



Le cancer de l'œsophage

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



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

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

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

Impressum

Éditrice

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 et rédaction de la 3^e édition en allemand:

Andrea Seitz, lic. phil., spécialiste Publications,
Ligue suisse contre le cancer, Berne

Traduction

Cristina Martínez, Ligue suisse contre le
cancer, Berne

Relecture scientifique

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

Révision

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

Conseils scientifiques

Prof. Dr med. Stephan Bodis, médecin-chef
radio-oncologie, hôpital cantonal d'Aarau;
Dr med. Annelies Schnider Preisig, médecin
principal chirurgie viscérale, Stadtspital
Triemli, Zurich

Nous remercions la personne touchée pour
sa relecture attentive du manuscrit et ses
commentaires précieux.

Cette brochure est aussi disponible en allemand et en italien.

© 2016, 2011, 2007, Ligue suisse contre le cancer, Berne | 3^e édition remaniée

Collaborateurs de la Ligue Suisse contre le cancer, Berne

(Par ordre alphabétique)

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

Illustrations

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

Photos

P. 4, 16, 50: ImagePoint SA, Zurich;
p. 28: Fotolia;
p. 32: Shutterstock

Couverture

Adam et Eve, d'après Albrecht Dürer

Conception graphique

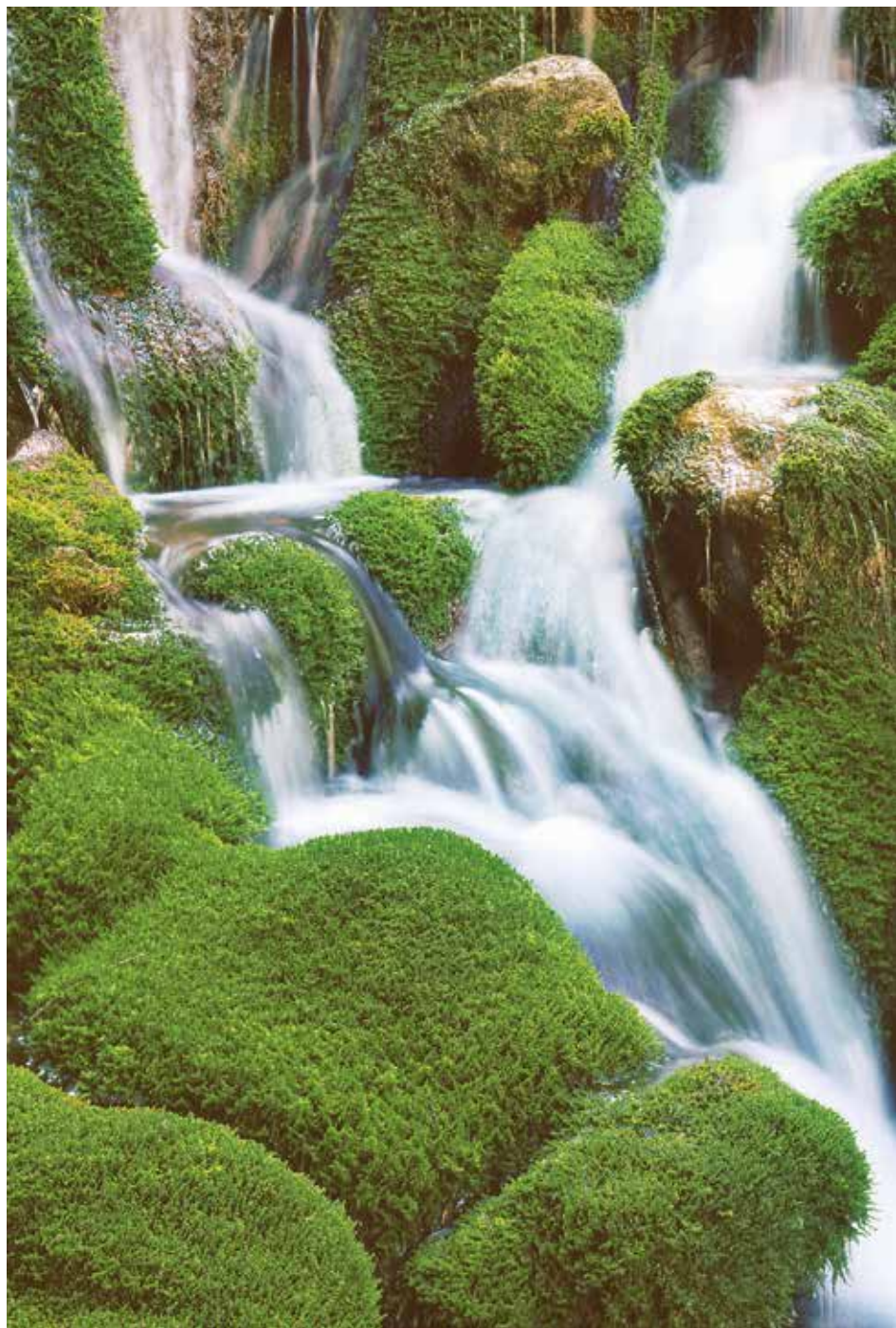
Ligue suisse contre le cancer, Berne

Impression

Ast & Fischer SA, Wabern

Sommaire

Avant-propos	5
Qu'est-ce que le cancer ?	6
Le cancer de l'œsophage	12
L'œsophage et sa fonction	12
Causes possibles et facteurs de risque	14
Symptômes possibles	15
Examens et diagnostic	17
Premiers examens	17
Examens complémentaires en vue de préciser le diagnostic	17
Les stades de la maladie	19
Options thérapeutiques	23
Opération	23
Chimiothérapie	25
Radiothérapie	29
Autres traitements possibles	30
Traitement du cancer de l'œsophage selon le stade de la maladie	34
Planification du traitement	34
Traitement des stades précoces	39
Traitement des stades avancés	39
La thérapie dans le cadre d'une étude clinique	40
Faire face aux effets indésirables	41
Effets sur l'alimentation	41
Traitements additionnels	44
Suivi médical et réadaptation	44
Traitement de la douleur	44
Les médecines complémentaires	46
Le retour à la vie quotidienne	47
Conseils et informations	50



Chère lectrice, cher lecteur,

Cette publication s'adresse indifféremment aux hommes et aux femmes. Le genre masculin est utilisé pour faciliter la lecture. Nous remercions nos lectrices de leur compréhension.

Cancer de l'œsophage. Pour les malades comme pour leurs proches, l'annonce du diagnostic est toujours un choc. Du jour au lendemain, tout est brutalement remis en question, les idées se précipitent, pleines d'espoir un jour, chargées d'angoisse le lendemain.

Vous trouverez dans cette brochure une brève description de la maladie, des examens réalisés en vue de poser le diagnostic et du traitement du cancer de l'œsophage. Chaque cas étant toutefois différent, seul le dialogue avec votre équipe médicale vous donnera une idée tout à fait claire de votre situation personnelle.

Ces dernières années, le traitement du cancer de l'œsophage est devenu plus efficace. Les patients le tolèrent mieux. Lorsque la maladie est diagnostiquée à un stade précoce et se limite à l'œsophage, les personnes touchées guérissent de cette maladie dans de nombreux cas. A des stades plus avancés, il est souvent possible de

ralentir son évolution et soulager les symptômes. Même si un rétablissement durable n'est plus envisageable, il existe des mesures d'accompagnement qui contribuent à préserver la qualité de vie des personnes atteintes.

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

Vous trouverez conseils et informations utiles dans de nombreuses brochures de la Ligue contre le cancer. Spécialistes des questions liées au cancer, les conseillers à l'œuvre au sein des ligues cantonales et régionales ainsi que l'équipe de la Ligne InfoCancer vous accompagnent et vous conseillent. Consultez les adresses et coordonnées à la page 58.

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

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

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

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

Tumeurs bénignes et tumeurs malignes

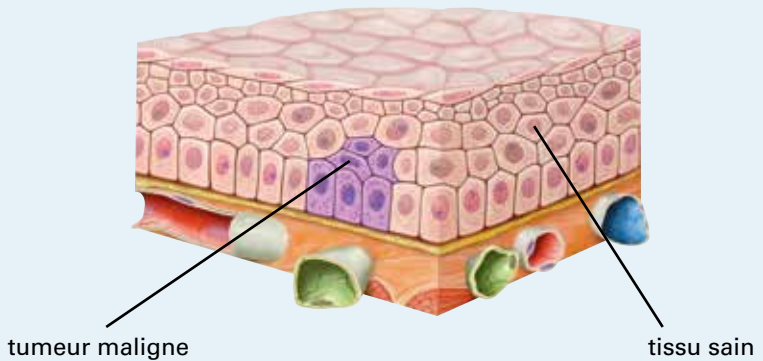
En grandissant, les tumeurs bénignes compriment le tissu sain, mais elles ne l'envahissent pas et ne forment pas non plus de métastases. Suivant leur localisation, elles peuvent cependant provoquer des troubles importants en écrasant le tissu normal ou en entraînant le rétrécissement d'un canal comme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

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 déve-

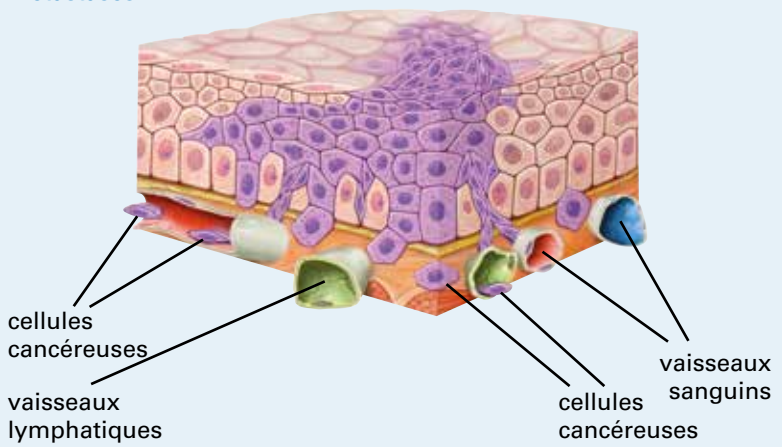
Comment se forme une tumeur ?

