



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

pour la vie

Grossesse et cancer ?



GRAND PUBLIC

Edition actualisée
Novembre 2010

Nous remercions
chaleureusement le groupe
des relecteurs :

Sylvie AUBERT,

Jeanne BRAUD,

Anne-Marie BROSSARD

(rapporteur du Réseau des
Malades et des Proches),

Martine DAMECOUR,

Joëlle DARNEY,

Françoise DUPIN-ESCROIGNARD,

Christiane FELUS,

Paola LACROIX,

Marie-Pierre LE MORVAN,

Evelyne MATHOUX,

Eliane MARX,

Florence MENET,

Hélène MOURIESSE,

Claire NAUD,

Emmanuelle PUJOL,

Claude SAINT-EPERY,

Myriam SAYADA,

Frédérique STENGER,

Janine WALTER,

et tous ceux qui ont souhaité
rester anonymes.

Coordination :

Marie LANTA.

1

Grossesse et cancer ? Pendant ou après un cancer

SOMMAIRE

➤ Le cancer est-il conciliable avec la grossesse ?	3
➤ Le cancer pendant la grossesse	4
➤ Les éléments pesant dans la décision thérapeutique	6
➤ Les décisions thérapeutiques	8
➤ Pronostic du cancer	10
➤ Concrètement, comment sont prises les décisions thérapeutiques ?	10
➤ Une grossesse est-elle possible après les traitements reçus pour un cancer ?	13
➤ Y a-t-il des moyens pour prévenir la toxicité des traitements sur la fertilité et préserver la possibilité d'une grossesse ultérieure ?	15
➤ Une grossesse après traitement d'un cancer accroît-elle le risque de rechute ?	16
➤ Après traitement d'un cancer une grossesse fait-elle courir un risque pour l'enfant ?	17
➤ Les adresses utiles	18
➤ Contre le cancer, avec la Ligue	19
➤ La Ligue contre le cancer	20



Rédaction :
➤ **Cécile FLAHAUT**
(psychologue,
Institut Curie)
➤ **Dr Françoise MAY-LEVIN**
Conseiller médical,
Ligue contre le cancer,
➤ **Dr Laurent MIGNOT**
(chef du département
d'Oncologie médicale,
Institut Curie).

Le cancer est-il conciliable avec la grossesse ?

L'association cancer et grossesse est rare et tout oppose en apparence ces deux situations. Moins de 1% des cancers touchent des femmes en âge de procréer. Il s'agit le plus souvent de cancers du sein, de cancers hématologiques, de certains cancers cutanés, de cancers du col de l'utérus. Il faut aussi prendre en compte les femmes qui ont eu un cancer pendant l'enfance.

- **PEUT-ON TRAITER UN CANCER ALORS MÊME QUE L'ON EST ENCEINTE ?**
- **PEUT-ON ENVISAGER UNE GROSSESSE ALORS QUE L'ON A ÉTÉ TRAITÉE POUR UN CANCER ?**

3

Le cancer pendant la grossesse

Lorsque le cancer est diagnostiqué, il s'agit, soit d'un cancer diagnostiqué chez une jeune femme qui est enceinte, soit d'une jeune femme qui découvre sa grossesse alors qu'elle va être traitée pour un cancer. Dans ces deux situations, l'avenir de la grossesse va poser des problèmes de choix thérapeutiques bien particuliers et les options de traitement doivent être définies en veillant à ne faire aucune exploration pouvant être dommageable pour le fœtus.

Deux questions se posent :

→ La poursuite de la grossesse est-elle possible, souhaitable, compatible avec le traitement du cancer ?

→ Le traitement du cancer fait-il courir des risques à la mère et au fœtus ?

