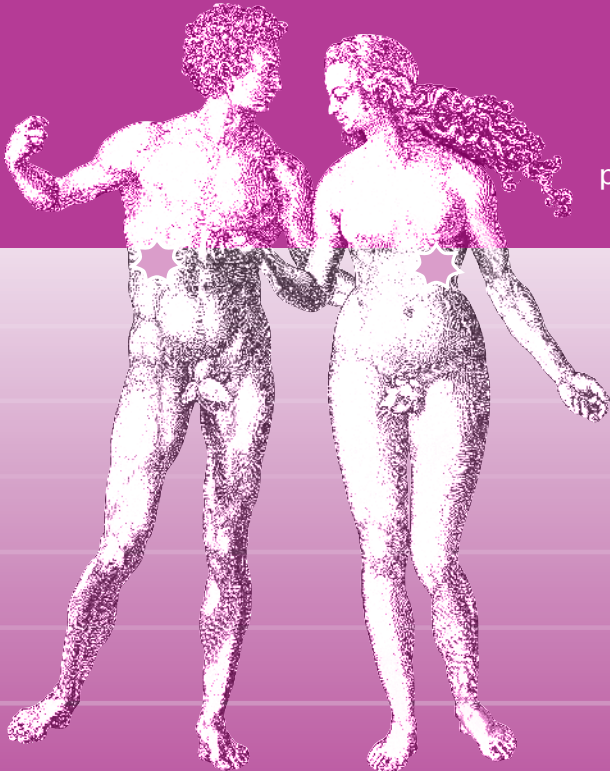




Le cancer du rein

Carcinome rénal

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



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

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

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

Impressum

Editeur

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

2^e édition

Direction du projet

Andrea Seitz, lic. phil., collaboratrice scientifique, Ligue suisse contre le cancer, Berne

Traduction

Evelyne Carrel, Arzier

Révision

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

Conseils scientifiques

Prof. Dr med. Hans-Peter Schmid, médecin-chef de la clinique d'urologie, Hôpital cantonal de Saint-Gall

Collaborateurs de la Ligue suisse contre le cancer, Berne

(par ordre alphabétique)

Karin Huwiler, Dr med., collaboratrice scientifique; Sabine Jenny, lic. phil., MAE, infirmière ES; Verena Marti, responsable des publications; Mark Witschi, Dr med., collaborateur scientifique

Couverture

Adam und Eve, d'après Albrecht Dürer

Illustrations

p. 7: Frank Geisler, illustrateur scientifique, Berlin
pp. 12, 13: Daniel Haldemann, Wil SG

Photos

p. 4: Verena Brügger, Thoune
p. 18: ImagePoint AG, Zurich
p. 36: Shutterstock

Conception graphique

Wassmer Graphic Design, Zäziwil

Impression

Jordi AG, Belp

Cette brochure est également disponible en allemand et en italien.

© 2015, 2009, Ligue suisse contre le cancer, Berne | 2^e édition revue

Table des matières

Avant-propos	5
Qu'est-ce que le cancer ?	6
Le cancer du rein	12
Le rein et les organes voisins	12
Les différents types de tumeurs rénales	15
Causes et facteurs de risque possibles	16
Troubles et symptômes possibles	19
Examens et diagnostic	20
Méthodes d'examens	20
Stades de la maladie	22
Options thérapeutiques	25
Opération	25
Techniques mini-invasives	27
Surveillance active	28
Traitements médicamenteux	29
Radiothérapie	35
Quel traitement à quel stade ?	37
Planification du traitement	37
Traitement aux stades débutant et intermédiaire	41
Traitement au stade avancé (cancer avec métastases)	41
Traitement en cas de récurrence	43
Traitement dans le cadre d'une étude clinique	44
Faire face aux effets indésirables	45
Traitements additionnels	46
Suivi et retour à la vie quotidienne	46
Traitement de la douleur	46
Médecines complémentaires	48
Suivi médical et réadaptation	49
Retour à la vie quotidienne	50
Conseil et informations	52



Chère lectrice, cher lecteur,

Pour faciliter la lecture, nous n'employons par la suite que la forme masculine. Nous remercions nos lectrices de leur compréhension.

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

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

Ces dernières années, le traitement du cancer du rein est devenu plus efficace. Il est aussi mieux toléré. Lorsque la maladie est découverte à un stade précoce, alors qu'elle est encore limitée au rein, les perspectives de guérison sont généralement bonnes. A un stade plus avancé, il est souvent possible

d'en ralentir l'évolution et d'en atténuer les symptômes. Même lorsqu'on ne peut plus espérer de rétablissement durable, des mesures d'accompagnement peuvent contribuer à maintenir ou améliorer la qualité de vie.

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

Vous trouverez des conseils et des informations utiles dans de nombreuses autres brochures de la Ligue contre le cancer. Les professionnels à l'œuvre au sein des ligues cantonales et régionales et à la ligne InfoCancer connaissent bien les questions qui se posent dans le cas d'un cancer et sont là pour vous conseiller et vous accompagner. Vous trouverez les coordonnées nécessaires aux pages 58 et 59.

Nos vœux les plus chaleureux vous accompagnent.

Votre Ligue contre le cancer

* Le cancer du bassinet (carcinome urothélial), le cancer des glandes surrénales et le sarcome du rein (cancer des parties molles du rein) ne sont pas traités dans le cadre de cette brochure, pas plus que le néphroblastome (tumeur de Wilms), qui touche essentiellement les enfants et qui est associé à une prédisposition génétique particulière. Nous invitons les parents concernés à s'adresser à l'Association romande des familles d'enfants atteints d'un cancer (ARFEC, voir p. 56).

Qu'est-ce que le cancer ?

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

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

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

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

organe et qui forment une masse ou un nodule (c'est le cas du cancer du rein, par exemple), et les cancers qui prennent naissance dans le système sanguin ou lymphatique, comme les leucémies. Ceux-ci peuvent notamment se traduire par un gonflement des ganglions lymphatiques, mais aussi par des modifications de la formule sanguine.

Tumeur bénigne ou maligne ?

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

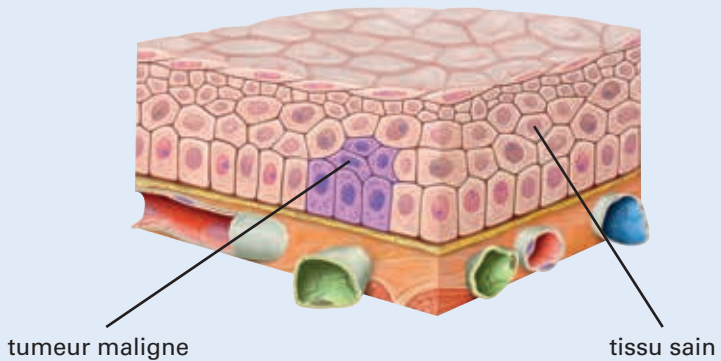
De plus, les cellules cancéreuses peuvent se mettre à circuler dans le sang ou le système lymphatique et envahir les ganglions lymphatiques (nodules répartis dans tout l'organisme et ayant une fonction immunitaire). Des amas de cellules cancéreuses, les *métastases*, peuvent alors se former à distance du tissu d'origine.

En général, on arrive à déterminer à partir de quel organe et quel type de cellule ces métastases se sont formées. Il ne faut pas confondre les métastases hépatiques – par exemple d'un cancer de la vessie –

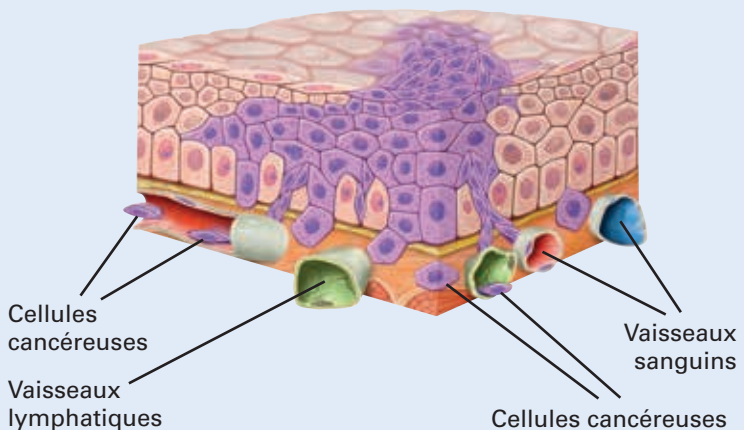
Comment se forme une tumeur ?

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.



avec un cancer du foie. Un examen du tissu (ou examen *histologique*) permet de le déterminer.

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.

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 et de proliférer de manière incontrôlée.

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 peu équilibrée, sédentarité, tabagisme, consommation d'alcool, etc.);
- des influences extérieures (virus, polluants, fumée du tabac, rayonnement ultraviolet, rayons X, radioactivité);
- 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 poussières fines, il est possible de se prémunir contre d'autres, par exemple en adoptant une protection solaire appropriée contre le rayonnement ultraviolet ou en se faisant vacciner contre les virus susceptibles de provoquer un cancer.

L'hérédité

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

Dans certaines familles, on observe une accumulation de cancers spécifiques, dont le cancer du rein. Vous trouverez de plus amples informations sur le sujet dans la section « Causes et facteurs de risque possibles » (voir p. 16), de même que dans la brochure « Prédispositions héréditaires au cancer ».