Exemple : carcinome de la muqueuse

La tumeur commence à infiltrer le tissu sain.



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



loppent sur la muqueuse intestinale peuvent constituer un stade précurseur du cancer de l'intestin.

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

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

Tout commence dans la cellule

Les tissus et les organes sont composés de plusieurs milliards de cellules. Chaque cellule renferme dans son noyau le plan de construction de l'individu: le matériel génétique (génome), avec les chromosomes et les gènes. Celui-ci est constitué d'acide désoxyribonucléique (ADN), le support de l'information génétique.

Au cours du processus de division cellulaire, de nouvelles cellules apparaissent constamment tandis

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

Des dimensions inimaginables

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

Des causes multiples

Les maladies cancéreuses sont dues à des altérations qui affectent le matériel génétique des cellules. Certains facteurs sont connus pour favoriser ces mutations et jouent un rôle dans l'apparition du cancer:

- le vieillissement naturel;
- le mode de vie (alimentation trop peu variée, sédentarité,

tabagisme, consommation d'alcool, etc.);

- des influences extérieures (virus, polluants, fumée du tabac, rayonnement ultraviolet, etc.);
- des facteurs héréditaires ou génétiques.

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

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

Le vieillissement

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

En règle générale, la division cellulaire s'effectue correctement et les éventuelles erreurs sont réparées. Mais avec les années, les altérations qui affectent le matériel génétique et qui sont susceptibles

d'entraîner l'apparition d'un cancer s'accumulent, ce qui explique que plus une personne est âgée, plus son risque de cancer est élevé. Compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie moyenne, le nombre de cancers est en augmentation.

Le mode de vie

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

Les influences extérieures

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

L'hérédité

On estime que dans 5 à 10% des cas, le cancer est lié à une modification congénitale avérée du matériel génétique. On parle alors de cancer héréditaire. Les personnes

qui présentent une prédisposition supposée ou avérée au cancer devraient consulter un spécialiste. S'il n'est pas possible d'influencer cette prédisposition en soi, on peut toutefois, pour certains cancers, procéder à des examens de dépistage ou prendre des mesures qui réduisent le risque de développer la maladie.

Dans certaines familles, on observe une accumulation de cancers spécifiques, dont le cancer de la prostate. Vous trouverez de plus amples informations sur le sujet dans la section « Causes possibles et facteurs de risque » (voir p. 14), de même que dans la brochure « Prédispositions héréditaires au cancer » (voir p. 54).

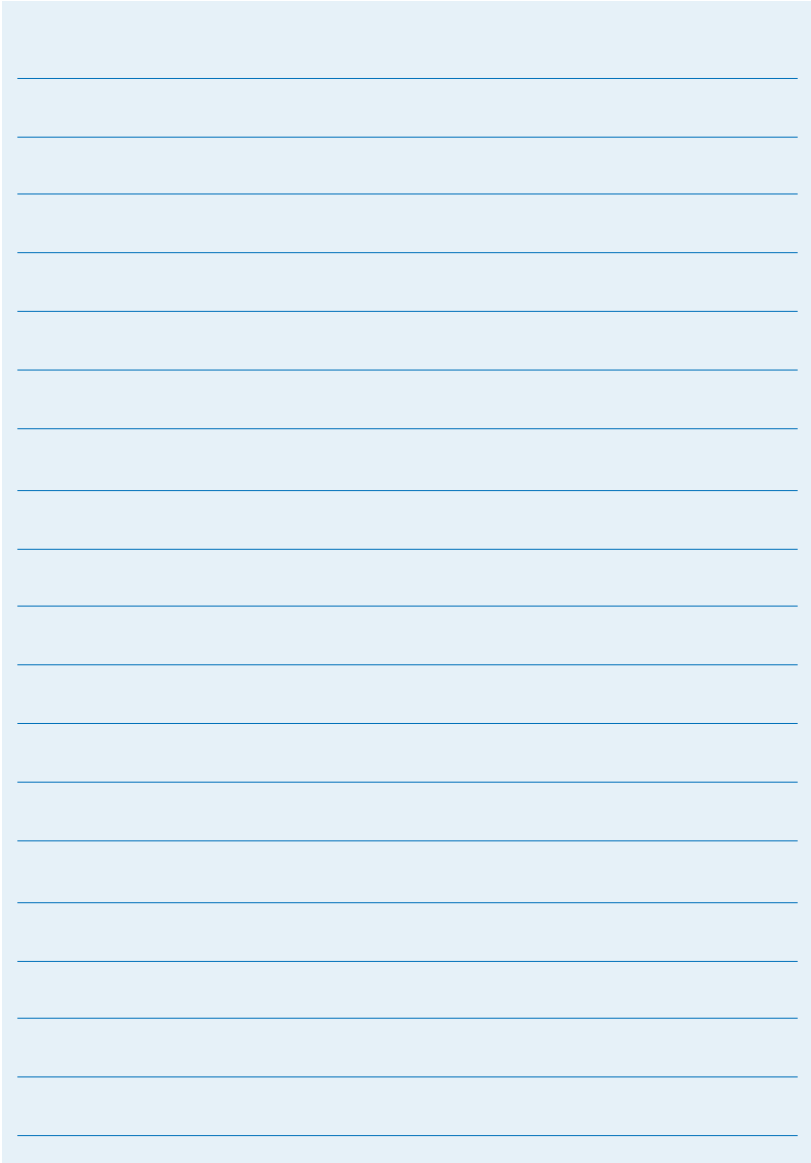
Pourquoi moi ?

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 de l'œsophage

L'œsophage et sa fonction

L'œsophage est un tube souple, composé de plusieurs couches musculaires. Sa longueur est d'environ 25 centimètres. Lorsqu'il ne contient pas de nourriture, son diamètre mesure entre un et deux centimètres. L'œsophage prend naissance dans le prolongement du larynx. Il traverse la cage thoracique, au voisinage de la trachée et de l'aorte, pénètre dans la cavité abdominale par le diaphragme, et aboutit finalement dans l'estomac.

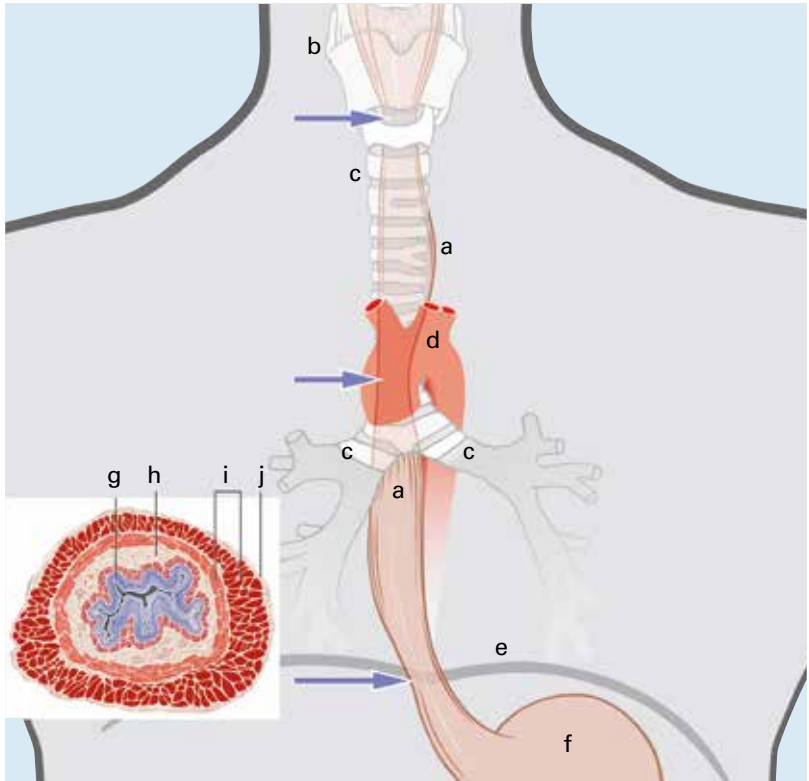
Il ne participe pas au processus de digestion, il se charge seulement d'acheminer les aliments de la cavité buccale vers l'estomac. La couche de muqueuse qui le recouvre assure le transport par glissement des aliments.

Dans la bouche, les aliments sont broyés et mélangés à la salive. La masse ainsi obtenue est appelée « bol alimentaire ». La pre-

mière phase de la déglutition est volontaire (nous pouvons normalement la contrôler): elle permet de faire passer le bol alimentaire de la cavité buccale vers l'œsophage, qui se dilate en fonction de la masse alimentaire à transporter. Ses contractions musculaires rythmiques (non contrôlées) acheminent ensuite les aliments dans l'estomac. Les deux extrémités de l'œsophage sont munies d'un mécanisme de verrouillage qui, en temps normal, empêche le reflux des aliments.

Tout comme l'estomac, l'œsophage est un organe creux dont la paroi comprend quatre couches. De l'intérieur vers l'extérieur, il s'agit de la :

- muqueuse
- couche interne de tissu conjonctif
- couche musculaire
- couche externe de tissu conjonctif (adventice).



Coupe transversale de l'œsophage

Les flèches → indiquent des rétrécissements naturels

- | | |
|--|--|
| a Œsophage | f Estomac |
| b Larynx | g Muqueuse |
| c Trachée et embranchements
des bronches | h Couche interne de tissu
conjonctif |
| d Aorte (grande artère du cœur) | i Couche musculaire |
| e Diaphragme | j Couche externe de tissu
conjonctif |

Le cancer de l'œsophage se développe la plupart du temps à partir de deux types de cellules de la muqueuse: celles du revêtement (ou *épithélium*) ou les glandulaires. Le terme *carcinome* renvoie à ces tissus. Par conséquent, il existe deux formes principales de cancer de l'œsophage:

- Les carcinomes épidermoïdes se forment à partir des cellules épithéliales de la muqueuse et sont plus fréquents dans la partie supérieure de l'œsophage;
- Les adénocarcinomes ou carcinomes des cellules glandulaires se développent plutôt dans la partie basse de l'œsophage.

