge globale est organisée pour elle. Ainsi, dans ces situations, on peut préférer, si le patient en est d'accord, une hospitalisation plutôt que des traitements à l'hôpital de jour ou à domicile.

Si les effets secondaires de certains médicaments sont mal supportés ils seront évités ou les modalités d'administration seront modulées, (doses, durée du cycle, voies d'introduction).

Actuellement, de nouvelles formes absorbables par voie orale sont disponibles pour certaines localisations. Cette modalité est, certes, bien plus confortable pour le patient mais elle demande une grande vigilance dans le respect des doses prescrites et des horaires (ne pas oublier son comprimé, ne pas en prendre deux fois). Une méthode rigoureuse dans la prise sera établie : dose quotidienne préparée dans un lieu précis, et éventuellement noter par écrit la prise de chaque dose au fur et à mesure.

Les médicaments de **CHIMIOTHÉRAPIE CIBLÉE** sont en développement depuis une dizaine d'années. Il peut s'agir d'immunothérapie passive (anticorps dirigés contre des antigènes tumoraux spécifiques comme le **RITUXIMAB** utilisé dans le traitement des lymphomes non hodgkiniens), soit d'anticorps bloquant des récepteurs présents sur les cellules tumorales (comme le **CETUXIMAB** utilisé dans certains cancers du colon). Ces médicaments sont utilisés en association avec une



Les traitements du cancer

chimiothérapie classique dont ils augmentent l'efficacité. Leur utilisation chez des patients âgés se généralisant il est important de noter que le premier essai du rituximab dans les lymphomes non hodgkiniens a été réalisé spécifiquement chez des patients de plus de 65 ans.

D'autres médicaments de chimiothérapie ciblée vont agir spécifiquement à l'intérieur de la cellule cancéreuse, comme l'**IMATINIB** qui a transformé favorablement le pronostic de la leucémie myéloïde chronique, en particulier chez les patients âgés pour qui il n'y avait pas d'alternative thérapeutique satisfaisante.

→ LES TRAITEMENTS HORMONAUX

Bien supportés en général, ils sont une arme précieuse aussi bien dans les cancers du sein chez la femme que dans les cancers de la prostate chez l'homme. Toutefois, il faut connaître les effets secondaires possibles de certains médicaments.

Le **TAMOXIFÉNE** favorisant les phlébites, il sera proscrit en cas d'antécédent vasculaire ou de varices importantes. D'autres produits : **LETROZOLE** (Femara®) ; **ASTRANZOZOLE** (Arimidex®) ; **EXEMESTANE** (Aromasine®) sont susceptibles de donner des douleurs osseuses ou articulaires ou de favoriser des fractures.

Le médecin jugera si un apport supplémentaire de calcium est utile. Chez l'homme, les anti-androgènes peuvent être cause de troubles digestifs : troubles de l'appétit, diarrhée, douleurs abdominales. Mais, en dépit de ces inconvénients qui peuvent être soulagés, ces traitements à l'efficacité confirmée, doivent être poursuivis.

A l'heure actuelle, la Recherche Clinique, dans le domaine des traitements des sujets âgés, a pris son essor et permet de progresser dans ce domaine. Parallèlement, les médecins spécialistes, sont sensibilisés à ce programme, ainsi que la majorité des médecins traitants.

Les traitements du cancer

Les traitements des cancers sont essentiellement à visée curative c'est-à-dire avec l'objectif de détruire la tumeur, mais par prudence, pour prévenir la rechute, on propose parfois de

les faire suivre d'un traitement de sécurité.

Quelle est la place des traitements de sécurité ?

Ce sont des traitements proposés après le traitement initial dans certains cas pour éviter ou réduire le risque de récurrence. On les appelle également les "traitements adjuvants". Il peut s'agir selon les cas de traitements hormonaux, ou encore de chimiothérapie, ou parfois de radiothérapie.

Seront pris en compte l'agressivité de la tumeur initiale, l'âge du patient et son état physiologique, ses conditions sociogéographiques (proximité d'un lieu de soin, isolement ou non) et ses propres souhaits.

Tout comme pour le traitement initial, la décision doit être discutée, en pleine connaissance de cause, en mettant en balance les inconvénients des traitements et le bénéfice escompté.

10

Les traitements de supports

On appelle ainsi tous les traitements autres que ceux du cancer, médicamenteux ou non, visant à assurer le maximum de confort au patient. Ces traitements sont particulièrement importants chez une personne fragilisée aussi bien par la maladie que par l'âge et souvent par la solitude.