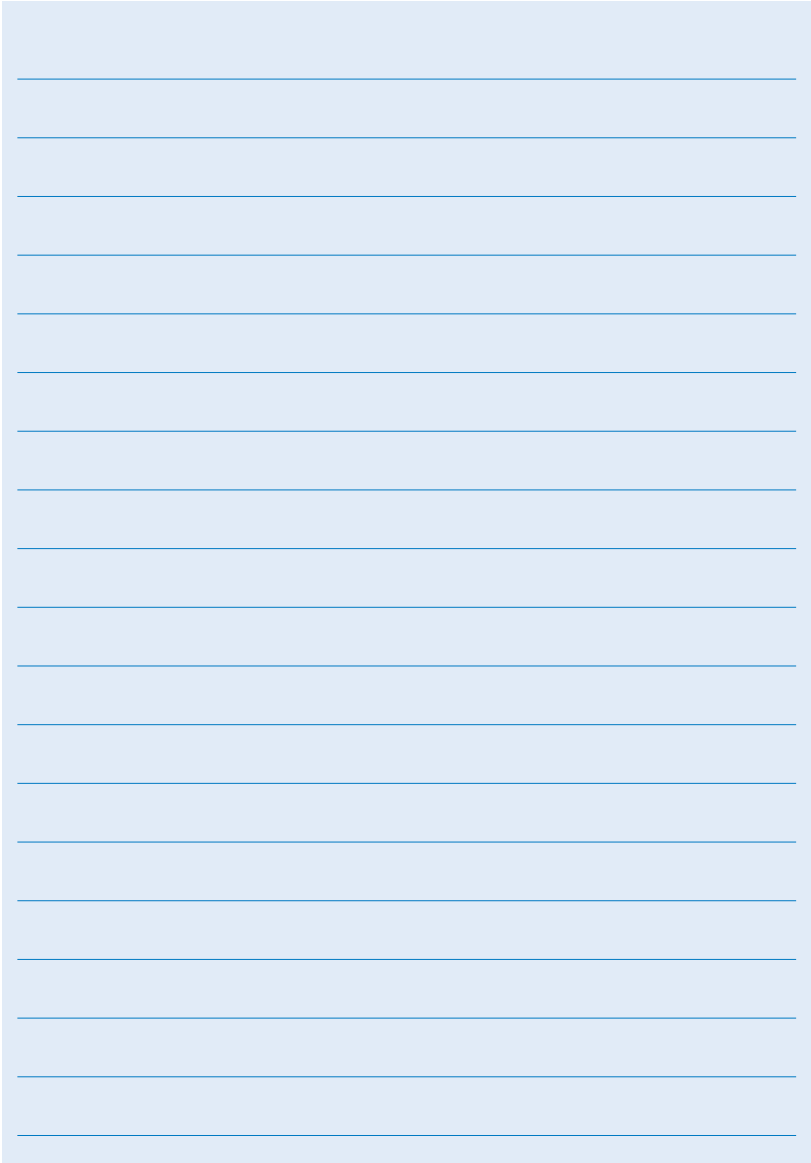
Pourquoi moi ?

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.

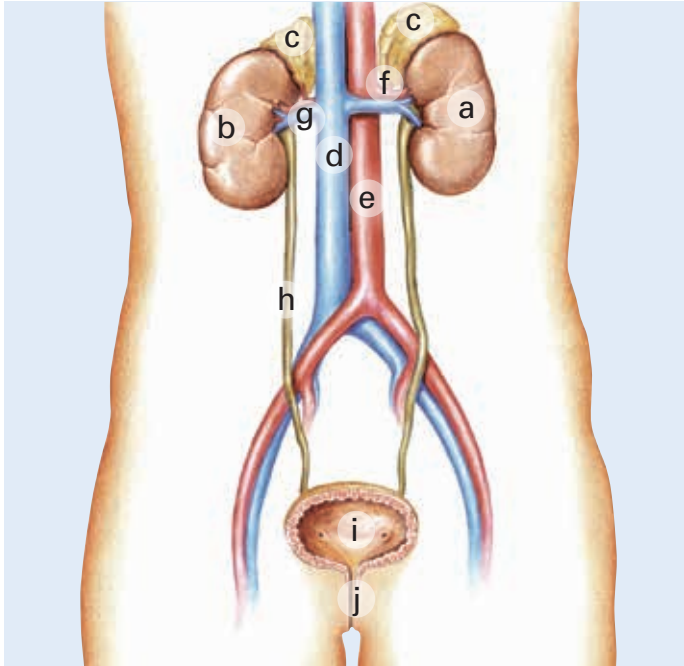
Personne ne peut se protéger à coup sûr de la maladie. Le cancer frappe indifféremment les personnes qui ont un comportement à risque et celles qui vivent sagement, les jeunes et les moins jeunes. La probabilité d'être atteint relève en partie du hasard ou de la fatalité. Ce qui est sûr, c'est que le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

Vous trouverez dans la brochure de la Ligue contre le cancer «Cancer et souffrance psychique: le cancer touche la personne dans sa totalité» (voir p. 55) des explications sur les difficultés que le cancer peut engendrer sur le plan émotionnel et mental et des pistes pour mieux les affronter.

Mes notes



Le cancer du rein



Reins et système urinaire

- a) Rein gauche
- b) Rein droit
- c) Glandes surrénales
- d) Veine cave inférieure
- e) Aorte
- f) Artère rénale
- g) Veine rénale
- h) Urètre
- i) Vessie
- j) Urètre

Le rein et les organes voisins

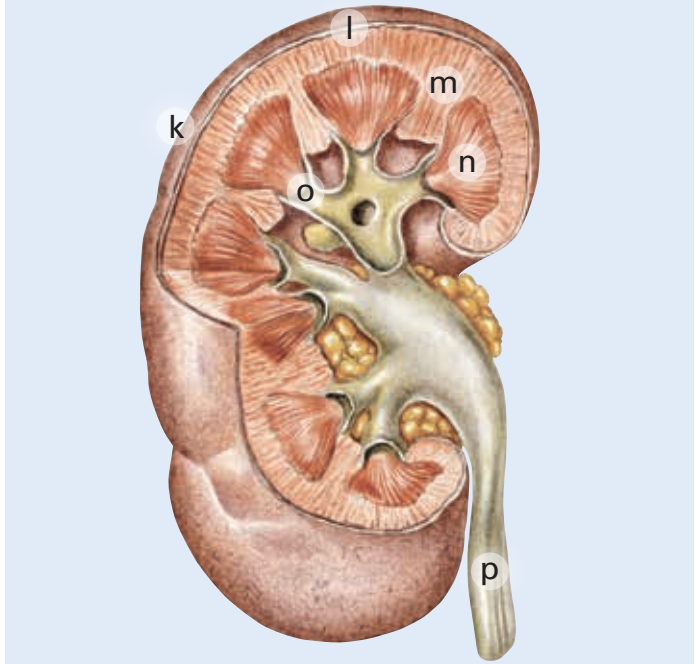
Les deux reins sont situés de part et d'autre de la colonne vertébrale, au niveau des vertèbres lombaires, dans la partie postérieure de l'abdomen (rétropéritoine). Le rein droit se trouve légèrement plus bas que le gauche, à cause de la proximité immédiate du foie. Les reins sont entourés d'une capsule de tissu conjonctif et protégés par une couche de graisse. Ils

mesurent dix à douze centimètres de long, indépendamment de la taille de l'individu. Ils sont coiffés par les glandes surrénales et par le fascia de Gerota, une enveloppe fibreuse.

Les artères rénales amènent le sang aux reins, qui le filtrent comme une station d'épuration. Chaque jour, près de 1700 litres de sang transitent par les deux reins. L'urine qui se forme au cours de ce processus est recueillie dans

Structure du rein

- k) Capsule rénale
- l) Zone corticale (cortex)
- m) Zone médullaire (médulla)
- n) Pyramides de Malpighi
- o) Bassinet
- p) Uretère



le bassinnet, puis acheminée dans la vessie par les uretères. Le sang purifié est ensuite ramené dans la circulation sanguine par les deux veines rénales.

L'urine se forme dans des millions d'unités fonctionnelles microscopiques, les néphrons. Ceux-ci se trouvent en partie dans le cortex rénal (« l'écorce » du rein) et en partie dans la médulla. Ils se composent chacun d'un glomérule et d'un tubule.

Dans les glomérules, le sang est filtré sous l'effet de la pression. Les plus grosses particules telles que protéines ou globules sanguins restent dans l'organisme, tandis que le plasma (partie liquide du sang) et les plus petites molécules parviennent dans le glomérule, puis dans le réseau tubulaire des néphrons.

C'est ainsi que se forme l'urine primitive (environ 180 litres par jour). Très diluée, elle est concen-

trée par la suite : les substances et l'eau dont le corps a besoin sont ramenées dans le sang par l'intermédiaire du rein (processus de réabsorption). L'urine restante se déverse dans le bassinnet, puis dans la vessie, avant d'être évacuée.

Suivant la quantité de liquide absorbée et rejetée par transpiration, le corps élimine un litre à un litre et demi d'urine par jour.

Fonctions

Les reins remplissent différentes fonctions dans l'organisme :

- Ils filtrent le sang et éliminent différents déchets métaboliques.

- Ils « détoxiquent » l'organisme en l'aidant à éliminer les toxines hydrosolubles.
- Ils assurent l'équilibre hydro-électrolytique de l'organisme et la pression artérielle.
- Ils permettent l'assimilation de la vitamine D, qui joue un rôle important pour les os.
- Ils produisent différentes hormones, dont l'érythropoïétine, nécessaire à la formation des globules rouges.

Lorsque les reins ne fonctionnent plus correctement, le sang peut être filtré à travers une machine ou à travers le péritoine. On parle de dialyse (voir encadré ci-dessous).