Les cellules cancéreuses peuvent se mettre à circuler dans le système lymphatique et envahir des ganglions lymphatiques voisins; elles sont également susceptibles d'atteindre d'autres organes par l'intermédiaire de la circulation sanguine et d'y former des métastases. En cas de cancer de l'œsophage, les organes les plus fréquemment touchés sont le foie, les poumons et les os.

Causes possibles et facteurs de risque

Différents facteurs favorisent l'apparition d'un cancer de l'œsophage:

- Dans la partie supérieure de l'œsophage, le tabac, la consommation d'alcool, et particulièrement si la personne combine tabagisme depuis de nombreuses années et ingestion d'alcools forts;
- Dans la partie inférieure de l'œsophage, un reflux chronique provenant d'acide biliaire et de l'estomac (*reflux gastro-œsophagien*) provoque à long terme une modification des cellules de la muqueuse de l'œsophage. Cette affection, appelée *œsophage de Barrett*, représente un stade précancéreux.
- Un surpoids peut entraîner une augmentation du reflux gastro-œsophagien et favoriser le développement d'un œsophage de Barrett;
- Une exposition répétée pendant plusieurs années à des rayonnements X ou gamma (une radiothérapie par ex.);
- D'autres éléments comme l'ingestion élevée de nitrates par consommation excessive de viande et de poissons fumés ou salés, l'absorption de boissons et de nourriture très chaudes, brûlures fréquentes causées par certaines substances chimiques et agents polluants.

Les hommes trois fois plus touchés que les femmes

Chaque année en Suisse, environ 380 hommes et 120 femmes sont atteints par un cancer de l'œsophage. Il reste exceptionnel avant 50 ans. La moitié des personnes touchées ont entre 50 et 69 ans au moment du diagnostic. Un peu moins de l'autre moitié est âgée de 70 ans ou plus.

Globalement, le nombre de nouveaux cas est en augmentation. Elle est due à l'accroissement du nombre de carcinomes des cellules glandulaires (adénocarcinomes) dans la partie inférieure de l'œsophage. En revanche, le nombre des carcinomes des cellules épithéliales (carcinome épidermoïde) est en régression. Les raisons de cette tendance demeurent obscures.

Agrégation familiale

Les connaissances actuelles n'établissent pas de transmission héréditaire de cette maladie, mais dans quelques cas, les spécialistes observent une *agrégation* familiale, soit plusieurs membres touchés dans une même famille. Ce phénomène pourrait s'expliquer par un terrain génétique commun, associé à des habitudes de vie et une alimentation semblables (au sein d'une même famille). L'incertitude demeure cependant quant au rôle joué par les facteurs génétiques

dans le reflux et l'œsophage de Barrett qui en résulte.

Symptômes possibles

Souvent, les carcinomes de l'œsophage ne provoquent aucun trouble durant une période prolongée. Pour cette raison, les diagnostics posés à un stade avancé sont fréquents. La guérison ne concerne alors que de très rares cas.

Voici différents symptômes pouvant indiquer la présence d'un cancer de l'œsophage :

- Problèmes de déglutition seulement avec les aliments solides dans un premier temps et aussi avec les aliments pâteux et liquides par la suite ;
- sensation inhabituelle d'étranglement lors de la déglutition d'aliments ;
- crampes douloureuses de l'œsophage ;
- brûlures d'estomac ou renvois fréquents (reflux) ;
- perte de poids involontaire, douleurs et enrouement.

Dans la majorité des cas, d'autres troubles moins graves présentent les mêmes signes. Il est toutefois recommandé de toujours consulter un médecin : plus une tumeur est décelée tôt, plus les options thérapeutiques et les chances de guérison sont meilleures.



Examens et diagnostic

Différents examens sont effectués lorsque les médecins suspectent des symptômes d'un cancer de l'œsophage. Toutefois, toutes les méthodes ne sont pas utilisées systématiquement. Le choix des techniques d'investigation dépend de chaque cas particulier et des résultats des divers examens.

Premiers examens

Anamnèse

Si le médecin soupçonne un cancer de l'œsophage, il vous interroge en détail sur vos symptômes, vos antécédents médicaux, les facteurs de risque possibles dans votre cas et vos habitudes alimentaires. Cet entretien est aussi appelé *anamnèse*.

Examen physique complet

Le médecin procède ensuite à un examen physique approfondi afin de détecter d'éventuelles modifications des tissus, accumulation de liquides ou gonflement des ganglions lymphatiques.

Analyses sanguines

Un examen sanguin fournit des renseignements sur votre état de santé général et le fonctionnement de vos organes.

Également décelables dans le sang, les marqueurs tumoraux sont des substances produites par les cellules cancéreuses. Ils ne

jouent aucun rôle dans la planification du traitement du cancer de l'œsophage, mais peuvent donner des indications sur l'évolution de la maladie.

Examens complémentaires en vue de préciser le diagnostic

Les examens ci-dessous révèlent la présence et l'extension de colonies tumorales et de métastases. Ils permettent aussi de réaliser une biopsie.

Œsophagoscopie

L'examen appelé œsophagoscopie est effectué en plaçant la personne sous anesthésie légère, à l'aide d'un somnifère. Ensuite, le médecin introduit par la bouche un tuyau fin appelé endoscope, qu'il fait descendre le long de l'œsophage. La gastroscopie concerne le même examen pratiqué dans l'estomac.

L'endoscope est muni d'une source lumineuse, d'une loupe, et d'une petite caméra qui détecte les zones suspectes. En même temps, l'emploi d'une pince minuscule permet de prélever des échantillons de tissus. C'est ce qu'on appelle la biopsie.

L'analyse au microscope sert à déterminer le type de tumeur et

le degré d'agressivité des cellules cancéreuses (voir « Différenciation ou grades de la tumeur », p. 22).

Echographie endoscopique

L'échographie endoscopique permet d'examiner l'intérieur de l'œsophage. Selon le même principe de l'œsophagoscopie, le médecin introduit par la bouche un tuyau fin ou endoscope muni d'une sonde d'échographie. Il évalue ainsi directement l'étendue de la tumeur dans la paroi de l'œsophage et les ganglions lymphatiques.

Imagerie médicale : examens complémentaires

Afin de planifier le traitement optimal, il arrive que les spécialistes réalisent les examens complémentaires ci-dessous.

Radiographie

La radiographie (rayons X) permet de déceler de possibles métastases dans les poumons ou des rétrécissements de l'œsophage. Avant l'examen, vous prendrez une purée contenant un produit de contraste destiné à évaluer l'état de votre déglutition.

Scanner

Le scanner est un examen radiologique particulier. Lorsque l'on suspecte la présence d'un cancer de l'œsophage, un scanner est prescrit la plupart du temps pour visualiser la cavité abdomi-

nale ou thoracique. Un produit de contraste est injecté dans le bras puis l'examen fournit des images en coupe de la région à analyser de différents angles.

Imagerie par résonance magnétique

Une imagerie par résonance magnétique, ou IRM, est effectuée lorsque ni les résultats de l'échographie ni ceux du scanner ne permettent de poser un diagnostic clair. Le procédé repose sur l'usage de champs magnétiques et d'ondes radio (et non de rayons X). Ici aussi le produit de contraste est nécessaire pour créer des images en coupe du corps visibles sur un ordinateur.

Tomographie par émission de positons

Cet examen fait ressortir l'activité métabolique des cellules cancéreuses. Celles-ci sont en effet très actives et nécessitent une grande énergie pour croître rapidement. Les spécialistes remarquent par conséquent un métabolisme plus actif que chez les cellules saines. Cette activité est constatée à l'aide d'un produit légèrement radioactif injecté dans une veine.

PET / CT

Hautement spécialisé, cet examen associe tomographie par émission de positons et scanner. Bien que différents, leur combi-

raison et complémentarité fournit des images plus précises. Elles donnent des informations sur la localisation, la taille, les spécificités et l'extension d'une tumeur et des métastases. Elles contribuent à la préparation précise de prélèvements de tissus, opérations et radiothérapies. Cet examen permet en outre de juger de l'efficacité d'un traitement: l'activité métabolique des cellules cancéreuses renseigne les médecins sur son action.

Bronchoscopie ou endoscopie des voies respiratoires et des bronches

Cet examen optique, pratiqué sous anesthésie locale permet de déterminer la progression de la tumeur dans les voies respiratoires. Il est pratiqué en introduisant un instrument fin, ressemblant à un tuyau (bronchoscope), dans le nez ou la bouche jusque dans la trachée. Par la même occasion, il est possible de prélever des échantillons de tissus (biopsie).

Laparoscopie

Les tumeurs dans la partie inférieure de l'œsophage et à la jonction avec l'estomac font l'objet d'une laparoscopie. Cet examen permet d'exclure la présence de ganglions lymphatiques touchés ou de métastases dans la cavité abdominale. Elle se déroule dans la majorité des cas sous anesthé-

sie générale au bloc opératoire. A l'aide d'une petite incision dans la paroi abdominale, le chirurgien introduit un instrument muni d'une petite caméra en vue d'examiner la région concernée et effectuer en même temps des prélèvements.

Scintigraphie osseuse

La scintigraphie osseuse du corps entier est indiquée en cas de suspicion de métastases osseuses. Elle consiste à injecter par voie intraveineuse une substance radioactive qui s'agglomère dans le squelette aux endroits où les modifications osseuses sont les plus importantes. Un dispositif spécial permet ensuite de faire apparaître les éventuelles métastases.

Les stades de la maladie

La classification TNM

Les différents examens permettent d'évaluer l'extension de la maladie, c'est-à-dire de déterminer le stade auquel elle se trouve; on parle également de «staging». Pour ce faire, on a recours à la classification internationale TNM.

Etablie par l'Union internationale contre le cancer (UICC), cette classification se base sur la taille de la tumeur (T), l'envahissement des ganglions lymphatiques (N) et la présence de métastases (M) dans d'autres organes.

Classification TNM (UICC, état 2010)

T La lettre T, suivie d'un chiffre compris entre 0 et 4 exprime la taille de la tumeur; plus le chiffre est élevé, plus sa taille est importante.

Tis Carcinome in situ, limité à la couche superficielle de la muqueuse.

T1 La tumeur est limitée à la muqueuse et à la sous-muqueuse.
Tumeur envahissant:
T1a la muqueuse et/ou
T1b la sous-muqueuse.