→ L'ALIMENTATION

Maintenir un équilibre alimentaire n'est pas toujours facile : trop souvent, l'appétit est perturbé amenant consciemment ou non à une réduction des apports alimentaires. Et cependant, il faut s'efforcer de conserver une alimentation suffisante en calories et bien équilibrée. Les repas seront variés, et répondant aux goûts de chacun, afin d'essayer de donner encore un certain plaisir.

11 Si besoin ils seront fractionnés. Les boissons seront suffisamment abondantes.

La chimiothérapie provoque parfois des aphtes, irritations,

d'où l'importance des bains de bouche et soins locaux et surtout d'une bonne hygiène buccale.

Parfois un appareil dentaire a besoin d'être réajusté.

→ LES TRAITEMENTS DES INFECTIONS

Comme tout sujet affaibli, un patient traité accuse une plus grande susceptibilité aux infections, qu'elles soient locales ou générales. Elles seront traitées activement, en tenant compte des traitements en cours.

→ LES TRAITEMENTS DE LA DOULEUR

Le sujet âgé très souvent exprime sa douleur de façon différente : il est replié sur lui-même, communiquant difficilement. Les proches sont très sensibles à ce changement de comportement et doivent le signaler au médecin. Parfois on constate une grimace de douleur lors de certaines positions ou de certains mouvements. La douleur doit être reconnue et traitée.

Les traitements de supports

Les traitements obéissent aux règles habituelles des antalgiques, faisant succéder, selon les besoins :

DES MÉDICAMENTS ORAUX DE DIFFÉRENTS NIVEAUX

MÉDICAMENTS "LÉGERS"

(TYPE I) :

acide acétylsalicylique (Aspirine®) ou paracétamol (Doliprane®, Efferalgan® et autres spécialités),

MÉDICAMENTS MORPHINIQUES MINEURS (TYPE II) :

Efferalgan-codéiné, ou dextro-propoxyphène associé au paracétamol (Di-antalvic®) ou tramadol (Topalgic® et autres),

MÉDICAMENTS MORPHINIQUES D'ACTION BRÈVE (TYPE III) :

(Actiskenan®, Sevredol®), ou de durée plus prolongée (Skenan®, Moscontin®), ou des dérivés tels hydromorpnone (Sophidone®) des formes percutanées sont également disponibles : fentanyl (Durogesic®).

Mais attention ! La tolérance aux morphiniques est souvent réduite : somnolence, vertiges,

nausées, constipation apparaissent à des doses plus faibles et sont plus marquées chez le sujet âgé. D'où la nécessité de commencer par des doses nettement plus faibles que chez l'adulte jeune en les augmentant progressivement en fonction de l'efficacité et de la tolérance.

DES MÉDICAMENTS INJECTABLES

Là encore, en raison de la moindre tolérance, une très grande prudence est de règle.

→ LES TRAITEMENTS DE SUPPORT HÉMATOLOGIQUE

Une des principales toxicités de la chimiothérapie reste la toxicité hématologique, se manifestant par une anémie (baisse des globules rouges) une neutropénie (baisse des globules blancs) ou une thrombopénie (baisse des plaquettes). Cette toxicité expose les patients à des troubles : asthénie, perte d'autonomie, retentissement cardiaque pour l'anémie, infections pour la neutropénie, hémorragies pour



Les traitements de supports

la thrombopénie, qui peuvent être particulièrement dramatiques chez les patients les plus âgés. De plus, à chimiothérapie d'intensité équivalente, la toxicité hématologique semble plus fréquente et plus sévère chez les patients âgés, ceci étant probablement dû en partie au vieillissement physiologique de la moelle osseuse.

L'emploi de facteurs de croissance granulocytaire (G-CSF) injectables a montré son efficacité dans la prévention des neutropénies chimio-induites et des infections secondaires à celles-ci. Il est recommandé chez les patients âgés pour toute chimiothérapie pour laquelle le risque de neutropénie est de 20% ou plus. L'anémie est fréquente au cours des cancers et peut être aggravée par la toxicité des chimiothérapies.

L'utilisation de traitements injectables par érythropoïétine a montré une efficacité dans le traitement et la prévention des anémies liées au cancer, efficacité identique chez les patients jeunes et âgés. Son emploi doit

être prudent, avec un ajustement des doses pour éviter une polyglobulie (augmentation des globules rouges) induite. Dans certains cancers (ORL en particulier), il existe une incertitude sur un effet délétère de l'érythropoïétine par rapport à l'efficacité des traitements anti tumoraux.