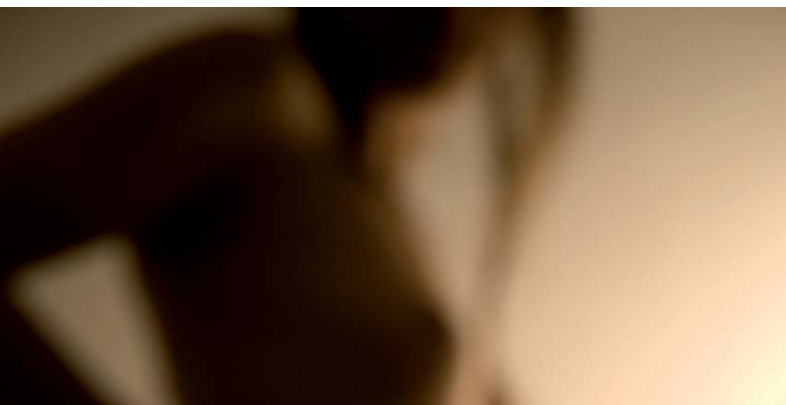
LES CHOIX THÉRAPEUTIQUES VONT DÉPENDRE DE MULTIPLES FACTEURS

- Le moment de la grossesse.
- La nature de la tumeur et le caractère d'urgence du traitement.
- Le type de traitement souhaitable : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie.
- Le contexte familial : nombre d'enfants, âge de la patiente et surtout son désir profond, ainsi que celui du couple.

Cancer pendant la grossesse

Lorsque le cancer est diagnostiqué, il faut informer la patiente des effets de la thérapie proposée, sur le fœtus et sur le pronostic global pour la mère. D'où l'importance de la qualité

de l'information, et de la relation avec une équipe pluridisciplinaire qui réunit oncologue, radiothérapeute, chimiothérapeute, obstétricien et psychologue.



3

Les éléments pesant dans la décision thérapeutique

LE DÉVELOPPEMENT DE L'EMBRYON ET DU FOETUS

→ Durant les soixante premiers jours, l'embryon va progressivement s'individualiser au sein de l'œuf. Les principales structures qui donneront naissance aux différents organes commencent à se différencier. C'est pendant le deuxième mois que se forment les principaux organes, tandis que l'aspect extérieur commence à se modeler.

→ A partir du 3^e mois, l'embryon poursuit son développement et devient un fœtus qui va continuer à croître et assurer sa maturation jusqu'à la naissance.

→ L'âge gestationnel est donc un élément déterminant vis-à-vis de la poursuite de la grossesse : si la grossesse est récente (avant le 3^e mois), une interruption sera le plus souvent proposée et discutée en informant la malade que le pronostic du cancer ne sera pas affecté par cette interruption. Si elle est souhaitée, la poursuite de la grossesse ne sera possible que si le traitement du cancer peut être effectué de

manière optimale sans risque majeur sur l'évolution de la maladie de la mère et sans risque pour le fœtus.

Après le 3^e mois, si la patiente le souhaite, le traitement sera adapté pour permettre la poursuite de la grossesse en toute sécurité. Dans le cas contraire, l'interruption de la grossesse sera discutée en sachant qu'il s'agit toujours d'une décision difficile à prendre et nécessitant une concertation.

LES CARACTÉRISTIQUES DE LA MALADIE

Il s'agit dans la grande majorité des cas d'un cancer du sein, d'un cancer du col utérin, d'un cancer cutané et plus rarement d'un cancer de l'ovaire ou de la thyroïde. Chez les toutes jeunes femmes, à peine sorties de l'adolescence, on peut observer également des cancers, fréquents à cette période de la vie, comme les **lymphomes*** (hodgkiniens ou non), les leucémies lymphoblastiques ou même des sarcomes osseux.

* tumeurs
du système lymphatique

Les éléments pesant dans la décision thérapeutique

Différents éléments doivent être pris en compte :

→ La localisation de la tumeur primitive peut être déterminante pour discuter de la nécessité d'une interruption de grossesse,

→ Le type de traitement justifié par la tumeur, peut-être incompatible avec la poursuite de la grossesse,

→ La taille, l'extension de la tumeur, l'agressivité des cellules tumorales, leur vitesse de croissance vont être prises en compte par l'équipe médicale pour déterminer la stratégie thérapeutique et le caractère d'urgence du traitement.