T2 Tumeur envahissant la couche musculaire de l'œsophage appelée musculuse.

T3 Tumeur envahissant la couche externe de tissu conjonctif qui couvre l'œsophage appelée adventice.

T4 La tumeur s'est infiltrée dans les structures avoisinantes:
T4a dans la cage thoracique, le diaphragme ou le péricarde
T4b la tumeur perce l'aorte, la trachée ou la colonne vertébrale.

N La lettre N (en latin *nodus* → *nodule*) exprime l'atteinte des ganglions lymphatiques.

N0 Pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques avoisinants.

N1 Envahissement de 1 à 2 ganglions lymphatiques régionaux.

N2 Envahissement de 3 à 6 ganglions lymphatiques régionaux.

N3 Envahissement de plus de 6 ganglions lymphatiques régionaux.

M La lettre M indique la présence de métastases dans d'autres organes. On les appelle aussi métastases « à distance ».

M0 Pas de métastases détectables ;

M1 Présence de métastases dans les ganglions lymphatiques plus éloignés et/ou d'autres organes (souvent le foie ou les poumons).

Classification des stades

Sur la base de la classification TNM, les spécialistes distinguent les stades suivants :

Stades précoces

Stade I

Extension de la tumeur T1 ou T2
Atteinte des ganglions lymphatiques N0
Absence de métastases M0.

Stade II

Extension de la tumeur T1 ou T2, atteinte des ganglions lymphatiques N1
absence de métastases M0
ou
extension de la tumeur T3, atteinte des ganglions lymphatiques N0
absence de métastases M0.

Stade III

Extension de la tumeur T1 ou T2 atteinte des ganglions lymphatiques N2
absence de métastases M0

ou

Extension de la tumeur T3, atteinte des ganglions lymphatiques N1 ou N2
absence de métastases M0

ou

extension de la tumeur T4, atteinte des ganglions lymphatiques entre N0 et N2
absence de métastases M0

ou

extension de la tumeur de T1 à T4, atteinte des ganglions lymphatiques N3
absence de métastases M0.

Stades tumoraux avancés

Stade IV

Progression de la tumeur de T1 à T4
Atteinte des ganglions lymphatiques entre N0 et N3, métastases dans des ganglions lymphatiques plus éloignés ou d'autres organes M1.

Des lettres supplémentaires (par ex. stade IIA ou IIIB) précisent le diagnostic. Votre médecin vous en fournira les détails.

Différenciation ou grades de la tumeur: évaluation de la croissance tumorale

Pour choisir la meilleure thérapie possible, on analyse généralement aussi les tissus cancéreux, en complément à la classification TNM. L'examen d'échantillons permet en effet de déterminer dans quelle mesure les cellules cancéreuses diffèrent des saines et d'estimer ainsi le degré d'agressivité.

Alors que les cellules saines présentent une structure et une fonction spécifiques et se divisent à un rythme sain (on dit qu'elles sont bien différenciées), les cellules cancéreuses indiquent une structure nettement plus simple et se divisent plus rapidement. Plus une cellule cancéreuse diffère d'une cellule saine, plus sa vitesse de division sera élevée et la tumeur agressive. Les degrés de différenciation sont exprimés par la lettre G et les chiffres de 1 à 3.

G1 les cellules cancéreuses ressemblent encore fortement aux cellules saines.

G2 les cellules cancéreuses ressemblent encore un peu aux cellules saines.

G3 les cellules cancéreuses ne ressemblent presque plus aux cellules saines et se divisent de manière plus rapide (agressive) que celles des degrés G1 et G2.

Grade de Fuhrman: précision du diagnostic

Un examen complémentaire consiste à analyser les noyaux cellulaires des cellules cancéreuses. Il en résulte ce que les anatomo-pathologistes, spécialistes des tissus, appellent le grade de Fuhrman: il indique à quel point les noyaux des cellules cancéreuses se différencient des noyaux des saines. Le grade de Fuhrman s'échelonne de 1 à 4, 1 équivalant à des différences minimales et 4 à des différences notables. Plus le grade est élevé, plus il est prévisible que la croissance de la tumeur soit agressive.

Options thérapeutiques

Il existe différentes options thérapeutiques dans le cas d'un cancer de l'œsophage. Le choix du traitement dépend du stade de la maladie et du type de tumeur. Les méthodes principales sont :

- l'opération
- la chimiothérapie
- la radiothérapie

Un traitement efficace n'est possible que si le chirurgien retire toute la tumeur. Pour cette raison, l'opération et la radiochimiothérapie (combinant radio- et chimiothérapie) représentent les interventions de référence.

Dans la majorité des cas, la formation de métastases empêche une guérison définitive, mais les traitements médicamenteux ou la radiothérapie peuvent retarder la progression du cancer.

Opération

Le chirurgien poursuit l'objectif d'ôter toute la tumeur avec une marge de tissu sain (ou « marge de sécurité »), afin de s'assurer qu'il ne reste aucun résidu tumoral.

Dans certains cas, en vue de faciliter l'intervention chirurgicale, il est possible de réduire la tumeur en administrant une radiochimiothérapie avant l'opération.

Étendue de l'opération

Selon le stade de la maladie, le chirurgien retire une partie ou l'intégralité de l'œsophage. Au cours de la même intervention, il ôte et examine également des ganglions lymphatiques voisins (lymphadénectomie). Une ablation partielle ou complète de l'estomac (gastrectomie) peut s'avérer nécessaire si la tumeur se trouve au point de jonction avec l'estomac, ou si elle en a atteint des régions.

L'étendue de l'opération ne dépend pas du type de tumeur (cancer épidermoïde ou adénocarcinome). Localisée dans la partie supérieure de l'œsophage, la tumeur est opérée en pratiquant une ouverture dans la cage thoracique. Si la tumeur est située dans la partie inférieure de l'œsophage, une ouverture depuis la cavité abdominale peut suffire.

Ensuite, la partie restante de l'œsophage dans la gorge ou la cage thoracique est à nouveau rattachée à l'estomac. Dans ce but, le chirurgien « tire » l'estomac vers le haut et lui donne une forme de tuyau.

Si l'estomac n'est pas utilisable ou doit être retiré, le chirurgien utilise une partie du côlon ou de l'intestin grêle.

L'alimentation après une opération de l'œsophage

À la suite de l'ablation (partielle) de l'œsophage, l'estomac est situé la plupart du temps plus haut qu'avant, pouvant entraîner troubles et effets sur la digestion. Une perte de poids involontaire en représente une conséquence fréquente.

Avez-vous subi une opération? Votre équipe soignante se chargera alors de vous conseiller en matière d'alimentation et vous dira comment prévenir les suites de la chirurgie.

Pour consulter d'autres effets sur l'alimentation, reportez-vous à la page 42.

Résection par voie endoscopique de la muqueuse

À un stade très précoce, le chirurgien peut ôter la tumeur au cours d'une œsophagoscopie (voir p. 17). Le chirurgien opère en ambulatoire ou dans le cadre d'une brève hospitalisation. Il introduit un endoscope dans l'œsophage (voir p. 17) qui permet de faire passer différents instruments jusqu'à la tumeur afin de la retirer et d'aspirer les tissus cancéreux. Les spécialistes appellent cette intervention « résection par voie endoscopique de la muqueuse ».

Cette intervention exige de remplir les critères suivants :

- une tumeur limitée à la surface de la muqueuse (tumeur in situ, éventuellement T1a);
- des ganglions lymphatiques intacts;
- aucune métastase détectée;
- grade de la tumeur inférieur ou égal à G2 (voir p. 22).

Chimiothérapie

La chimiothérapie repose sur l'emploi de médicaments qu'on appelle cytostatiques. Ils détruisent les cellules cancéreuses ou en inhibent la croissance. Pour en comprendre le mécanisme, quelques explications: la division cellulaire respecte un ordre précis. Les cytostatiques en perturbent les différentes phases et freinent ainsi la croissance de la tumeur. Par le biais de la circulation sanguine, les cytostatiques parviennent dans tout l'organisme: ils ont donc un effet systémique, contrairement à la radiothérapie qui cible la tumeur.

Un patient atteint d'un cancer de l'œsophage suit une chimiothérapie:

- en vue de diminuer la taille de la tumeur avant d'opérer (chimiothérapie néoadjuvante);
- après une opération, afin de détruire d'éventuels résidus tumoraux (chimiothérapie adjuvante).

Une radiochimiothérapie peut entrer en ligne de compte et nécessite parfois une hospitalisation. Une autre possibilité consiste à associer chimiothérapie et anticorps (voir p. 31). En règle générale, ce traitement est ambulatoire.

Une chimiothérapie seule peut être administrée aux personnes dont la tumeur a déjà formé des métastases afin d'en soulager les symptômes. On parle alors de traitement palliatif (voir p. 35).

Comment agissent les cytostatiques ?

Les cytostatiques ont pour objectif d'empêcher la division et la multiplication des cellules cancéreuses à croissance rapide. Ce mécanisme détruit de possibles résidus tumoraux ou en réduit la taille. Ainsi, le traitement ralentit la progression de la maladie et limite la croissance de métastases.

Les effets sur les cellules saines

Les cytostatiques s'attaquent aussi aux cellules saines à division rapide comme: les cellules sanguines souches qui se forment dans la moelle osseuse, les cellules des muqueuses (bouche, œsophage, intestin, vagin), du système pileux, les ovules et les spermatozoïdes. Le tissu sain à l'origine peut se rétablir la plupart du temps. Ainsi, après le traitement, les effets indésirables diminuent ou disparaissent.

Comment administre-t-on une chimiothérapie ?

En fonction de la maladie cancéreuse et des caractéristiques des cellules tumorales, les médecins proposent des cytostatiques diffé-

rents. Ils associent souvent deux types de médicaments ou plus, c'est la thérapie combinée, tandis que la monothérapie n'utilise qu'un seul cytostatique.

La chimiothérapie se compose de plusieurs périodes que l'on appelle cycles, entrecoupés d'une pause de récupération de quelques jours (pour les cellules saines). La plupart du temps, le patient reçoit les cytostatiques par perfusion.