Des facteurs stimulant la fabrication de plaquettes par la moelle osseuse et pouvant ainsi prévenir les thrombopénies chimio induites sont actuellement en cours d'étude et pourraient très prochainement être utilisés dans cette indication.

→ LE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

La dépression est souvent méconnue chez les personnes âgées ; elle doit être recherchée systématiquement par un outil de dépistage simple (échelle de dépression gériatrique) chez le patient âgé atteint de cancer. En cas de dépression confirmée, le traitement efficace a montré un impact majeur sur la qualité de vie du patient, sur la tolé-

13

Les traitements de supports

rance psychique et physique des traitements et même, dans certains cancers, sur la survie des patients.

En dehors de ces situations de dépression vraie, la prise en charge psychologique est un des éléments essentiels des soins de support apportés au patient atteint de cancer ; elle a une influence bénéfique aussi bien sur la qualité de vie du patient que sur la tolérance des traitements. Elle doit être proposée aussi au patient âgé, en insistant sur une prise en charge adaptée en cas de troubles cognitifs associés.

→ LA KINÉSITHÉRAPIE

Très précieuse pour entretenir mobilité articulaire, circulation veineuse, tonus musculaire, elle a sa place à divers temps de la maladie : au retour d'une chirurgie lourde et invalidante, en cas de difficulté de motricité ou chez la personne confinée au lit. En cas d'encombrement respiratoire ou au retour d'une chirurgie thoracique, la kinésithérapie respiratoire est un temps important du traitement.



14

Le retour à domicile

Après une hospitalisation plus ou moins longue pour les traitements, le retour au domicile sera-t-il possible ? En tout cas, quand le patient le souhaite, cette orientation sera toujours envisagée en priorité.

Seront pris en compte l'environnement familial et géographique, la condition physique, les traitements nécessaires, le degré d'autonomie. Si le patient le souhaite et dans la mesure du possible, une prise en charge sera établie en étroite coopération avec le médecin traitant. Elle comportera, selon les besoins, la présence d'une infirmière et/ou d'une aide à domicile, financée respectivement par la Sécurité sociale et par les services sociaux, avec dans ce dernier cas une contribution personnelle calculée en tenant compte des revenus du patient.

L'indication d'un séjour en service de soins de suite et réadaptation est alors préconisé. Enfin, dans d'autres cas, le retour au domicile apparaît définitivement compromis ou non souhaité et le patient pourra être dirigé vers une maison de retraite (plus ou moins médicalisée selon les besoins, voire vers un service hospitalier de soins de longue durée.).

15 Dans certains cas, la sortie de l'hôpital doit être différée de quelques semaines ou mois pour des raisons médicales.

Quelques exemples de caractères propres à certains cancers du sujet âgé

→ LE CANCER DU SEIN

Les glandes mammaires, après la ménopause, n'étant plus soumises à la stimulation des oestrogènes, s'atrophient progressivement, et, après quelques années, en l'absence de traitement hormonal, seul subsiste le tissu graisseux.

Il est fréquent que le cancer du sein de la femme âgée se développe insidieusement, de sorte qu'à sa découverte, le sein est déformé et durci. En effet, un des aspects fréquemment rencontrés se présente comme un "squirrhe" : le sein est dur, cartonné, rétracté sur la paroi thoracique. Dans d'autres cas, on découvre un nodule dur, parfois ulcéré, sans caractère particulier par rapport au cancer de la femme non ménopausée.

Sur le plan biologique, la grande majorité des tumeurs sont sensibles aux hormones (les cellules tumorales possèdent à leur surface des "récepteurs hormonaux"). Ce qui explique la grande efficacité chez ces femmes des traitements hormonaux. Mais la chirurgie reste le geste primordial. Les modalités

seront discutées en fonction de la taille de la tumeur et des souhaits de la patiente : s'il s'agit d'une petite tumeur, certaines malades préfèrent la mastectomie pour éviter l'astreinte et la fatigue d'une radiothérapie qui demande des déplacements répétés durant plusieurs semaines. Le complément de la chirurgie peut associer, selon les cas, hormonothérapie et/ou chimiothérapie.

Ce n'est qu'en cas de refus total de toute chirurgie qu'une hormonothérapie sera choisie, en sachant que les résultats immédiats sont souvent bons, mais que le risque de récurrence est important.