Dialyse

L'*hémodialyse* consiste à pomper le sang pour l'envoyer dans un filtre extracorporel (rein artificiel) où il est nettoyé avant d'être réintroduit dans l'organisme du patient. L'hémodialyse se déroule à l'hôpital ou dans un centre spécialisé, à raison de plusieurs séances de quelques heures chaque semaine.

La *dialyse péritonéale* utilise le péritoine, un tissu bien irrigué qui tapisse toute la cavité abdominale et certaines parties de l'intestin, comme filtre pour épurer le sang. Elle peut, dans certains cas, être pratiquée à domicile par le patient lui-même.

Les glandes surrénales

Les glandes surrénales coiffent les reins comme de petits chapeaux. Elles n'ont pas de lien direct avec la fonction de détoxification et d'épuration du sang assurée par les reins. Ce sont de véritables « usines à hormones » : elles sécrètent plusieurs de ces substances.

Les différents types de tumeurs rénales

Tumeurs bénignes

On distingue deux types de tumeurs bénignes du rein :

- les angiomyolipomes ;
- les oncocytomes.

Il existe également d'autres tumeurs bénignes qui peuvent évoluer vers un cancer dans certains cas :

- les kystes rénaux (cavités remplies de liquides) ;
- les adénomes rénaux.

Les techniques d'imagerie médicale et les prélèvements tissulaires ne permettent pas toujours de dire clairement si une tumeur rénale est bénigne ou maligne. Par précaution, on procède donc parfois à l'ablation de petites tumeurs qui ne présentent probablement pas de risque afin de les analyser plus en détail en laboratoire.

Les angiomyolipomes sont eux aussi enlevés lorsqu'ils mesurent cinq centimètres ou plus ; comme ils possèdent un très grand nombre de vaisseaux, ils peuvent en effet entraîner des saignements soudains (hémorragie rénale).

Tumeurs malignes

La plupart des tumeurs malignes du rein sont des carcinomes des cellules rénales (CCR, ou RCC, de l'anglais *renal cell carcinoma*). Pour simplifier, on les qualifie généralement de « cancers du rein » ou de « carcinomes rénaux ». C'est à ces tumeurs que cette brochure est consacrée.

Carcinome rénal

Le carcinome rénal est une tumeur maligne qui se forme à partir des cellules qui tapissent les tubules (cellules épithéliales).

On distingue différents types de carcinomes rénaux :

- le carcinome rénal à cellules claires (le plus fréquent) ;
- le carcinome rénal non à cellules claires, qui regroupe
 - le carcinome papillaire ;
 - le carcinome chromophile ;
 - des sous-types très rares, comme le carcinome des tubes collecteurs ou le carcinome avec translocation).

La classification dans l'un ou l'autre de ces types de carcinomes se fait sur la base de l'examen des tissus (examen histologique). Elle permet d'établir un pronostic, les divers sous-types de carcinomes rénaux étant associés à différentes modifications du patrimoine génétique (mutations).

En progressant, la maladie comprime de plus en plus le tissu rénal sain. Par ailleurs, les cellules cancéreuses peuvent passer dans le sang ou le système lymphatique et envahir les ganglions ou d'autres organes ou tissus; les métastases du cancer du rein se logent le plus souvent dans le poumon, les os, les ganglions lymphatiques et le foie, plus rarement dans l'autre rein, le cerveau ou le cœur.

Les hommes davantage touchés

Chaque année, on dénombre environ 800 nouveaux cas de cancer du rein en Suisse. Deux tiers des personnes touchées sont des hommes. Près de la moitié des patients ont plus de 70 ans au moment du diagnostic; 40% ont entre 50 et 69 ans, et 10% moins de 50 ans.

Causes et facteurs de risque possibles

Les causes exactes du cancer du rein restent mal connues. Certains facteurs peuvent augmenter le risque de développer la maladie, sans pour autant déclencher un cancer chez toutes les personnes concernées. De manière générale, la probabilité d'avoir un cancer augmente lorsqu'une personne cumule plusieurs facteurs de risque.

Facteurs de risque possibles:

- le tabagisme;
- la surcharge pondérale;
- une alimentation riche en graisses et pauvre en fibres;
- un apport de liquide insuffisant;
- une exposition aux rayons x répétée pendant de nombreuses années;
- certains produits chimiques;
- une tension artérielle élevée (hypertension);
- une altération chronique de la fonction rénale (insuffisance rénale);
- une prédisposition familiale (voir paragraphe suivant);
- une maladie polykystique du rein (polykystose rénale, voir p. 17);
- une consommation d'alcool élevée;
- l'abus d'analgésiques.

Risque familial

Dans certaines familles, on observe une accumulation de cancers du rein et, parfois, d'autres tumeurs spécifiques. Ce phénomène est dû à la transmission d'une modification génétique. 2 à 3% des cancers du rein sont liés à cette prédisposition génétique; on parle de forme héréditaire ou familiale de cancer du rein.

Cette prédisposition génétique peut également être à l'origine des maladies ci-après, qui ne concernent pas seulement le rein et qui peuvent être bénignes ou malignes. Elles ne sont pas courantes :

- maladie de von Hippel-Lindau (VHL);
- syndrome de Birt-Hogg-Dubé (BHD);
- léiomyomatose héréditaire;
- carcinome papillaire rénal héréditaire (HPRC).

Pour en savoir plus, nous vous renvoyons à la rubrique internet (voir p. 56).

Dépistage en cas de risque familial de cancer du rein

Lorsqu'il existe un risque familial de cancer du rein, il peut être judicieux que les proches parents se soumettent à des examens de dépistage spécifiques. Les membres

des familles concernées peuvent se renseigner auprès de leur médecin, d'un service de consultation génétique ou des associations spécialisées comme l'Association des familles atteintes de la maladie de von Hippel-Lindau (voir rubrique internet p. 56, en anglais).

Vous trouverez de plus amples informations sur le sujet dans la brochure de la Ligue contre le cancer «Prédispositions héréditaires au cancer» (voir p. 55). Celle-ci aborde notamment les tests génétiques et leurs conséquences et aide à définir quand il est judicieux de procéder à ce type d'analyses.

Dépistage en cas de maladie polykystique du rein (polykystose rénale)

La polykystose rénale (congénitale) se caractérise par la présence d'une multitude de petits kystes (cavités remplies de liquide et bordées d'une paroi lisse) dans un rein ou dans les deux. Ces kystes pouvant évoluer vers un cancer du rein, il est recommandé de se soumettre à des examens préventifs réguliers.



Troubles et symptômes possibles

Le cancer du rein reste silencieux pendant une longue période. En d'autres termes, il ne provoque des troubles qu'à un stade avancé.

Symptômes possibles :

- sang dans l'urine (hématurie);
- douleurs dans le flanc ;
- nodule palpable dans le flanc;
- perte de poids inexplicquée;
- abattement;
- fièvre;
- anémie;
- tension artérielle élevée (hypertension);
- gonflement des ganglions lymphatiques;
- jambes gonflées (œdème);
- chez les hommes, varice dans le scrotum (varicocèle).

Ces symptômes n'indiquent pas forcément la présence d'un cancer; ils peuvent également être liés à une affection bénigne. Un contrôle chez le médecin s'impose néanmoins pour en clarifier l'origine. Lorsqu'une tumeur est découverte à un stade précoce, les possibilités de traitement et les chances de guérison sont plus élevées.

Examens et diagnostic

Le cancer du rein est souvent découvert fortuitement, en général à l'occasion d'une échographie de l'abdomen. Dans bien des cas, il est diagnostiqué tardivement, à la suite de symptômes gênants.

Si le médecin suspecte la présence d'un cancer du rein, il commencera par vous interroger sur les troubles que vous ressentez, vos maladies antérieures et les éventuels facteurs de risque avant de procéder à un examen physique. Suivant la situation, il aura recours à différentes méthodes pour poser le diagnostic.

Méthodes d'examens

Examens de laboratoire

Analyse d'urine

La présence de sang dans l'urine (hématurie) peut signaler un cancer du rein. Pour la détecter, on utilise une bandelette réactive qui change de couleur selon la composition de l'urine ou on procède à un examen au microscope.

Analyse de sang

Cet examen permet notamment d'évaluer la fonction rénale sur la base du taux de créatinine dans le sang. La créatinine est un « déchet » issu de la dégradation de la créatine, un constituant du tissu musculaire filtré par les reins et éliminé avec l'urine. Un taux de

créatinine anormalement élevé indique généralement une insuffisance rénale. Or, pour pouvoir effectuer un scanner afin de préciser le diagnostic ou une ablation du rein le cas échéant (voir pp. 25 et suiv.), il faut que le rein (restant) fonctionne bien.

Techniques d'imagerie médicale

Ces examens permettent d'investiguer le foyer tumoral, de définir son extension et de détecter la présence éventuelle de métastases.

Échographie des reins et de l'abdomen

Cet examen utilise des ultrasons pour visualiser les reins et les autres organes de l'abdomen. Le patient est allongé sur le dos et le médecin applique et déplace sur son ventre une sonde qui émet des ultrasons; les signaux reçus sont transformés en images qui sont envoyées sur un écran.

Scanner (tomodensitomètre)

Le scanner est un examen par rayons X. En cas de suspicion de cancer du rein, il nécessite l'injection d'un produit de contraste dans une veine. Le médecin pratique généralement un scanner des reins, des poumons et de l'abdomen. Le scanner permet de visualiser la région à explorer sous différents angles. Les signaux émis par les rayons X sont trans-

mis à un ordinateur qui reconstitue les images en coupe sur un écran.