→ Tous les examens justifiés par la maladie ne sont pas toujours possibles pendant la grossesse :

- les examens diagnostiques comme la mammographie et la radiographie pulmonaire sont tolérés mais doivent être limités et lorsque c'est possible, il est souhaitable de recouvrir l'abdomen de la mère d'un écran de protection en plomb, ce qui offre une protection supplémentaire,

- l'échographie, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) peuvent être effectuées sans risque pendant la grossesse car ils n'entraînent pas d'irradiation,

- les examens comme la tomodensitométrie (Scanner) et les examens de médecine nucléaire qui emploient des radio-isotopes sont déconseillés pendant la grossesse.



les décisions thérapeutiques

Elles seront toujours prises en tenant compte de l'éventuelle dangerosité pour l'enfant et de la sécurité de la mère.

Dans la grande majorité des cas, on peut, en toute conscience, se donner un certain temps de réflexion ou débiter le traitement par un geste thérapeutique à la fois efficace sur la tumeur, et préservant la sécurité du fœtus. mais il est de rares cas, comme les leucémies aiguës, ou des cancers inflammatoires du sein, ou autres cancers d'évolution rapide, qui nécessitent sans délai un traitement énergétique et rapide.

LES MÉTHODES ENVISAGEABLES

► LA CHIRURGIE

La chirurgie est pratiquement toujours possible, quel que soit le moment de la grossesse, en sachant que l'anesthésiste en tiendra compte et que ces méthodes sont parfaitement établies : attendre si possible la 12^e semaine permet de mini-

miser les risques d'interruption spontanée de grossesse.

La plupart des biopsies peuvent être pratiquées sans danger pendant une grossesse si on utilise un anesthésique local.

► LA RADIOTHÉRAPIE

La radiothérapie a recours à des particules de haute énergie pour détruire les cellules cancéreuses et réduire la taille des tumeurs. Les radiations peuvent nuire au fœtus, en particulier lors du premier trimestre lorsque les organes du bébé et son système nerveux central se développent, c'est pourquoi il n'y a pas de radiothérapie pendant cette période. Lors du deuxième ou du troisième trimestre la radiothérapie dépend de la dose d'irradiation et de la région à traiter.

- L'irradiation abdominale ou pelvienne est à proscrire.
- L'irradiation de la partie haute du corps est possible si elle est vraiment nécessaire. Dans ce cas, elle doit être planifiée avec soin en utilisant des écrans ou des blocs de plomb pour réduire le plus possible la quantité de radiations émises au fœtus.



► LA CHIMIOTHÉRAPIE

Il s'agit d'un traitement systémique qui circule dans tout le corps et qui détruit les cellules cancéreuses. Les agents chimiothérapeutiques sont toxiques et peuvent nuire au fœtus, en particulier s'ils sont administrés lors du premier trimestre de la grossesse. Les chimiothérapies sont, à priori, interdites dans les trois premiers mois de la grossesse. Après ce délai, les prescriptions seront discutées au cas par cas.

- Certains médicaments restent interdits pendant la grossesse.
- D'autres sont reconnus comme étant bien tolérés et sont maintenant administrés malgré des risques de malformation faibles.
- Il existe aussi un faible risque d'interruption spontanée de la grossesse et de retard de croissance du fœtus.
- Le nombre de cures de chimiothérapie et la date du déclenchement de l'accouchement avant terme, résultent d'un compromis entre un minimum de traitements administrés et souhaitables, et la nécessité de préserver l'enfant des risques

liés à la prématurité. Ce choix est le fruit d'une étroite collaboration entre oncologues et obstétriciens

► **LES TRAITEMENTS HORMONAUX*** sont dangereux pendant la grossesse. Leur prise dure plusieurs années, souvent 5 ans. Il importe donc qu'une contraception soit envisagée pendant toute la durée du traitement.

► **LES TRAITEMENTS NOUVEAUX COMME LES THÉRAPIES CIBLÉES** agissent sur certains gènes (par exemple l' Herceptin inhibe l'action du gène Her2 dans le cancer du sein) ou sur certains facteurs de croissance (par exemple l'Avastin inhibe le facteur de croissance angiogénique*). Ils sont déconseillés pendant la grossesse du fait du manque de données actuelles sur les risques exacts qu'ils font courir pendant cette période.