Effets secondaires fréquents

Les dommages subis par les cellules saines sont la cause principale des effets secondaires. Ceux-ci peuvent survenir pendant et après la chimiothérapie :

- modifications de la formule sanguine pouvant augmenter les risques de saignements, d'infections ou provoquer une fatigue ;
- nausées et vomissements ;
- troubles gastrointestinaux ;
- fourmillements et autres troubles neurologiques ;
- sécheresse des muqueuses (bouche par ex.) ;
- altérations des sens (vue, audition) ;
- syndrome mains-pieds : rougeur douloureuse ou gonflement cutané des paumes des mains et de la plante des pieds ;
- perte de cheveux.

La plupart de ces réactions ne durent qu'un temps. Il existe des médicaments qui aident à les atténuer. Votre équipe soignante vous informera et conseillera à ce propos. Vous lirez aux pages 41 et suivantes comment mieux tolérer les effets secondaires du traitement. L'encadré ci-joint vous informe sur les médicaments et mesures d'accompagnement.

Le type d'effet secondaire dépend du médicament et de la combinaison proposée par les médecins. Le dosage et la sensibilité individuelle entrent aussi en ligne de compte.

Pour en savoir plus

La brochure « Les traitements médicamenteux des cancers » vous informe plus en détail sur ce thème et les moyens d'en apaiser les effets indésirables (voir p. 53).

Médicaments ou traitements de soutien

Le médecin peut prescrire des médicaments ou des traitements qui soulagent ou préviennent les symptômes tels que les nausées, les vomissements, la diarrhée, la constipation, les difficultés respiratoires, un mauvais bilan hématologique, la fièvre, les infections et les douleurs. Parfois, il est même possible d'en prescrire à titre préventif :

- médicaments contre les nausées et les vomissements (antiémétiques) ;
- antibiotiques contre les infections bactériennes ;
- antipyrétiques contre la fièvre (en partie identiques aux analgésiques) ;
- antimycosiques contre les affections provoquées par des champignons ;
- analgésiques ;
- transfusions de plaquettes sanguines contre le risque d'hémorragie ; transfusions sanguines ou médicaments en cas d'anémie ;
- antidiarrhéiques ou laxatifs au besoin ;
- bisphosphonates contre l'ostéoporose, à savoir la diminution de la densité osseuse ;
- bains de bouche ou soins en cas d'inflammations des muqueuses buccales et de la gorge ;
- médicaments ou mesures d'hygiène visant à soutenir le système immunitaire en cas de diminution importante des globules blancs (leucopénie, neutropénie) ;
- préparations à base de cortisone pour prévenir les réactions allergiques et la nausée ;

Il est important de prendre les médicaments prescrits de façon rigoureuse pour que le traitement soit efficace. Consultez également la section « Faire face aux effets indésirables », pages 41 et suivantes.



Radiothérapie

Les rayons endommagent les cellules cancéreuses qui, empêchées de se diviser et de proliférer, finissent par mourir. Le traitement peut cependant aussi agir sur les cellules saines et provoquer des effets secondaires.

En cas de cancer de l'œsophage, la radiothérapie intervient le plus souvent associée à une chimiothérapie, sous la forme d'une radiochimiothérapie: la radiothérapie néoadjuvante vise à réduire la tumeur *avant* l'opération, tandis que la radiothérapie adjuvante (après l'opération) a pour objectif de détruire les possibles résidus de cellules cancéreuses. Si l'opération est exclue, une radiothérapie seule est envisagée ou associée à une chimiothérapie (radiochimiothérapie).

La radiothérapie externe

La radiothérapie externe ou *percutanée* consiste à diriger les rayons à travers la peau pour irradier les tissus atteints et les ganglions lymphatiques environnant la région du corps touchée par la tumeur. Avant la première séance de rayons, un scanner permet de produire une image en trois dimensions de l'œsophage. Elle sert à déterminer la position optimale du patient lors des séances ainsi que les champs à

irradier (en traçant sur la peau des marques servant de repères).

Ces marques en couleur sont très utiles: à chaque séance, le patient reprend exactement la même position et les rayons ciblent la même zone. L'objectif: faire en sorte, autant que possible, que les rayons ne touchent que la tumeur et ménagent dans une large mesure des organes comme les poumons ou la moelle épinière.

Pendant quatre à six semaines, le patient reçoit des rayons à raison de cinq séances hebdomadaires. Chaque séance ne dure que quelques minutes. Réalisées en ambulatoire, le patient peut ensuite retourner à son domicile.

La radiothérapie interne

La radiothérapie interne ou *curiethérapie* représente aussi une option thérapeutique en cas de cancer de l'œsophage. Plus précisément, la curiethérapie *endoluminale* désigne le traitement d'organes creux comme l'œsophage.

Elle consiste à introduire à l'aide d'une fine sonde une source de rayonnement à très grande proximité de la tumeur. Dans un second temps, elle est chargée en radioactivité. Pour cette raison, les spécialistes parlent de *chargement différencié*.

Cette technique permet d'appliquer une dose de rayons élevée dans un court laps de temps, et à courte distance. Autre avantage, cette méthode ménage en grande partie les tissus environnants, puisque les rayons ne les atteignent pas. Une fois la radiothérapie terminée, la source de rayonnement est retirée.

Effets indésirables possibles d'une radiothérapie

- sécheresse ou rougeur de la peau à l'endroit traité
- sécheresse buccale
- troubles de la déglutition
- inflammation pulmonaire

Signalez sans tarder ces symptômes à votre équipe soignante. Des médicaments permettent d'apaiser la majorité d'entre eux.

Pour en savoir plus

Dans la brochure « La radiothérapie », vous en apprendrez davantage sur le traitement à base de rayons et les possibilités d'en soulager les effets secondaires (voir p. 53).

Nous vous invitons à consulter également les remarques aux pp. 41 et suiv., et les médicaments ou traitements de soutien énumérés à la p. 27.

Autres traitements possibles

Thermoablation par radiofréquence

Cette technique détruit la tumeur par la chaleur. Elle est acheminée dans la tumeur au moyen d'un endoscope. Les tumeurs plus petites sont en quelque sorte « bouillies ». L'organisme élimine ensuite le tissu détruit et le remplace par du tissu cicatriciel.

Certains patients reçoivent ce traitement à la suite d'une résection endoscopique de la muqueuse. A des stades avancés de la maladie, elle soulage la personne malade souffrant de problèmes de déglutition. Il faut cependant répéter la procédure plusieurs fois, à intervalles réguliers.

Thérapie photodynamique

La thérapie photodynamique consiste à vous administrer un médicament que les cellules cancéreuses absorbent tout particulièrement. La substance médicamenteuse les rend sensibles à la lumière. Quelques jours plus tard, le médecin traite la tumeur au laser et à l'aide d'un endoscope.

Effet secondaire transitoire de cette méthode: votre peau développe une sensibilité accrue à la lumière. Pendant une période

allant jusqu'à plusieurs semaines, vous devez vous protéger du soleil et des fortes sources de lumière.

A un stade très précoce, une thérapie photodynamique représente une option supplémentaire par rapport à l'opération. Aux stades avancés de la maladie, elle soulage aussi les problèmes de déglutition.

Thérapies par anticorps

Des substances spécifiques sont indispensables au bon fonctionnement et à la croissance des cellules saines et cancéreuses. En leur absence, elles ne se divisent plus et peuvent mourir.

Comment agissent les anticorps ?

Chaque cellule est recouverte à sa surface de récepteurs qui reçoivent des signaux. Certains d'entre eux sont nécessaires à la croissance cellulaire. Le mécanisme s'apparente à celui d'une clé que l'on introduit dans une serrure.

Les thérapies par anticorps appartiennent à la famille des thérapies ciblées. Leur action se fonde sur l'usage de substances qui bloquent un récepteur indispensable à la croissance d'une cellule cancéreuse en particulier. Dans le cas du cancer de l'œsophage, les anticorps neutralisent le récepteur appelé HER2. Fabriqués en labora-

toire, les spécialistes parlent d'anticorps « monoclonaux » parce qu'ils proviennent d'une seule et même cellule. Ils sont tous identiques (clones).

Procédé

Les anticorps sont associés à une chimiothérapie. Ce traitement ne concerne que les patients dont la tumeur de l'œsophage indique la présence de récepteurs HER2 mentionnés plus haut.

Symptômes fréquents :

- troubles gastrointestinaux
- difficultés respiratoires
- réactions cutanées (acné)
- risque d'infection élevé
- tendance aux saignements
- hypertension artérielle
- symptômes rappelant une grippe.

Votre équipe soignante vous informe et vous conseille au sujet des effets secondaires qui peuvent se manifester dans votre cas. Ils dépendent du type et de la combinaison de médicaments prescrits dans votre cas.

Stent

Si le chirurgien exclut l'ablation ou le raccourcissement de l'œsophage, il pose un stent, un petit tube en plastique ou grillagé. Il aide à maintenir ouverts les segments de l'œsophage touchés. Le stent atténue les difficultés de dé-



glutition, rend inutile la mise en place d'une alimentation artificielle, et le patient conserve ainsi une qualité de vie considérable.

Gastrostomie endoscopique percutanée (GEP)

La gastrostomie endoscopique percutanée désigne la procédure qui consiste à placer à travers la paroi abdominale un tuyau fin et flexible en plastique. Ce tuyau est appelé sonde GEP. Fermée par un bouchon, elle mesure environ vingt centimètres en dehors de la partie supérieure de la paroi abdominale. Portée sous les vêtements, elle est invisible au regard d'autrui.

Traitement du cancer de l'œsophage selon le stade de la maladie

Le choix du traitement dépend principalement du stade (voir stades de la maladie, pp.19 et suiv.), de l'agressivité et de l'étendue de la tumeur :

- La tumeur se limite-t-elle à l'œsophage ?
- Les ganglions lymphatiques sont-ils touchés ? Des métastases se sont-elles formées dans d'autres organes ?
- La tumeur peut-elle être enlevée par voie chirurgicale ?
- Quelles sont les caractéristiques (type cellulaire par ex.) du tissu cancéreux prélevé lors de la biopsie ou de l'opération (voir p. 22) ?

Par ailleurs, l'état de santé général, l'âge et les souhaits du patient concernant la qualité de vie entrent en ligne de compte dans la planification du traitement. Une prise alimentaire naturelle est maintenue aussi longtemps que possible.