Imagerie par résonance magnétique (IRM)

Cette technique fait appel à des champs magnétiques et des ondes radio. Elle fournit, comme le scanner, des images en coupe du corps. L'IRM est utilisée lorsqu'il n'est pas possible d'effectuer un scanner en raison d'une altération de la fonction rénale ou d'une allergie au produit de contraste. On la pratique également en cas d'envahissement de la veine rénale ou de la veine cave inférieure, lorsqu'il est important d'avoir une image exacte de la tumeur dans l'optique d'une opération (voir p. 26, thrombus tumoral).

Angiographie des reins

Cet examen radiologique permet de visualiser les reins et les vaisseaux. Pour ce faire, on perce une artère (généralement au pli de l'aîne) pour introduire un cathéter et on injecte un produit de contraste. Il s'agit d'une technique invasive, car elle nécessite une petite intervention. L'angiographie est utilisée pour planifier l'opération ainsi que lors d'une embolisation (voir p. 27).

Scintigraphie osseuse

Cette méthode d'exploration est utilisée lorsque le médecin suspecte la présence de métastases osseuses. Elle consiste à administrer par voie veineuse une substance légèrement radioactive qui s'accumule dans les zones osseuses qui présentent une activité anormale (par ex. en cas de métastases). Une caméra spéciale permet de voir comment le produit se répartit dans le squelette.

Scintigraphie rénale

Cette méthode permet d'observer le fonctionnement de chaque rein séparément. Elle est utilisée lorsque la fonction rénale est altérée ou qu'une intervention conservatrice du rein est envisagée.

Prélèvement de tissu (biopsie)

Les techniques d'imagerie médicale permettent généralement de faire la différence entre une tumeur maligne du rein et une tumeur bénigne. Si le résultat n'est pas clair, de même qu'en présence de métastases, on procède à une biopsie. Pour ce faire, on prélève un échantillon de tissu dans le rein ou les métastases pour l'analyser en laboratoire.

La biopsie rénale se fait sous anesthésie locale et ne nécessite généralement pas d'hospitalisation; en principe, le patient peut rentrer chez lui au bout de quelques heures.

Stades de la maladie

Classification

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 de stadification ou de « staging ». Ce processus est important pour pouvoir planifier le meilleur traitement possible.

Le stade du cancer du rein est défini sur la base de la classification TNM de l'Union internationale contre le cancer (UICC). Celle-ci 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 entre 0 et 4, exprime la taille de la tumeur; plus le chiffre est élevé, plus la tumeur est grande ou s'est étendue aux tissus voisins.

T0 Pas de signe de tumeur primitive.

T1 La tumeur est limitée au rein et mesure moins de 7 cm.

T1a La tumeur a un diamètre maximal de 4 cm.

T1b La tumeur a un diamètre maximal de 4 à 7 cm.

T2 La tumeur est limitée au rein et a un diamètre de plus de 7 cm.

T2a La tumeur a un diamètre maximal de 7 à 10 cm.

T2b La tumeur a un diamètre maximal supérieur à 10 cm.

- T3** La tumeur s'est propagée aux veines importantes ou au tissu entourant le rein et/ou le bassin, mais pas à la glande surrénale. Elle n'a pas dépassé le fascia de Gerota.
- T3a** La tumeur s'est propagée à la veine rénale et à ses vaisseaux latéraux ou au tissu environnant.
- T3b** La tumeur a envahi la veine cave inférieure *au-dessous* du diaphragme (thrombus tumoral).
- T3c** La tumeur a envahi la veine cave inférieure *au-dessus* du diaphragme ou a pénétré dans la paroi de la veine cave.
- T4** La tumeur s'est propagée au-delà du fascia de Gerota et/ou à la glande surrénale.

N La lettre N (*node* = nodule en anglais) désigne le degré d'atteinte des ganglions lymphatiques.

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

N1 Présence de métastases dans les ganglions voisins.

M La lettre M indique la présence (ou l'absence) de métastases dans d'autres organes.

M0 Pas de signe de métastases.

M1 Présence de métastases, par ex. dans les poumons, les os, la glande surrénale, l'autre rein ou, plus rarement, dans le foie ou le cerveau).

Grades des tumeurs (degré de différenciation)

Pour mettre en place le meilleur traitement possible, le médecin se base sur la classification TNM, mais aussi sur l'analyse du tissu atteint afin de déterminer dans quelle mesure les cellules cancéreuses diffèrent des cellules saines à partir desquelles la tumeur s'est développée. Les spécialistes parlent de degré de différenciation ou de grades.

Ce processus permet d'évaluer la vitesse à laquelle la tumeur croît, c'est-à-dire son agressivité. Plus les cellules cancéreuses diffèrent des cellules saines, plus la tumeur est agressive et croît rapidement.

Le degré de différenciation est exprimé par la lettre G, suivie d'un chiffre de 1 à 3.

- G1** Les cellules cancéreuses ressemblent encore fortement aux cellules saines du rein.
- G2** Les cellules cancéreuses ressemblent encore un peu aux cellules saines du rein.
- G3** Les cellules cancéreuses ne ressemblent presque plus aux cellules saines du rein et sont donc plus agressives qu'aux grades G1 ou G2.

Grade de Fuhrman

Les caractéristiques du noyau des cellules cancéreuses sont également examinées au microscope. Le grade de Fuhrmann indique dans quelle mesure celui-ci diffère du noyau des cellules normales. Il s'exprime par un chiffre allant de 1 (peu de différences) à 4 (différences marquées). Plus le grade de Fuhrmann est élevé, plus la probabilité que la tumeur soit agressive est grande.

Options thérapeutiques

Les méthodes décrites ci-après ne sont pas nécessairement toutes utilisées. Pour savoir laquelle est appliquée quand, nous vous renvoyons à la page 37.

Les principales méthodes utilisées pour traiter un carcinome rénal sont :

- l'opération ;
- les interventions mini-invasives (ablation par radiofréquence, par ex.) ;
- les traitements médicamenteux (thérapies ciblées).

Opération

L'opération est la principale méthode utilisée dans le traitement du cancer du rein.

Néphrectomie

L'ablation de la tumeur rénale ou de l'ensemble du rein touché par le cancer s'appelle néphrectomie ; elle est réalisée par un urologue.

Celui-ci peut accéder au rein de différentes manières : par l'abdomen, par la cage thoracique, par les espaces intercostaux, par le flanc ou par laparoscopie (voir chapitre suivant) ; on parle de « voie d'abord ». La voie est choisie en fonction des caractéristiques de la tumeur (localisation et taille, no-

tamment), mais aussi du patient (état général, opérations antérieures, etc.). L'intervention nécessite une hospitalisation d'une durée d'une à deux semaines.

Néphrectomie partielle

La néphrectomie partielle consiste à enlever la tumeur en conservant les parties saines du rein. Suivant la localisation et l'extension de celle-ci, une portion plus ou moins grande de tissu rénal est enlevée afin de retirer si possible toute la tumeur.

Cette intervention est pratiquée lorsque la tumeur est décelée à un stade précoce et qu'elle n'est pas trop grande. On y a également recours lorsque la fonction rénale est fortement altérée, ainsi qu'en cas de cancer bilatéral (dans les deux reins) ou de cancer du rein héréditaire, caractérisé par l'apparition constante de nouvelles tumeurs.

Néphrectomie radicale

Lorsqu'une néphrectomie partielle n'est pas possible, on réalise une néphrectomie radicale. L'urologue enlève tout le rein atteint avec la couche de graisse qui l'entoure, le fascia de Gerota et, selon le résultat des analyses, la glande surrénale et les ganglions lymphatiques voisins.

Pour éviter des dialyses à vie, la néphrectomie radicale est pratiquée uniquement lorsque l'autre rein fonctionne suffisamment bien pour prendre la relève.

En général, l'urologue accède au rein par le flanc ou les espaces intercostaux; pour les tumeurs de grande taille ou celles qui se sont propagées aux tissus voisins, il pratique généralement une incision verticale dans la cage thoracique. L'intervention se fait également par la cage thoracique pour les tumeurs qui ont envahi la veine cave inférieure (thrombus tumoral).

Techniques opératoires

Suivant la localisation de la tumeur, les techniques opératoires ci-après peuvent être utilisées.

Laparoscopie

La néphrectomie est de plus en plus souvent pratiquée par laparoscopie, une technique mini-invasive. Au lieu d'ouvrir l'abdomen ou la cage thoracique, le chirurgien pratique de petites incisions dans l'abdomen à travers lesquelles il introduit des tubes dans lesquels il fait passer une caméra miniaturisée et des instruments. Dans certains cas, il peut s'aider d'un robot médical (système Da Vinci).

Néphrectomie extra-corporelle

Dans de très rares cas, le rein touché par la tumeur est enlevé complètement et opéré hors du corps. Une fois la tumeur retirée, il est remis en place. Cette technique est utilisée principalement lorsque la tumeur est très grosse ou qu'elle est située dans un endroit difficilement accessible.

Risques et suites opératoires possibles:

- infections;
- hémorragies internes;
- douleurs ou perte de sensibilité liées à la lésion de nerfs cutanés;
- hernie (sortie d'un organe hors de sa cavité normale) abdominale due à des zones de faiblesse dans la région de la plaie (peut être traitée chirurgicalement);
- formation de fistules urinaires (voies anormales laissant passer l'urine à l'extérieur);
- paresse intestinale (généralement en cas d'accès par ouverture de l'abdomen);
- altération (passagère) de la fonction rénale.

Fonction rénale après une néphrectomie

Après une néphrectomie, l'autre rein – ou la partie de rein restante

dans le cas d'une néphrectomie partielle – prend la relève pour épurer le sang. Une dialyse n'est donc généralement pas nécessaire. Toutefois, des contrôles médicaux réguliers sont indispensables pour vérifier le bon fonctionnement du ou des reins restant(s).