→ LE CANCER DE LA PROSTATE

Souvent découvert par un dépistage ou encore à l'occasion de troubles urinaires, le cancer de la prostate après 70 ans est extrêmement fréquent. Selon la taille de la tumeur, de l'agressivité des cellules (appréciée par le score de Gleason) l'attitude thérapeutique proposée variera de la simple surveillance, (petites tumeurs non agressives) à des

Quelques exemples de caractères propres à certains cancers du sujet âgé

traitements soit localisés tels la curiethérapie, ou traitements par laser ou ultrasons, ou encore à la radiothérapie, bien mieux supportée depuis les techniques de radiothérapie conformationnelle, soit médicamenteux par l'hormonothérapie.

→ LE CANCER COLO-RECTAL

Il est fréquent chez le sujet âgé. Sa seule spécificité est la plus grande fréquence au niveau du colon droit. L'évolution, le pronostic est similaire à celui des sujets plus jeunes. Le traitement chirurgical, grâce aux progrès de l'anesthésie est en règle générale, bien supporté. Les indications de la chimiothérapie "adjuvante" seront discutées selon les

caractères de la tumeur, l'âge du patient et sa condition physique.

→ LES CANCERS DE LA PEAU

Ils sont assez fréquents à cette période de la vie. Il en existe 3 types : basocellulaires, strictement localisés, guérissant toujours après l'ablation chirurgicale si elle est complète, les carcinomes spinocellulaires, qui feront également l'objet d'une chirurgie et justifieront d'une surveillance plus attentive, et les mélanomes, plus rares à cette période de la vie. L'apparition d'une lésion surtout sur les régions découvertes, depuis quelques semaines ou mois, doit amener à consulter.

En conclusion

17

Avec l'âge, le comportement de l'organisme évolue progressivement. Le développement de certains cancers est plus fréquent et les traitements actuels donnent le maximum de chances à ces patients, à condition toutefois d'être vigilant et de consulter son médecin traitant en cas de symptôme anormal et durable, et d'accepter les traitements proposés par les spécialistes.

Contre le cancer avec la ligue

En France, 320 000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués chaque année. Depuis 2004, avec 146 000 décès annuels, le cancer est devenu la première cause de mortalité générale et prématurée (avant 65 ans) devant les maladies cardio-vasculaires. Aujourd'hui, un cancer sur deux en moyenne, toutes localisations confondues, peut être guéri.

Environ 70 % des cancers sont la conséquence de notre mode de vie et de nos comportements, aussi la prévention et le dépistage sont essentiels.

LA PRÉVENTION

La prévention cherche à diminuer ou à supprimer l'exposition à des «facteurs de risque». Les actions de prévention que conduit la Ligue ont un caractère éducatif et collectif : lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, promotion d'une alimentation saine et d'un exercice physique régulier, réduction de l'exposition solaire ou aux cancérogènes lors des activités professionnelles...

LE DÉPISTAGE

Le dépistage consiste à détecter des lésions précancéreuses ou cancéreuses à un stade très précoce, avant même que le patient n'en ressente les premiers symptômes. Des examens validés permettent ce dépistage : mammographie pour le cancer du sein, Hémocult pour le cancer du colon-rectum, frottis utérin pour le cancer du col de l'utérus ...

Le médecin généraliste a un rôle fondamental dans les stratégies de prévention et de dépistage. Il informe ses patients sur les facteurs de risque et les moyens de prévention et de dépistage, car un cancer décelé tôt, sera soigné plus rapidement augmentant ainsi les chances de guérison.

18

La Ligue contre le cancer

Créée en 1918, la Ligue nationale contre le cancer est une association loi 1901 à but non lucratif, reconnue d'utilité publique. Elle est un organisme non gouvernemental, indépendant, reposant sur la générosité du public et sur l'engagement de ses militants. Forte de plus de 720 000 adhérents, la Ligue fédère 103 Comités départementaux qui, ensemble, luttent dans trois domaines complémentaires:

- ▮ la recherche,
- ▮ l'information, la prévention, la promotion des dépistages
- ▮ les actions pour les malades et leurs proches.

LA RECHERCHE

La Ligue est le premier financeur privé et indépendant de la recherche en cancérologie en France. Sous le contrôle d'un conseil scientifique national et de conseils scientifiques régionaux et inter régionaux indépendants regroupant d'éminents experts en cancérologie, la Ligue finance de nombreux travaux de recherches fondamentale, clinique (amélioration des traitements), épidémiologique (étude des facteurs de risque et amélioration des conditions de prévention et de dépistage) et de sciences humaines et psychosociales (étude de la qualité de vie des malades pendant et après les traitements du cancer). La Ligue soutient durablement de nombreux jeunes chercheurs par des allocations d'étude. Elle assure également le financement de programmes de recherche d'équipes rigoureusement sélectionnées et labellisées pour l'excellence de leurs travaux. Enfin, elle initie des programmes de recherche exclusifs ou innovants comme « la Carte d'Identité des Tumeurs » qui déjà laisse présager une révolution thérapeutique dans le traitement des cancers.