Planification du traitement

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

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

Les spécialistes impliqués au premier chef dans le traitement du cancer de l'œsophage sont :

- le gastroentérologue, expert en maladies des organes digestifs ;
- l'oncologue, expert en traitements médicamenteux des tumeurs, soins de soutien, coordination du traitement et suivi ;
- l'anatomopathologiste, qui examine les tissus ;
- le pneumologue, spécialiste des maladies pulmonaires, des bronches et de la plèvre ;
- le psycho-oncologue, spécialisé dans le soutien aux patients atteints d'un cancer pour les aider à faire face aux conséquences de la maladie et améliorer leur qualité de vie ; il intervient dans le cadre d'une thérapie ou de conseils ;
- le spécialiste en radiologie ou médecine nucléaire, expert en techniques d'imagerie médicale, en vue de poser un diagnostic et décider du traitement approprié ;
- le radio-oncologue, spécialiste de la radiothérapie ;

- le spécialiste en chirurgie thoracique, expert en traitement chirurgical des poumons, des bronches, etc.;
- le chirurgien viscéral, spécialiste des organes de la cavité abdominale.

Principes thérapeutiques

Les principes thérapeutiques varient en fonction de la tumeur et du 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 que de possibles métastases ne sont pas décelables.

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

Palliatif

On parle de soins palliatifs lorsque les chances de guérison sont plutôt faibles. Les médecins s'efforcent alors de ralentir l'évolution de la maladie pendant un certain temps, voire des années. La qualité de vie représente l'objectif prioritaire: des mesures ou des soins médicaux, des soins de confort, un

accompagnement psychologique et un soutien spirituel peuvent atténuer certains symptômes liés à la maladie comme des douleurs, l'angoisse, la fatigue et les problèmes liés à l'alimentation.

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

Néo-adjuvant ou préopératoire

Le traitement néo-adjuvant ou préopératoire (chimiothérapie, radiothérapie) *précède* l'opération afin de réduire la taille de la tumeur. Cette manière de procéder facilite ou rend possible l'ablation complète de la tumeur.

Adjuvant ou postopératoire

Un traitement adjuvant ou postopératoire est effectué *après* l'opération, en vue d'éliminer d'éventuels résidus tumoraux (chimiothérapie, radiothérapie). Ce type de traitement permet de détruire des métastases microscopiques ou *micro-métastases*.

Ce traitement diminue ainsi le risque de récurrence (nouvelle apparition de la tumeur) et 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 de 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 ne rien oublier le jour du rendez-vous. Il est recommandé d'être accompagné par un proche ou une personne de confiance.

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

Peut-être allez-vous également ressentir le besoin de consulter un psycho-oncologue. Éprouvez-vous des difficultés d'ordre

psychologique (angoisse) ou social (voir aussi p. 50)? Ce professionnel peut justement vous soutenir au-delà des aspects purement médicaux.

Vous décidez

Nous vous recommandons de discuter des options thérapeutiques avec les spécialistes respectifs. Dans certains hôpitaux ou centres de soin, les étapes du traitement sont coordonnées par l'un d'entre eux.

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

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

Vous pouvez aussi confier le choix thérapeutique au médecin traitant. Votre accord est de toute façon indispensable pour entreprendre un traitement ou réaliser une opération.

Les questions à poser au médecin

- Que puis-je attendre du traitement proposé ? Peut-il prolonger la vie ? Améliore-t-il la qualité de vie ?
- Quels sont les avantages et les inconvénients du traitement ? Des traitements additionnels sont-ils nécessaires ? Existe-t-il d'autres options thérapeutiques ?
- A quels effets indésirables dois-je me préparer ? Sont-ils transitoires ou permanents ? Comment puis-je y faire face ?
- Comment se répercute le traitement sur mon alimentation ? Dois-je recourir provisoirement à la nutrition artificielle ? Dois-je changer mes habitudes alimentaires ou renoncer à certains aliments ?
- Quelles sont les complications possibles de l'intervention chirurgicale ?
- Quels sont les troubles supplémentaires si la tumeur a atteint d'autres organes ou si ceux-ci sont lésés au cours de l'opération ?
- Que se passe-t-il si la tumeur ne peut pas être retirée complètement ?
- Le traitement du cancer de l'œsophage est-il fréquent dans cet hôpital ? Les chirurgiens ont-ils l'habitude d'opérer une tumeur de l'œsophage ? Ces questions sont importantes, car l'expérience des différentes équipes peut influencer l'évolution de la maladie et la qualité de vie du patient.
- La caisse maladie prend-elle en charge les coûts du traitement ?
- Si je renonce à certains traitements, quelles en sont les conséquences sur mon espérance et ma qualité de vie ?

Mon diagnostic, mon traitement

Mes résultats d'examens

Mon diagnostic

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

Quels sont les contrôles ultérieurs nécessaires?

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

Traitement des stades précoces

Vous trouverez des détails sur la répartition des stades à partir de la page 19 aux pages 23 et suivantes, vous pouvez lire une description de chaque méthode thérapeutique.

Stade I

Suivant l'extension du carcinome, l'ablation partielle ou totale de l'œsophage et des ganglions lymphatiques voisins constitue la thérapie standard. A un stade très précoce, une résection endoscopique de la tumeur dans la muqueuse est possible. Il arrive que le patient suive une radiochimiothérapie postopératoire.

Stade II et stade III

- Avant l'opération, le patient peut suivre une radiochimiothérapie (adjuvante donc) ou une chimiothérapie seule pendant quatre à huit semaines. Puis, à l'issue d'une période de récupération (qui dure la plupart du temps six semaines ou plus), un chirurgien enlève l'œsophage ainsi que les ganglions lymphatiques voisins.
- Une chimiothérapie adjuvante (après l'opération) peut être à nouveau administrée, et associée s'il y a lieu à une thérapie par anticorps (immunothérapie).

- Une radiochimiothérapie seule entre en ligne de compte lorsque l'opération n'est pas envisageable pour différentes raisons. Ce traitement dure environ six semaines.

Traitement des stades avancés

Vous trouverez des détails sur la répartition des stades à partir de la page 19. Chaque méthode thérapeutique est décrite aux pages 23 et suivantes.

Stade IV

Le cancer de l'œsophage à un stade avancé, aussi appelé stade métastatique, ne peut plus être guéri dans la majorité des cas.

Si une opération ne permet pas d'ôter la tumeur, les médecins tentent de réduire sa taille au maximum en administrant une radiothérapie, une radiochimiothérapie ou à l'aide d'un laser.

Une radiothérapie, une chimiothérapie ou des thérapies endoscopiques (l'ablation par radiofréquence par ex.) atténuent les difficultés de déglutition.

Si la tumeur crée un rétrécissement trop important de l'œsophage, une intervention chirurgicale permet de placer un petit tube (un stent) en vue de le maintenir ouvert. Si cette opération n'est pas envisageable, le chirurgien pratique une gastrostomie endoscopique percutanée (GEP, voir p. 33). Elle consiste à introduire une fine sonde en plastique directement dans l'estomac, à travers la paroi abdominale.

Enfin, une radiothérapie peut calmer certains troubles ou douleurs (en cas de métastases osseuses notamment).

La thérapie dans le cadre d'une étude clinique

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

Il est tout à fait possible qu'on vous propose une telle étude dans le cadre de votre traitement. Toutefois, seul un entretien avec votre médecin permettra de cerner les avantages ou inconvénients pour

vous. Certains patients acceptent de participer à une étude clinique parce qu'ils pensent que les résultats en seront bénéfiques pour d'autres patients.

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

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

Vous en saurez davantage en lisant la brochure du Groupe suisse de recherche clinique sur le cancer intitulée «Thérapie anticancéreuse dans le cadre d'une étude clinique» (voir p. 55).

Faire face aux effets indésirables

L'apparition et la nature des effets indésirables d'un traitement varient fortement de cas en cas. Certains d'entre eux peuvent survenir en cours de traitement et régesser par la suite; d'autres ne surviennent qu'au terme du traitement proprement dit. Nombre d'effets indésirables s'atténuent au fil des jours, des semaines ou des mois.

Des médicaments ou des soins peuvent aujourd'hui les diminuer nettement, à condition d'alerter votre équipe soignante lorsqu'ils se manifestent.

Important

- Douleurs et nausées sont prévisibles. Pour cette raison, selon le traitement choisi, vous recevrez des médicaments d'accompagnement pour atténuer ses effets secondaires, parfois même *avant* de commencer la thérapie. Il est essentiel de respecter la prescription du médecin.
- Ne prenez rien de votre propre chef sans en parler d'abord à l'équipe soignante. Ce principe s'applique aussi aux onguents, aux médicaments de médecine complémentaire ou appa- rentée. Aussi inoffensifs qu'ils paraissent, des produits « naturels » peuvent interférer avec votre traitement médicamen-

teux. Si vous souhaitez y recourir, discutez-en d'abord avec l'équipe médicale, elle saura vous informer.

De nombreuses publications de la Ligue contre le cancer portent sur les traitements standards et la manière de vivre au mieux avec les répercussions de la maladie et des traitements (voir p. 53).

Effets sur l'alimentation

Le traitement du cancer de l'œsophage peut entraîner des problèmes de déglutition. Une œsophagectomie peut accentuer ces difficultés, raison pour laquelle le patient reçoit souvent provisoirement les aliments par voie artificielle (voir encadré p. 42).

Il est essentiel d'assurer à l'organisme un apport suffisant en calories pendant l'évolution de la maladie car à la suite d'une œsophagectomie, on observe fréquemment une perte de poids involontaire. Votre équipe soignante vous conseillera et vous soutiendra à ce sujet. Un spécialiste de l'alimentation intervient souvent pour fournir des conseils à la personne touchée.

Recommandations alimentaires après une œsophagectomie

En principe, vous êtes libre de manger tout ce que vous aimez et ne vous cause pas de troubles. Vous allez constater vous-même au fil du temps ce qui vous convient ou pas.