Pour soutenir la fonction rénale, il convient d'éviter certains facteurs de risque et de respecter certaines recommandations : boire suffisamment, contrôler régulièrement la tension artérielle, ne pas consommer d'alcool et ne pas fumer, par exemple. Une alimentation pauvre en sel mais riche en fibres et une activité physique suffisante peuvent avoir des effets bénéfiques.

Lorsque la glande surrénale a été enlevée avec le rein, il n'est généralement pas nécessaire de prendre des compléments hormonaux : la glande surrénale de l'autre rein prend la relève pour assurer la production d'hormones.

Après une ablation partielle ou totale du rein, avec ou sans la glande surrénale, vous pourrez en principe reprendre normalement votre travail ou refaire du sport dès que les plaies opératoires auront parfaitement cicatrisé.

Techniques mini-invasives

On qualifie de mini-invasives ou de non invasives les techniques qui entraînent peu de désagréments pour le patient. Les méthodes de traitement ci-après en font partie.

Embolisation (obturation thérapeutique d'un vaisseau)

Lorsque la tumeur est volumineuse, une néphrectomie radicale peut entraîner des saignements importants dans la région du rein. Pour éviter cela, il arrive, dans de rares cas, que l'on bouche l'artère rénale par embolisation peu avant l'intervention proprement dite.

L'embolisation consiste à introduire un tube mince (cathéter) dans l'artère au pli de l'aîne. On le fait ensuite glisser jusqu'à l'artère rénale, puis on insère une sorte d'éponge spéciale pour boucher le vaisseau. Pour positionner précisément le cathéter, le processus se fait sous contrôle radiologique après injection d'un produit de contraste.

Aux stades avancés, l'embolisation est également pratiquée pour atténuer les symptômes occasionnés par la tumeur. Comme celle-ci n'est plus approvisionnée en sang,

elle ne peut plus croître, voire régresse pendant un moment. Malheureusement, cet effet n'est généralement que transitoire, car avec le temps, la tumeur cherche de nouvelles voies pour assurer son approvisionnement en sang.

Ablation par radiofréquence (ablathermie)

Cette technique consiste à « brûler » la tumeur en utilisant la chaleur produite par un champ électrique que l'on fait passer à travers la paroi abdominale au moyen d'une sonde; on l'utilise pour de petites tumeurs. Le tissu détruit est éliminé par l'organisme et remplacé par du tissu cicatriciel.

Chez certains patients, l'ablation par radiofréquence, ou ablathermie, peut remplacer l'opération (par ex. en cas de tumeur dans le deuxième rein). Elle nécessite toutefois un suivi plus étroit, car le risque de réapparition de la tumeur au même endroit (récidive locale) est plus élevé.

Les métastases peuvent elles aussi être traitées par ablathermie. D'autres traitements faisant appel à la chaleur – laser, micro-ondes ou ultrasons focalisés de haute intensité – sont possibles. Ils sont toutefois moins utilisés.

Cryothérapie (traitement par le froid)

Dans certaines conditions bien spécifiques, les petites tumeurs rénales peuvent être traitées par le froid au moyen de sondes spéciales. L'alternance rapide entre phases de congélation et de décongélation entraîne la formation de cristaux de glace et détruit ainsi les cellules cancéreuses.

La cryothérapie est moins utilisée que l'ablation par radiofréquence, car elle est associée à un plus grand risque de récurrence et d'hémorragies.

Surveillance active

Il arrive que les métastases d'un cancer du rein régressent spontanément. Il est donc possible – pour autant que le risque d'une progression rapide des métastases soit faible – de différer le début du traitement de quelques mois. Durant cette période, le patient se soumet à des examens de contrôle réguliers. Le traitement démarre lorsque les métastases reprennent leur croissance ou que des troubles se manifestent.

La surveillance active peut également être appliquée aux stades très précoces, lorsque la tumeur a un diamètre inférieur à deux centimètres et que l'état général du patient est bon. Elle est aussi utilisée chez les patients très âgés ou affaiblis ou atteints d'autres maladies graves.

Traitements médicamenteux

Lors de tumeurs rénales, un traitement médicamenteux n'est généralement entrepris que lorsque des métastases se sont développées ou qu'une intervention chirurgicale n'est pas possible dans l'immédiat. En principe, plusieurs médicaments sont administrés les uns après les autres au cours de la maladie (traitement séquentiel).

Chimiothérapie

Le traitement médicamenteux le plus connu pour lutter contre le cancer est la chimiothérapie. Celle-ci repose sur l'emploi de cytostatiques, des médicaments qui endommagent les cellules cancéreuses ou en bloquent la croissance. La chimiothérapie « classique » ne s'est toutefois pas révélée efficace contre le cancer du rein.

Immunothérapie

Etant donné qu'une cellule cancéreuse peut présenter une grande ressemblance avec une cellule saine, le système immunitaire ne l'identifie pas toujours comme un corps étranger. Pour permettre à l'organisme de reconnaître ces cellules et de les combattre lui-même, l'immunothérapie a recours à certaines substances, notamment les cytokines.

Les cytokines sont des protéines qui régulent la croissance et la différenciation cellulaires. En administrant au patient des cytokines produites par génie génétique, il est possible d'inhiber la croissance des cellules cancéreuses et de retarder la progression de la maladie.

Interféron alpha

Les interférons sont des cytokines qui stimulent le système immunitaire pour qu'il élimine les agents pathogènes et les cellules cancéreuses.

Ils peuvent être produits en laboratoire. Pour lutter contre le cancer du rein, on les utilise toujours en association avec un inhibiteur de l'angiogenèse (voir p. 32), si possible dans le cadre d'un traitement au long cours. Ils sont généralement

injectés au patient jusqu'à trois fois par semaine par voie sous-cutanée.

Interleukine 2

Les interleukines sont des protéines produites par les globules blancs (les leucocytes). L'administration à forte dose d'interleukine 2 entraîne la régression des métastases. Toutefois, les effets secondaires sont très marqués, de sorte qu'on utilise cette thérapie en association avec des interférons.

Effets indésirables possibles

Il existe un lien direct entre la dose administrée et l'effet obtenu ; plus le dosage est élevé, plus le traitement est efficace, mais plus les effets secondaires – fièvre, symptômes de type grippal, manque d'appétit, états dépressifs, confusion, accélération de la fréquence cardiaque, vertiges, par exemple – sont importants. Pour savoir comment gérer ceux-ci, nous vous renvoyons à la page 45.

Thérapies ciblées

Depuis quelques années, il existe des traitements médicamenteux qui peuvent également être utilisés au stade avancé pour prolonger la survie des patients.

Les substances actives utilisées peuvent freiner la croissance ou le métabolisme de la tumeur de façon durable ou transitoire. Etant donné qu'elles influencent des processus bien spécifiques et que, contrairement à la chimiothérapie, elles n'endommagent pas les cellules saines, elles sont en principe mieux tolérées que les cytostatiques classiques. Des effets indésirables sont néanmoins aussi possibles (voir les conseils page 45).

Pour le carcinome rénal, les substances utilisées dans le cadre des thérapies ciblées font toutes partie de la famille des inhibiteurs de l'angiogénèse (voir encadré). On fait la distinction entre différentes classes de substances : les inhibiteurs de tyrosines kinases, les anticorps monoclonaux et les inhibiteurs de mTOR.

Inhibiteurs de tyrosines kinases

Les tyrosines kinases sont des protéines sécrétées par l'organisme qui jouent un rôle dans la régulation de la croissance cellulaire. Il en existe différentes sortes. Dans les cellules cancéreuses, ces protéines sont souvent durablement (hyper)actives.

Les inhibiteurs de tyrosines kinases ciblent certaines de ces protéines pour les bloquer et perturbent ainsi la croissance, la division et l'approvisionnement en sang des cellules cancéreuses. Lorsqu'un médicament permet de bloquer plusieurs tyrosines kinases en même temps, on parle d'inhibiteur de tyrosines kinases à cibles multiples. On utilise également l'expression d'inhibiteurs de la transduction du signal, la transduction désignant la transmission biochimique de signaux à l'intérieur des cellules.

Dans le traitement du cancer du rein, on utilise des inhibiteurs de tyrosine kinase

- en cas de métastases;
- après un traitement (infructueux) par interférons;
- comme mesure palliative (voir p. 38).

Les inhibiteurs de tyrosines kinases sont pris quotidiennement sous forme de comprimés; après quelque temps, une pause de deux à plusieurs semaines est parfois possible. Le traitement se poursuit jusqu'à ce que son efficacité diminue ou qu'il doive être interrompu en raison d'effets secondaires trop importants.

Inhibiteurs de l'angiogenèse

Aucune cellule, qu'elle soit normale ou cancéreuse, ne peut croître si elle n'est pas approvisionnée en sang. Pour s'assurer l'apport sanguin nécessaire, les cellules cancéreuses émettent une substance qui ordonne aux vaisseaux voisins de former de nouvelles ramifications vers la tumeur et les métastases pour les alimenter en oxygène et en substances nutritives (angiogenèse = formation de vaisseaux).

La substance en question est appelée VEGF (vascular endothelial growth factor, facteur de croissance de l'endothélium vasculaire). En la bloquant grâce à des médicaments – les inhibiteurs de l'angiogenèse –, on stoppe la formation de nouveaux vaisseaux sanguins tandis que les vaisseaux déjà formés régressent; la tumeur ne peut alors plus croître, car elle n'est plus alimentée.

Effets indésirables courants :

- fatigue, épuisement ;
- hypertension ;
- baisse du taux de sucre dans le sang (hypoglycémie) ;
- modification de la formule sanguine (neutropénie) ;
- diarrhée, nausées ;
- éruptions cutanées ;
- décoloration et/ou chute des cheveux ;
- syndrome main-pied, (coloration et altération parfois douloureuse de la paume des mains, de la plante des pieds et des ongles) ;
- saignements ;
- insuffisance cardiaque ;
- dysfonctionnement de la glande thyroïde ;
- altération du goût ;
- interactions avec d'autres médicaments.