19

La Ligue contre le cancer

L'INFORMATION, LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DES DÉPISTAGES

Pour sensibiliser chacun au danger de certains comportements (tabac, alcool, exposition au soleil, etc.), pour alerter sur les facteurs de risque et en organiser la protection, pour communiquer sur les avantages des dépistages de certains cancers et informer sur l'identification de certains symptômes ou modes de vie susceptibles d'être bénéfiques, la Ligue met en oeuvre de nombreux moyens de communication (dépliants, brochures, affiches) disponibles au Siège de la Ligue ou auprès de ses Comités départementaux. En partenariat avec l'Institut national du cancer, elle relaie sur le terrain, par des actions de communication et des conférences, les messages de dépistage des cancers.

LES ACTIONS POUR LES PERSONNES MALADES ET LEURS PROCHES

Les Comités départementaux de la Ligue apportent leurs soutiens matériel et financier, moral et psychologique aux personnes malades, aux anciens malades et à leurs proches. En organisant successivement plusieurs États Généraux des malades du cancer et de leurs proches, la Ligue a donné une très forte impulsion au Plan Cancer pour que les malades soient mieux pris en charge et mieux considérés. En leur donnant la parole, la Ligue a pris en compte leurs attentes et leurs besoins pour l'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie : dispositif d'annonce, groupes de parole, espaces d'information installés dans les lieux de soins et de vie pour rompre l'isolement des malades et de leurs proches, en sont des exemples.

Elle soutient aussi les patients dans les difficultés rencontrées pour défendre leurs droits, retrouver un emploi, bénéficier d'un prêt bancaire.

AIDEA : 0 810 111 101.



La Ligue contre le cancer

LA LIGUE AU CŒUR DE LA SOCIÉTÉ

Parce que le savoir et la connaissance sont des armes efficaces contre le cancer, la Ligue, par le biais de son école de formation, facilite l'engagement militant en s'appuyant sur des connaissances validées.

En partenariat avec l'Institut national contre le cancer **INCa**, elle met à disposition du public un numéro de téléphone gratuit **Cancer Info Service 0 810 810 821**.

La Ligue affiche un site internet **www.ligue-cancer.net** et édite une revue trimestrielle **Vivre**, vendue en kiosque, informant ses adhérents et le grand public, sur ses actions et celles de ses Comités départementaux et sur les dernières avancées thérapeutiques contre le cancer.

Enfin, la Ligue met à la disposition de tous, un comité éthique, consultatif, indépendant et permanent pouvant être saisi par toute personne physique ou morale sur diverses questions relevant de l'éthique et du cancer.

Le cancer est un problème de santé publique. La lutte contre le cancer ne peut se concevoir sans un changement radical du rapport de la société à la maladie, au malade, à ses proches et aux soignants. La Ligue veut faire du cancer un enjeu de société rassemblant le plus de forces possibles des milieux sociaux, culturels et économiques. Par le lancement en novembre 2008 de la première convention de la société face au cancer, elle veut mobiliser la société dans un élan collectif pour modifier le regard porté sur le malade ou l'ancien malade, pour réduire la mortalité par cancer et pour améliorer durablement la qualité de vie des malades et de leurs proches.

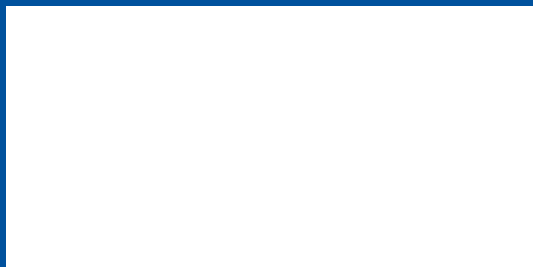
**TOUT CE QU'IL EST POSSIBLE DE FAIRE
CONTRE LE CANCER, LA LIGUE LE FAIT.**



LA LIGUE VOUS AIDE ET VOUS INFORME



VOTRE COMITÉ DÉPARTEMENTAL



LIGUE NATIONALE CONTRE LE CANCER

14 rue Corvisart 75013 Paris tél. 01 53 55 24 00

www.ligue-cancer.net

La ligue tient à votre disposition
les coordonnées de Comités départementaux



Recherche
Information - Prévention - Dépistage
Actions pour les malades et leurs proches

pour la vie