Voici quelques suggestions susceptibles de vous aider :

- Ponctuez la journée de 6 à 8 collations ;
- Mâchez bien et accordez-vous du temps pour prendre votre repas ;
- Des aliments coupés en tout petits morceaux, légèrement cuits ou en purée sont plus faciles à avaler. Une sauce crémeuse facilite aussi l'ingestion des repas ;
- Soupes et puddings sont faciles à avaler et peuvent se préparer

à base d'ingrédients qui constituent des repas complets ;

- Evitez les aliments trop chauds, trop froids ou trop épicés ;
- Les boissons trop chaudes, trop froides, gazeuses ou trop sucrées sont aussi déconseillées.

Il arrive que l'opération provoque des altérations du goût. Elles disparaissent en principe avec le temps.

Le syndrome de chasse ou *syndrome de dumping*

Une opération de l'œsophage a pour conséquence de rehausser l'estomac, raison pour laquelle le bol alimentaire arrive plus vite et en plus grandes portions dans l'intestin grêle. Ce phénomène peut déclencher un syndrome de chasse. Vous entendrez peut-être aussi le terme de syndrome de *dumping* ou de chasse.

Alimentation artificielle

Il existe deux techniques : la sonde entérale ou le cathéter veineux.

- L'alimentation entérale : L'assimilation de la nourriture s'effectue dans l'intestin. Les aliments sont acheminés par une sonde qui passe à travers le nez et la gorge. Elle parvient jusque dans l'estomac par la paroi abdominale, ou directement dans l'intestin grêle.
- L'alimentation parentérale : le personnel médical prépare une solution pour perfusion contenant des nutriments, puis au moyen d'un cathéter veineux central, les substances nutritives sont directement injectées dans la circulation sanguine. L'équipe médicale a seulement recours à ce mode d'alimentation lorsque l'alimentation entérale n'est pas possible.

Syndrome de chasse précoce

En cas de syndrome de chasse précoce, le bol alimentaire s'accumule dans l'intestin grêle, en attendant de passer plus loin. En effet, il faut d'abord le diluer. Les liquides nécessaires proviennent de la circulation et des organes, entraînant une chute de la pression sanguine. La forte dilatation de l'intestin grêle peut provoquer de fortes réactions telles que crampes abdominales douloureuses, vomissements, fatigue, palpitations cardiaques, voire un collapsus cardiovasculaire.

Syndrome de chasse tardif

Le syndrome de chasse tardif se produit lorsque le glucose parvient dans l'intestin grêle sans être digéré. Absorbé par la circulation sanguine, le taux de sucre dans le sang augmente brutalement, déclenchant une production rapide et excessive d'insuline dans le pancréas pour le digérer. Une

fois que le sucre est assimilé, l'excès d'insuline reste dans le sang. Cette situation peut provoquer, deux à trois heures après le repas, ce que l'on appelle une hypoglycémie (diminution de sucre dans le sang). Elle entraîne les symptômes suivants: faim, tremblements, transpiration, sensation de faiblesse et vertiges liés à la baisse de tension.

Que faire contre le syndrome de chasse ?

Voici quelques mesures que vous pouvez appliquer afin de prévenir et calmer les symptômes du syndrome:

- Allongez-vous au besoin pendant environ 30 minutes après chaque repas pour que le bol alimentaire parvienne plus lentement dans l'intestin grêle.
- Ponctuez votre journée de plusieurs collations.
- Ne mangez pas dans la précipitation, donnez-vous du temps.
- Ne buvez pas pendant les repas.
- Evitez les aliments et les boissons riches en sucre. Renoncez aux plats gras.

Pour en savoir plus

La publication « Difficultés alimentaires en cas de cancer » vous fournit de nombreuses informations sur les problèmes liés à l'alimentation pendant la maladie et comment vous pouvez agir (voir p. 53).

Traitements additionnels

Suivi médical et réadaptation

Après le traitement, dans les premiers temps, vous devrez vous soumettre à des contrôles rapprochés. Ils visent, d'une part, à déceler rapidement les effets indésirables de la maladie ou du traitement pour les apaiser. D'autre part, ces contrôles permettent de détecter et soigner une récurrence éventuelle ou des métastases.

Hormis les symptômes tardifs ou séquelles comme les douleurs ou la fatigue, vous rencontrez peut-être aussi des problèmes de nature psychologique (angoisse), professionnelle ou sociale dont il ne faut pas craindre de parler.

Si vous en éprouvez le besoin, demandez l'aide d'un spécialiste ou conseiller en psycho-oncologie (voir p. 50). Parler des difficultés liées à la maladie est essentiel, tout comme se faire accompagner dans la recherche de solutions. En adoptant cette attitude, vous facilitez votre réadaptation, autrement dit votre retour à la vie de tous les jours.

La fréquence du suivi dépend du stade de la maladie, des traitements reçus et de votre état de santé. Le médecin propose des contrôles plus réguliers au cours

des premières années qui suivent le traitement, puis progressivement ils s'espacent.

Si, entre deux rendez-vous, vous ressentez des symptômes, consultez votre médecin sans tarder.

Enfin, pour vous aider à retrouver des forces après la maladie et les traitements, il existe des offres de réadaptation sous forme d'activité physique notamment (voir aussi la brochure «Activité physique et cancer», p. 54).

Traitement de la douleur

Principalement à un stade avancé de la maladie et en présence de métastases, le cancer de l'œsophage peut provoquer des douleurs. Pénibles à supporter, elles affaiblissent la personne concernée.

Dans la toute grande majorité des cas, il est possible de soulager les douleurs d'origine cancéreuse, voire, très souvent, de les supprimer complètement. Les médicaments et autres mesures disponibles s'adaptent au type de cancer dont vous souffrez, à l'intensité des douleurs, à leurs causes exactes, et à vos préférences.

Pour vous venir en aide, les moyens sont nombreux :

- différents médicaments
- des exercices de relaxation (méditation, entraînement autogène par ex.)
- activité physique, sport
- physiothérapie, applications de chaud ou de froid, ergothérapie
- conseil psycho-oncologique
- psychothérapie
- opération
- rayons.

La règle d'or : ne pas souffrir inutilement et en silence. Adressez-vous à l'équipe soignante. Aujourd'hui, le personnel est très bien formé. Les options sont nombreuses, essayez-les !

Souvent, un faible analgésique suffit à soulager de légères douleurs. Ce type d'antidouleur regroupe les substances actives telles que le paracétamol, l'acide acétylsalicylique ou le diclofénac. Si vous avez besoin de médicaments plus puissants, les opioïdes peuvent aussi entrer en ligne de compte.

D'autres méthodes calment la douleur : des exercices de relaxation ou un accompagnement psychothérapeutique (voir plus haut). Parfois, elles permettent de diminuer la prise de médicaments.

Lorsque la tumeur exerce une pression sur des nerfs et provoque des douleurs, le traitement consiste à opérer le patient ou à lui administrer une radiothérapie.

Recours aux opioïdes

Il est possible que les personnes touchées et leurs proches nourrissent des craintes à leur égard. La peur de certains effets secondaires comme la dépendance et la somnolence n'est cependant pas fondée si le traitement est correctement administré.

Par ailleurs, les légères nausées ou la somnolence qui peuvent survenir en début de traitement sont faciles à neutraliser ou diminuent spontanément après un certain temps.

En outre, l'administration d'opioïdes sous surveillance médicale diffère nettement de l'usage qu'en fait la personne toxicomane : cette dernière s'injecte directement dans la veine une forte dose, provoquant un état euphorique immédiat et le risque de dépendance.

En revanche, dans le traitement de la douleur liée au cancer, les opioïdes sont administrés à intervalles réguliers et à des doses minimales. Le dosage est personnalisé. Souvent, vous le déterminez vous-même à l'aide d'une pompe

à perfusion. L'expérience montre que ce dispositif contribue à en diminuer nettement la dose. Il est important de le savoir, car seuls les opioïdes soulagent certains types de douleurs.

Si vous ou vos proches avez des craintes vis-à-vis de la morphine ou d'autres opioïdes, il vaut la peine d'aborder la question avec le médecin. Vous trouverez des informations détaillées dans la brochure «Les douleurs liées au cancer et leurs traitements» (voir p. 53).

Les médecines complémentaires

Un grand nombre de personnes touchées par le cancer ont recours aux médecines complémentaires, pour compléter leur traitement médical «classique».

Qu'est-ce qu'un opioïde ?

La morphine ou la codéine sont rangées dans la catégorie des opioïdes, composants naturels de l'opium. Ils peuvent aussi être conçus en laboratoire (le tramadol notamment).

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. 53).

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.

Le 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 plus souvent seul. Vous éprouvez peut-être un vide intérieur, vous vous sentez un peu perdu. Les traitements sont certes terminés, mais rien n'est comme avant, soit parce que le retour à la vie de tous les jours est encore au-dessus de vos forces, soit parce que vous souffrez toujours des répercussions physiques et psychiques de la ma-

ladie 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?

La brochure de la Ligue contre le cancer «Cancer et souffrance psychique: le cancer touche la personne dans sa totalité» (voir p. 54) donne des explications sur les difficultés que la maladie peut engendrer sur le plan émotionnel et mental et des pistes pour mieux les affronter.



En parler

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

Faire appel à un soutien professionnel

Il est possible que la fin du traitement représente un moment propice pour demander du soutien auprès d'un conseiller de votre ligue cantonale ou régionale, ou d'un autre professionnel (voir «Conseils et informations», pp. 50 et suiv.). 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'anxiété et de tristesse. Si vous en ressentez le besoin, faites appel à une personne formée en psycho-oncologie.

Des professionnels issus d'horizons variés (médecins, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux ou accompagnants spirituels ou religieux) peuvent offrir des conseils ou une thérapie, car ils ont acquis une vaste expérience avec des personnes atteintes d'un cancer et leurs proches. Certains d'entre eux bénéficient d'une formation spécifique en psycho-oncologie. Actifs notamment dans les services d'oncologie ou de psychiatrie des hôpitaux, ces personnes vous apportent un soutien

qui dépasse le cadre strictement médical. Ici encore, nous vous recommandons dans un premier temps de vous adresser à votre ligue cantonale.