Anticorps monoclonaux

Le système immunitaire produit des anticorps pour combattre de manière ciblée les « intrus » tels que virus ou bactéries. Certains médicaments contre le cancer fonctionnent sur le même principe. Produits en laboratoire, ils proviennent tous de la même cellule et sont donc parfaitement identiques (clones), raison pour laquelle on les appelle anticorps monoclonaux.

Les anticorps monoclonaux utilisés dans le traitement du cancer du rein empêchent le VEGF de se fixer au récepteur présent à la surface des cellules des vaisseaux sanguins et en bloquent ainsi l'action. En même temps, ils stimulent le système immunitaire pour qu'il reconnaisse les cellules cancéreuses et les élimine.

Dans le traitement du carcinome rénal, ils sont associés à une immunothérapie (le plus souvent un traitement par interférons). En règle générale, ils sont administrés toutes les deux à trois semaines par voie intraveineuse, si possible dans le cadre d'un traitement au long cours.

Effets indésirables courants :

- hypertension ;
- modification de la formule sanguine ;
- lésions des nerfs des mains et des pieds ;
- tendance aux saignements ;
- augmentation du risque de thrombose ;
- quantité accrue de protéines dans l'urine ;
- diarrhée, nausées, vomissements, constipation ;
- maux de tête, douleurs articulaires ;
- mauvaise cicatrisation.

Inhibiteurs de mTOR

mTOR (*mammalian target of rapamycin*, cible de la rapamycine chez les mammifères) est une composante d'une protéine du corps humain qui joue un rôle important dans la croissance et la division des cellules, mais aussi dans leur approvisionnement en énergie. Elle est souvent hyperactive dans les cellules rénales cancéreuses.

Les inhibiteurs de mTOR utilisés dans le traitement des tumeurs rénales peuvent perturber la division et la croissance des cellules cancéreuses en bloquant notamment la production de VEGF. On y a recours en cas d'échec d'un traitement à base d'inhibiteurs de tyrosines kinases (voir pp. 30 et suiv.), lorsque la maladie a été diagnostiquée à un stade déjà très avancé ou lorsque l'état général du patient n'est pas bon.

Les inhibiteurs de mTOR sont pris sous forme de comprimés ou administrés par voie intraveineuse une fois par semaine. Le traitement se poursuit jusqu'à ce qu'il ne soit plus efficace ou qu'il doive être arrêté en raison d'effets secondaires trop importants.

Effets indésirables courants :

- éruptions cutanées ;
- augmentation du taux de sucre et de lipides dans le sang ;
- anémie ;
- inflammation de la muqueuse buccale (mucite, stomatite) ;
- pneumonie ;
- fatigue ;
- diarrhée.

Pour en savoir plus

Vous trouverez de plus amples informations sur les traitements médicamenteux, les thérapies ciblées et leur mode d'action dans la brochure « Les traitements médicamenteux des cancers » (voir p. 54).

Médicaments et traitements de soutien

Votre médecin peut vous prescrire différents médicaments ou traitements pour soulager ou prévenir les symptômes liés à la maladie ou les effets secondaires des thérapies tels que nausées, vomissements, diarrhée, constipation, fièvre, infection, difficultés respiratoires, douleurs et valeurs sanguines trop basses ou trop élevées:

- antiémétiques contre les nausées et les vomissements;
- antibiotiques contre les infections bactériennes;
- antimycosiques contre les affections provoquées par des champignons;
- analgésiques contre les douleurs;
- bains de bouche ou soins en cas d'inflammation des muqueuses de la bouche et de la gorge;
- transfusions sanguines ou médicaments en cas d'anémie, transfusions de plaquettes sanguines lors de risque d'hémorragie;
- médicaments ou mesures d'hygiène pour soutenir le système immunitaire en cas de diminution importante des globules blancs (leucopénie, neutropénie);
- bisphosphonates contre l'ostéoporose (diminution de la masse osseuse);
- préparations à base de cortisone pour prévenir les réactions allergiques et les nausées.

Il est important de prendre les médicaments prescrits en se conformant strictement aux indications du médecin pour que le traitement soit efficace. Consultez également la section « Les effets indésirables » (voir p. 45).

Radiothérapie

La radiothérapie est un traitement local : elle n'agit qu'à l'endroit où les rayons sont appliqués. Elle se différencie en cela de bon nombre de traitements médicamenteux contre le cancer qui se diffusent dans tout l'organisme ou presque.

La radiothérapie provoque des lésions dans les cellules cancéreuses, qui ne parviennent alors plus à se diviser et finissent par mourir. Elle peut également affecter les cellules saines, ce qui peut provoquer des troubles passagers. Les tissus concernés se régénèrent cependant pour la plupart au terme du traitement lorsque la production de nouvelles cellules saines reprend.

Les carcinomes rénaux sont peu sensibles à la radiothérapie. Cette méthode de traitement est par conséquent utilisée comme mesure palliative (voir p. 38) au stade avancé de la maladie, afin d'atténuer les douleurs liées aux métastases et d'améliorer ainsi la qualité de vie des patients.

Pour en savoir plus ...

Vous trouverez de plus amples informations sur l'emploi des rayons à des fins thérapeutiques dans la brochure de la Ligue contre le cancer « La radiothérapie » (voir p. 54).



Quel traitement à quel stade?

Le traitement est choisi avant tout en fonction des paramètres suivants:

- le stade de la tumeur (classification, voir pp. 22 et suiv.);
- la localisation de la tumeur dans le rein;
- l'état et le fonctionnement de l'autre rein;
- le type de tumeur: carcinome à cellules claires ou non à cellules claires (voir p. 15);
- les troubles occasionnés par la tumeur.

Pour planifier le traitement, le médecin tient également compte de l'état de santé général, de l'âge du patient et de ses attentes en matière de qualité de vie.

Planification du traitement

Le traitement est programmé et suivi par une équipe pluridisciplinaire. En d'autres termes, des experts de divers domaines évaluent la situation ensemble dans le cadre d'un colloque pluridisciplinaire, ou tumorboard. Ce système vise à vous proposer la thérapie la mieux adaptée à votre cas particulier.

Pour le traitement du cancer du rein, les spécialistes impliqués au premier chef sont:

- le néphrologue, spécialiste des maladies du rein;
- l'oncologue, expert du traitement médicamenteux des tumeurs, des soins de soutien, de la coordination du traitement et du suivi;
- l'anatomo-pathologiste, qui examine les tissus;
- le psycho-oncologue, spécialisé dans le soutien pour faire face aux bouleversements liés à la maladie;
- le spécialiste en radiologie et médecine nucléaire, expert de l'imagerie médicale à des fins de diagnostic et de traitement;
- le radio-oncologue, spécialiste de la radiothérapie;
- l'urologue, expert des maladies du système urinaire et des organes sexuels masculins;
- le spécialiste de la chirurgie vasculaire, c'est-à-dire des vaisseaux sanguins;
- le spécialiste de la génétique médicale, expert des analyses permettant d'établir l'existence d'une prédisposition héréditaire.

Traitement de première ligne

Le traitement réalisé (et recommandé) en premier est appelé traitement de première ligne ou de première intention. C'est celui dont on pense qu'il donnera les meilleurs résultats. Il est choisi sur la base d'études médicales qui ont permis d'établir à plusieurs reprises qu'il était efficace.

Traitement de deuxième ligne

Il intervient lorsque le traitement de première intention n'est plus efficace ou provoque trop d'effets secondaires. On utilise généralement une autre substance active ou une autre méthode de traitement.

Principes thérapeutiques

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

Curatif

Le traitement curatif a pour objectif la guérison.

Il est envisagé lorsque le chirurgien peut enlever toute la tumeur et qu'aucune métastase n'est détectée. La résection complète de tous les tissus atteints ne garantit toutefois pas la guérison, une rémission ou l'absence de récurrence.

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

Palliatif

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

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

Traitement néoadjuvant ou préopératoire

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

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

Traitement adjuvant

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

Objectifs thérapeutiques

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

La décision vous appartient

Nous vous recommandons de discuter des traitements proposés avec les différents spécialistes. Dans certains hôpitaux et centres de traitement, les diverses étapes thérapeutiques sont coordonnées par une personne responsable de votre suivi.

Vous pouvez poser des questions à tout moment, revenir sur une décision ou demander un temps de réflexion. Il est important que vous compreniez bien les conséquences et les effets secondaires possibles d'un traitement avant de donner votre accord.

Vous avez également le droit de refuser un traitement. Demandez au médecin de vous expliquer comment votre maladie va évoluer si vous prenez cette décision. Vous pouvez aussi laisser le choix du traitement aux médecins qui assurent votre prise en charge. Votre accord est cependant toujours nécessaire pour entreprendre un traitement.

Faites-vous accompagner et conseiller

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

Vous pouvez également en parler avec votre médecin de famille ou demander un deuxième avis

Osez poser des questions

- Que puis-je attendre du traitement ? Prolonge-t-il la vie ? Améliore-t-il la qualité de vie ?
- Quels sont les avantages et les inconvénients du traitement ?
- Des complications peuvent-elles se produire lors de l'opération ?
- Quelle est l'expérience de l'hôpital dans le traitement du cancer rénal ?
- Combien de tumeurs rénales les chirurgiens ont-ils déjà opérées ? Ces questions sont importantes, car l'expérience de l'équipe soignante et médicale impliquée dans votre prise en charge peut exercer une grande influence sur l'évolution de la maladie et la qualité de vie de la personne touchée.
- A quels risques ou effets indésirables dois-je me préparer ? Sont-ils transitoires ou définitifs ? Comment puis-je y faire face ?
- Le traitement entrave-t-il certaines fonctions de l'organisme ? Pourrais-je uriner par voie normale après le traitement ?
- Quelle influence aura le traitement sur ma fertilité et ma sexualité ?
- Quelles répercussions la maladie et le traitement auront-ils sur mon quotidien, mon entourage et mon bien-être ?
- Si je renonce à certains traitements, quelles seront les conséquences sur mon espérance et ma qualité de vie ?
- Existe-t-il d'autres options ?
- Quels sont les traitements ultérieurs ?
- La caisse maladie prend-elle en charge les coûts du traitement ?

médical: c'est votre droit le plus strict, et le spécialiste chargé de votre suivi ne jugera pas votre démarche comme une marque de défiance.

Peut-être allez-vous également ressentir le besoin de consulter un psycho-oncologue: ce professionnel peut vous soutenir au-delà des aspects purement médicaux, si vous souhaitez parler d'autres difficultés, d'ordre psychologique (angoisse) ou social (voir aussi p. 52).

Traitement aux stades débutant et intermédiaire

Pour les tumeurs limitées au rein, on privilégie en principe la chirurgie.

Lorsque la tumeur a un diamètre inférieur à quatre centimètres et qu'aucun ganglion lymphatique n'est touché, il est possible de pratiquer une néphrectomie partielle, c'est-à-dire d'enlever la tumeur en conservant le rein. Si elle est plus grande ou si des ganglions lymphatiques sont atteints, on retire généralement tout le rein touché (néphrectomie radicale ou totale).

Un traitement médicamenteux peut être proposé à la suite de cela, que la néphrectomie soit totale ou partielle.

En cas de cancer du rein héréditaire (généralement caractérisé par la présence de plusieurs petites tumeurs), d'altération de la fonction rénale ou de cancer bilatéral (les deux reins sont atteints), on peut avoir recours à un traitement par la chaleur (ablation par radiofréquence, par ex.) ou le froid (cryothérapie).

Lorsque la tumeur a un diamètre inférieur à deux centimètres ou que le patient est très âgé et affaibli, on peut, sous certaines conditions, différer le début du traitement (surveillance active, voir p. 28).

Traitement au stade avancé (cancer avec métastases)

Si l'état général du patient est bon, on commence si possible par opérer le rein touché (néphrectomie palliative). Des métastases isolées, par exemple dans la colonne vertébrale ou les poumons, peuvent elles aussi être retirées ou réduites chirurgicalement. Pour les métastases cérébrales, une radiothérapie peut être envisagée.

Mon diagnostic, mon traitement

Mes résultats d'examens

Mon diagnostic

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

Des contrôles sont-ils nécessaires?

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

En complément ou lorsqu'une opération ou une technique mini-invasive ne sont pas possibles (dans l'immédiat), un traitement médicamenteux peut être proposé afin de ralentir la progression de la maladie et d'atténuer les symptômes. Si le patient réagit bien à cette thérapie, il est parfois possible de pratiquer une opération dans un deuxième temps pour retirer la tumeur et les métastases.

Suivant la situation, le médecin opérera pour tel ou tel type de médicament qui s'est révélé particulièrement efficace en première intention. Un traitement médicamenteux peut également être proposé dans le cadre d'une étude clinique (voir p. 44). Votre oncologue vous renseignera volontiers sur les possibilités à disposition et pourra vous conseiller.

En cas de récurrence ou lorsque le médicament n'agit plus ou entraîne trop d'effets secondaires, on peut envisager un autre type de médicament en deuxième intention.

Des études cliniques sont en cours pour déterminer dans quel ordre le traitement est le plus efficace et définir la combinaison de médicaments qui apporte le plus grand bénéfice dans les thérapies ciblées.

L'embolisation des vaisseaux qui approvisionnent la tumeur en sang peut être pratiquée à titre palliatif.

Il est parfois possible de différer le début du traitement en surveillant étroitement l'évolution de la maladie (surveillance active, voir p. 28). C'est par exemple le cas lorsque le patient se sent relativement bien, que les métastases ne provoquent pas de douleurs ou ne présentent pas de danger compte tenu de leur localisation. Certaines métastases évoluent très lentement; d'autres peuvent régresser spontanément, même si cela arrive plutôt rarement.

Traitement en cas de récurrence

En cas de réapparition d'un cancer rénal, toutes les méthodes utilisées lors du premier traitement sont en principe envisageables. Dans la mesure du possible, on commence par opérer pour enlever la tumeur. Pour les métastases, une intervention chirurgicale, des techniques mini-invasives, une radiothérapie ou des thérapies ciblées entrent en ligne de compte. La surveillance active (voir p. 28) est également possible.

Traitement dans le cadre d'une étude clinique

La recherche médicale est en constante évolution. Elle développe de nouvelles approches et méthodes en vue d'améliorer l'efficacité des soins (par ex. survie prolongée, ralentissement de la progression de la maladie, meilleure qualité de vie) l'état de santé de la personne traitée. Dans différentes études scientifiques les nouvelles thérapies sont testées pour infirmer ou confirmer le bénéfice qu'elles apportent par rapport aux thérapies déjà existantes.

Dernière étape de ce processus, les études cliniques au cours desquelles les traitements sont testés et optimisés grâce à la participation des patients.

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

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

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

Vous en saurez davantage en lisant la brochure du Groupe suisse de recherche clinique sur le cancer intitulée «Thérapie anticancéreuse dans le cadre d'une étude clinique» (voir p. 56).

Les effets indésirables

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

La survenue ou non d'effets indésirables et leur importance varient beaucoup d'un individu à l'autre. Certains d'entre eux se manifestent en cours de traitement puis s'atténuent. D'autres apparaissent une fois le traitement achevé. Quelques effets indésirables comme les inflammations, infections, troubles neurologiques ou réactions cutanées surviennent en lien avec des thérapies spécifiques. Il est donc probable qu'ils ne vous concernent jamais.

Indispensable : être informé

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

Des médicaments ou des soins médicaux permettent aujourd'hui d'en atténuer une grande partie (voir « Médicaments et traitements de soutien », p. 34). Les effets indésirables diminuent progressivement au cours des jours, semaines ou mois qui suivent. Il est essentiel que

vous informiez votre équipe médicale et soignante de vos symptômes afin qu'elle puisse mettre en place les mesures nécessaires. Il est important de peser les avantages et les inconvénients de l'efficacité attendue du traitement, surtout à un stade avancé de la maladie.

Important

- Beaucoup d'effets indésirables, notamment les douleurs et les nausées, sont prévisibles. Pour les atténuer, vous recevrez certains médicaments d'accompagnement à l'avance (voir p. 34). Veillez à bien respecter la prescription.
- Avant d'utiliser certains produits de votre propre initiative, consultez toujours votre équipe soignante d'abord. Cette recommandation vaut également pour les onguents, lotions ou médicaments de médecine complémentaire, car un produit « naturel » qui vous paraît inoffensif peut en réalité interférer avec votre traitement et s'avérer contre-indiqué. L'équipe soignante se tient à disposition pour vous informer au sujet des médecines complémentaires existantes.

De nombreuses brochures de la Ligue contre le cancer décrivent les traitements actuels ainsi que les effets de la maladie et du traitement. Vous y trouverez des conseils pour mieux les affronter (voir p. 54).

Traitements additionnels

Suivi et retour à la vie quotidienne

Après le traitement, des contrôles réguliers chez un urologue sont recommandés. Ces examens visent à déceler rapidement les effets indésirables du traitement ou les séquelles de la maladie pour y remédier ainsi qu'à détecter et soigner une récurrence éventuelle, une nouvelle tumeur ou des métastases.

Les premières années après le traitement, le médecin vous proposera généralement un contrôle tous les trois à six mois. Par la suite, des examens plus espacés suffisent. Si vous avez des symptômes ou des problèmes, quels qu'ils soient, n'attendez pas le prochain contrôle, mais consultez votre médecin sans tarder.

Les contrôles portent notamment sur l'évolution de la fonction rénale, la tension artérielle et les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires. Une néphrectomie totale peut en effet entraîner des séquelles comme une altération de la fonction rénale ou de l'hypertension. Les contrôles englobent de ce fait des examens cliniques, de laboratoire et d'imagerie médicale.

Il est possible que le médecin vous conseille certains changements dans votre mode de vie, par exemple en rapport avec l'alimentation, l'activité physique ou le tabagisme. Une consultation diététique peut être utile; lorsqu'elle est prescrite par un médecin, elle est remboursée par l'assurance obligatoire. Si vous souhaitez de l'aide ou des conseils pour arrêter de fumer, vous pouvez vous adresser à la ligne stop-tabac (voir p. 52)

Des conseils psycho-oncologiques et un soutien psychosocial peuvent également faire partie du suivi (voir p. 52). Il est en effet important d'aborder les difficultés que vous rencontrez en relation avec la maladie, qu'elles soient de nature psychique, professionnelle ou sociale. C'est là le meilleur moyen de mettre en place les mesures nécessaires pour faciliter votre retour à la vie quotidienne.

Traitement de la douleur

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

L'éventail de possibilités est large :

- médicaments de différentes sortes;
- exercices de relaxation (méditation, training autogène, par ex.);
- activité physique et sportive;
- physiothérapie, applications de chaud ou de froid, ergothérapie;
- conseil psycho-oncologique;
- psychothérapie;
- opération;
- rayons.