Votre ligue cantonale ou régionale contre le cancer

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

La Ligne InfoCancer 0800 11 88 11

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

Cancerline: pour chatter sur le cancer

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

ce qui les préoccupe. Du lundi au vendredi de 11 h à 16 h et le mercredi uniquement pour les enfants et les adolescents.

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?» (voir p. 54) des suggestions pour parler de la maladie avec vos enfants. Il contient aussi des conseils à l'intention des enseignants. La Ligue publie également une brochure utile, sous le titre «Quand le cancer touche les parents: en parler aux enfants».

La Ligne stop-tabac 0848 000 181

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

Stages

Dans différentes régions de Suisse, la Ligue contre le cancer propose aux personnes touchées des stages de durée variable:

www.liguecancer.ch/stages. Vous en trouverez le programme dans une brochure (voir p. 54).

Activité physique

De nombreuses personnes touchées pratiquent une activité physique pour retrouver de l'énergie, reprendre confiance en soi et réduire la sensation de fatigue. Il existe des groupes de sport adaptés aux personnes atteintes d'un cancer: renseignez-vous auprès de votre ligue cantonale ou régionale, et consultez la brochure «Activité physique et cancer» (voir p. 54).

Autres personnes touchées

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

Forums de discussion

Il existe sur internet des forums de discussion sur le thème du cancer, notamment le forum de la Ligue contre le cancer www.forumcancer.ch, géré par la Ligne InfoCancer (Suisse).

Groupes d'entraide

Se retrouver dans un groupe favorise l'échange d'informations et d'expériences. Bien des choses

paraissent plus légères quand on en discute avec des personnes confrontées aux mêmes difficultés.

Informez-vous auprès de votre ligue cantonale ou régionale : elle vous renseignera sur les groupes d'entraide, sur les groupes de parole ou sur les offres de cours pour personnes touchées et leurs proches.

Sous www.infoentraidesuisse.ch vous pouvez chercher un groupe d'entraide à proximité de chez vous.

Service de soins à domicile

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

Conseils en alimentation

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

Association suisse des 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, un lien vous permet de trouver l'adresse d'un professionnel dans votre canton.

palliative ch

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

palliative ch
Société suisse de médecine et de soins palliatifs
Bubenbergplatz 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. 40).

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. 54).

Brochures de la Ligue contre le cancer

- **Les traitements médicamenteux des cancers**
Chimiothérapie, thérapie anti-hormonale, immunothérapie
- **Le traitement médicamenteux 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**
- **Cancer et sexualité au féminin**

- **Cancer et sexualité au masculin**
 - **Soigner son apparence durant et après la thérapie**
Peau, coiffure, couleurs et vêtements: les conseils de la Ligue contre le cancer
 - **Activité physique et cancer**
Retrouver confiance en son corps grâce au mouvement
 - **Accompagner un proche atteint de cancer**
Suggestions et conseils pour les parents et amis des personnes touchées
 - **Soigner un proche et travailler: une mission possible**
Dépliant de 8 pages pour mieux concilier activité professionnelle et soins prodigués à un proche
 - **Cancer et souffrance psychique**
Le cancer touche la personne dans sa totalité
 - **Cancer: comment en parler aux enfants?**
Dépliant contenant conseils et informations pour les parents et les enseignants
 - **Stages**
Pour les personnes touchées par le cancer
 - **Prédispositions héréditaires au cancer**
Des réponses aux questions que se posent les familles fortement touchées par le cancer
 - **Cancer: prestations des assurances sociales**
 - **Décider jusqu'au bout**
Brochures sur les directives anticipées
 - **Les directives anticipées de la Ligue contre le cancer**
Mes volontés en cas de maladie et de décès
 - **Cancer: quand l'espoir de guérir s'amenuise**
Guide de l'offre en soins palliatifs
- Commandes**
- Ligue contre le cancer de votre canton
 - Téléphone: 0844 85 00 00
 - Courriel: boutique@liguecancer.ch
 - Internet: www.liguecancer.ch
- Vous trouverez toutes les brochures de la Ligue contre le cancer sur www.liguecancer.ch/brochures. La grande majorité vous est remise gratuitement et vous pouvez également les télécharger. La Ligue suisse contre le cancer

et votre ligue cantonale peuvent vous les offrir grâce au soutien de leurs donateurs.

Votre avis nous intéresse

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

Autres brochures

«Thérapie anticancéreuse dans le cadre d'une étude clinique», 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

Certaines ligues contre le cancer disposent d'une bibliothèque où vous pouvez emprunter des ouvrages gratuitement. Renseignez-vous auprès de la ligue la plus proche de chez vous (voir pp. 58 et suiv.).

La Ligue suisse contre le cancer dispose d'une bibliothèque spécialisée dont le catalogue est disponible en ligne.

www.liguecancer.ch → Accès spécialistes → Littérature → Bibliothèque spécialisée

Sites internet

Par ordre alphabétique

www.forumcancer.ch

www.forumcancer.ch

Forum internet de la Ligue contre le cancer.

www.liguecancer.ch

Site de la Ligue suisse contre le cancer.

www.liguecancer.ch/migrants

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

www.liguecancer.ch/readaptation

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

[Autres institutions ou services spécialisés](http://www.apprendre-a-vivre-avec-le-cancer.ch)

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.planetesanté.ch

Site romand consacré à la santé.

www.espacecancer.chuv.ch

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

www.infocancer.org

Site français consacré aux différents types de cancer.

www.ligue-cancer.asso.fr

Site de la Ligue française contre le cancer.

www.palliative.ch

Société suisse de médecine et de soins palliatifs.

Sites en anglais

www.cancer.org

American Cancer Society.

www.cancer.gov

National Cancer Institute USA.

www.cancer.net

American Society of Clinical Oncology.

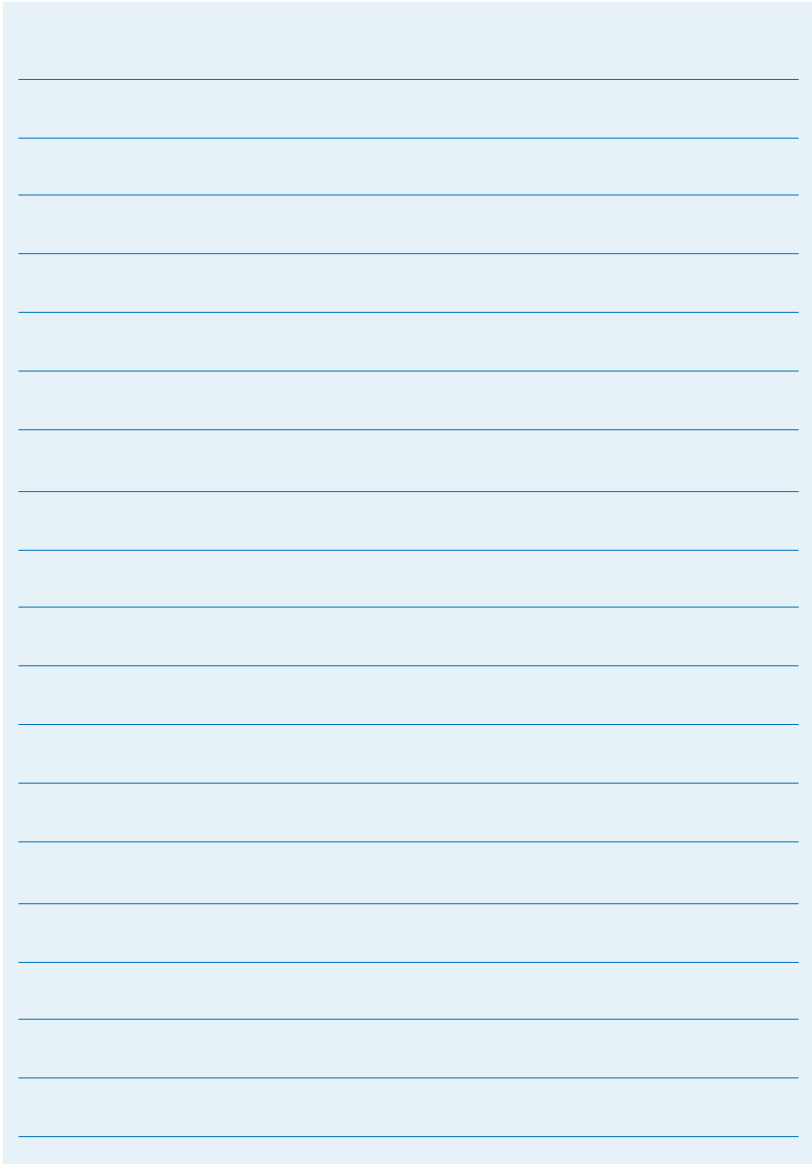
www.cancersupport.ch

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

Sources

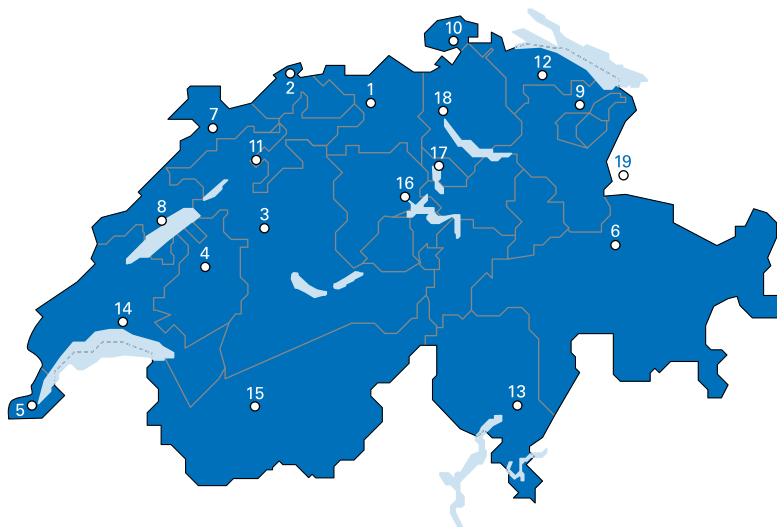
Les publications et les sites internet mentionnés dans cette brochure ont également servi de sources pour sa rédaction. Ils correspondent pour l'essentiel aux critères de qualité de la fondation La Santé sur internet (voir charte sur www.hon.ch/HONcode/French).

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
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.