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

Souffrez-vous de douleurs légères que vous souhaitez calmer à l'aide de médicaments? Le médecin vous prescrira souvent un analgésique faible à base de paracétamol, de

diclofénac ou d'acide acétylsalicylique. S'ils s'avèrent insuffisants, vous pouvez recevoir des opioïdes, des médicaments plus puissants.

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

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

En effet, l'administration d'opioïdes sous surveillance médicale n'a rien à voir avec l'usage qu'en fait la personne toxicomane. Cette dernière s'injecte en une seule

Que sont les opioïdes ?

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

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

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

Vous trouvez de précieux conseils sur le sujet dans la brochure « Les douleurs liées au cancer et leurs traitements » (voir p. 54).

Médecines complémentaires

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

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

En revanche, la Ligue contre le cancer déconseille les approches dites parallèles ou alternatives qui prétendent se substituer à la médecine classique. Vous trouvez davantage d'informations à ce propos dans la brochure « Parallèles? Complémentaires? » (voir p. 54).

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

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

Suivi médical et réadaptation

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

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

Afin de faciliter votre réintégration dans le quotidien, il est important d'aborder les thèmes en relation avec la maladie qui vous préoccupent et de vous faire accompagner dans la recherche de solutions. Selon vos besoins ayez recours à un soutien psychologique ou psychosocial (voir p. 52). Votre médecin traitant sera aussi impliqué dans le suivi.

Vous vous posez peut-être des questions au sujet de votre image

corporelle modifiée, votre désir d'enfant ou votre sexualité. N'hésitez pas à en parler avec votre médecin ou d'autres professionnels de l'équipe de soins.

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

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

Si des troubles ou des symptômes surgissent entre deux contrôles, il ne faut pas hésiter à contacter votre médecin sans attendre le prochain rendez-vous. Si vous souhaitez un soutien pour surmonter la maladie et ses suites, reportez-vous à la page 52 pour consulter des offres.

Retour à la vie quotidienne

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

La fin du traitement: un moment délicat

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

Dorénavant, vous êtes moins entouré. Vous éprouvez peut-être un vide intérieur, vous vous sentez un peu perdu. Les traitements sont certes terminés, mais rien

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

Se donner du temps

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

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

En parler

Chacun appréhende la vie selon sa nature plus ou moins optimiste ou pessimiste, son éducation, son vécu. Il en va de même pour la maladie. La palette du ressenti va de « Cela ira » par « Si seulement ça allait » en passant par « Cela va mal tourner » ou « Je vais mourir ». Indépendamment des chances de guérison, le cancer suscite de l'angoisse. En parler avec d'autres personnes peut aider à prendre du recul face au vécu de la maladie.

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

Il n'y a pas de recette universelle, chacun a besoin d'un certain temps pour s'adapter à cette nouvelle situation et trouver un mode de communication satisfaisant pour tout le monde.

Faire appel à un soutien professionnel

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

Conseils et informations

Faites-vous conseiller

Votre équipe soignante

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

Psycho-oncologie

Les conséquences d'un cancer vont bien au-delà des aspects purement médicaux : la maladie affecte aussi la vie psychique. Les personnes touchées souffrent notamment de dépression, d'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.

La Ligne InfoCancer 0800 11 88 11

Au bout du fil, une infirmière spécialisée vous écoute, vous propose des solutions et répond à vos questions sur la maladie et son traitement. L'appel et les renseignements sont gratuits. Les entretiens

peuvent aussi s'effectuer via Skype, à l'adresse : krebstelefon.ch.

Cancerline : pour chatter sur le cancer

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

Cancer : comment en parler aux enfants ?

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

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

La Ligne stop-tabac 0848 000 181

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

Stages

Dans différentes régions de Suisse, la Ligue contre le cancer propose aux personnes touchées des stages de durée variable : www.liguecancer.ch/stages. Vous en trouverez le programme dans une brochure (voir p. 55).

Activité physique

De nombreuses personnes touchées pratiquent une activité physique pour retrouver de l'énergie, reprendre confiance en soi et réduire la sensation de fatigue. Il existe des groupes de sport adaptés aux personnes atteintes d'un cancer: renseignez-vous auprès de votre Ligue cantonale ou régionale contre le cancer, et consultez la brochure «Activité physique et cancer» (voir p. 55).

Autres personnes touchées

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

Forums de discussion

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

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.

Soins à domicile

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

Conseils en alimentation

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

Association suisse des diététiciens et diététiciennes diplômé-e-s ES/HES (ASDD)

Altenbergstrasse 29, Case postale 686
3000 Berne 8

Tél. 031 313 88 70
service@svde-asdd.ch
www.svde-asdd.ch

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

palliative ch

Vous trouvez sur le site de la Société suisse de médecine et de soins 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
Bubenbergrplatz 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. 56).

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. 55).

Brochures de la Ligue contre le cancer

- **Les traitements médicamenteux des cancers**
Chimiothérapie, thérapie antihormonale, immunothérapie
- **Prendre ses médicaments à domicile**
Les chimiothérapies orales
- **La radiothérapie**
- **Parallèles? Complémentaires?**
Risques et bénéfices des méthodes non vérifiées en oncologie
- **Les douleurs liées au cancer et leurs traitements**
- **Journal des douleurs**
- **Dolometer® VAS**
Réglette pour évaluer l'intensité de la douleur
- **Fatigue et cancer**
Identifier les causes, trouver des solutions
- **Difficultés alimentaires en cas de cancer**
- **L'œdème lymphatique en cas de cancer**
Guide à l'intention des personnes concernées
- **Cancer et sexualité au masculin**

- **Soigner son apparence durant et après la thérapie**
Peau, coiffure, couleurs et vêtements: les conseils de la Ligue contre le cancer
- **Activité physique et cancer**
Retrouver confiance en son corps grâce au mouvement
- **Stages**
Pour les personnes touchées par le cancer
- **Accompagner un proche atteint de cancer**
Suggestions et conseils pour les parents et amis des personnes touchées
- **Soigner un proche et travailler: une mission possible**
Dépliant de 8 pages pour mieux concilier activité professionnelle et soins prodigués à un proche
- **Quand le cancer touche les parents**
En parler aux enfants
- **Cancer: comment en parler aux enfants?**
Dépliant contenant conseils et informations pour les parents et les enseignants
- **Prédispositions héréditaires au cancer**
Des réponses aux questions que se posent les familles fortement touchées par le cancer

- **Cancer: prestations des assurances sociales**
- **Décider jusqu'au bout**
Brochures sur les directives anticipées
- **Les directives anticipées de la Ligue contre le cancer**
- **Cancer et souffrance psychique**
Le cancer touche la personne dans sa totalité
- **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.forum-cancer.ch. Votre opinion nous est précieuse!

Autres brochures

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

A commander auprès du Groupe suisse de recherche clinique sur le cancer (SAKK), téléphone 031 389 91 91, 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 p. 58). La Ligue suisse contre le cancer et les ligues bernoise et zurichoise possèdent un catalogue en commun. Il se trouve en ligne et vous permet d'emprunter un ouvrage et de vous le faire envoyer dans toute la Suisse :

www.liguecancer.ch/bibliotheque

Voici le lien vers les livres pour enfants :

www.krebsliga.ch/kinderbibliothek.

Internet

(Par ordre alphabétique)

Offre de la Ligue contre le cancer

www.forumcancer.ch

Forum Internet de la Ligue contre le cancer

www.liguecancer.ch

Site de la Ligue suisse contre le cancer

www.liguecancer.ch/migrants

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

www.liguecancer.ch/stages

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

www.krebsliga.ch/cancerline

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

Autres institutions ou sites spécialisés

Maladies rénales héréditaires

www.orpha.net → Français

Portail des maladies rares et héréditaires

www.chuv.ch/oncologie

Site du département d'oncologie du CHUV (Lausanne)

www.planetesante.ch

Site romand destiné au grand public

www.palliative.ch

Société suisse de médecine et de soins palliatifs

Anglais

www.cancer.gov

National Cancer Institute USA.

www.cancer.org

American Cancer Society.

www.cancer.net

American Society of Clinical Oncology.

www.macmillan.org.uk

A non-profit cancer information service.

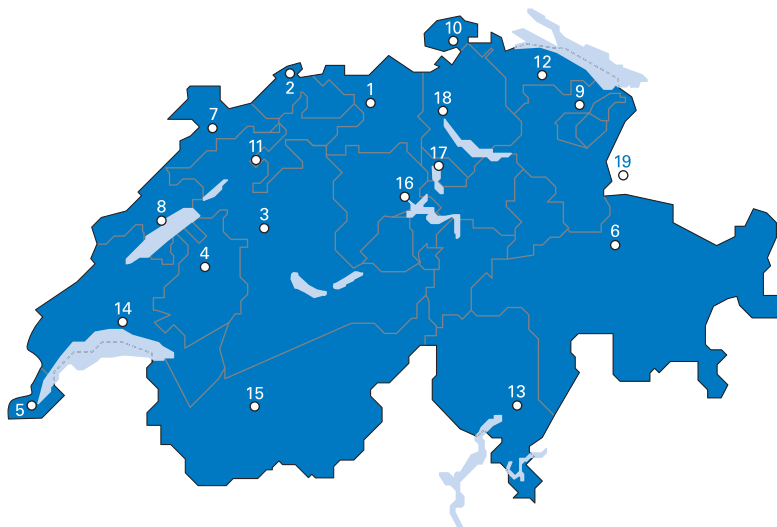
www.vhl-europa.org

VHL Europa supports existing national VHL patient organisations.

Sources

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

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



1 Krebsliga Aargau

Kasernenstrasse 25
Postfach 3225
5001 Aarau
Tel. 062 834 75 75
Fax 062 834 75 76
admin@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.