* **ANGIOGÉNIQUE**
prolifération de vaisseaux
induits par la tumeur.

9

Pronostic du cancer

Dans la majorité des cas, le pronostic d'une femme enceinte atteinte de cancer est le même que celui de toute autre femme du même âge qui est atteinte du même type de cancer de même stade à condition qu'un traitement optimal ait pu être mené à bien.

La grossesse en soi n'influe donc pas, ou peu, sur le pronostic du cancer traité parallèlement.

La propagation du cancer au niveau du fœtus a parfois été rapportée pour certains cancers cutanés mais reste rarissime.

Concrètement, comment sont prises les décisions thérapeutiques ?

Certaines situations nécessitent des décisions en urgence, mais dans la majorité des cas, il existe un temps utile pour la réflexion et une prise de décision posée et consensuelle.

La patiente désire poursuivre sa grossesse, c'est possible :

► Si un traitement chirurgical seul est décidé et qu'il ne présente pas de risque majeur au cours de la grossesse : c'est le cas d'un grand nombre de cancers, du

sein, de la peau, du tube digestif, de la thyroïde pour lesquels les patientes peuvent être opérées sans difficulté particulière.

► Si la grossesse est déjà bien avancée et permet d'attendre sans risque l'accouchement, pour proposer ensuite, les traitements complémentaires nécessaires, par radiothérapie, chimiothérapie ou thérapies ciblées. C'est souvent le cas des cancers limités, découverts pendant le dernier trimestre de la grossesse.

Concrètement comment sont prises les décisions thérapeutiques ?

► Si l'âge de la grossesse permet d'utiliser des traitements qui doivent être administrés sans tarder : c'est le cas de certaines chimiothérapies qui sont proposées lors des deuxièmes et troisièmes trimestres.

Dans tous ces cas, en concertation avec cancérologues et obstétriciens, un accouchement sera envisagé à partir de la 30^e ou 32^e semaine d'aménorrhée (arrêt des règles), le plus proche possible du terme.

L'allaitement n'est pas, à priori, déconseillé en cas de cancer, mais doit être discuté en fonction des traitements suivis (par exemple, en cours de chimiothérapie).

► **LA POURSUITE DE LA GROSSESSE N'EST PAS SOUHAITABLE OU PAS SOUHAITÉE ET L'INTERRUPTION DE LA GROSSESSE DOIT ÊTRE ENVISAGÉE, C'EST LE CAS...**

• En début de grossesse quand la patiente et son conjoint le demandent, ne souhaitant pas mener de front la prise en charge de deux situations aussi anta-

gonistes. Il s'agit notamment des grossesses non désirées, survenant « par accident » alors que la prise en charge du cancer est en cours. Cette situation doit devenir de plus en plus rare si une contraception sérieuse est envisagée chez toute patiente en âge de procréer et chez laquelle est diagnostiqué un cancer justifiant des traitements agressifs. La décision de l'interruption de grossesse doit être accompagnée sur le plan psychologique.

• En début de grossesse si les traitements nécessaires sont incompatibles avec la poursuite de cette dernière : c'est le cas par exemple des cancers gynécologiques ou des cancers nécessitant une chimiothérapie ou une radiothérapie précoce.

• Au milieu ou en fin de grossesse dans le cas de certains cancers évolués pour lesquels il serait déraisonnable d'attendre l'accouchement pour administrer les traitements indispensables que l'on ne peut utiliser sans risque pendant la grossesse. C'est une situation heureusement rare qui nécessite une concertation optimale entre

Concrètement comment sont prises les décisions thérapeutiques ?

tous les acteurs de soin et un dialogue le plus serein possible avec la patiente et son conjoint

- Dans tous les cas, c'est à la patiente que revient la décision, après qu'elle ait été bien informée et conseillée.

Il semble en effet important que ces décisions soient prises de manière concertée entre la patiente, son conjoint et l'équipe médicale. Cette dernière privilégiera la réflexion pluridisciplinaire entre soignants (médecins, infirmières, psycho-oncologues) et veillera à recueillir les différents points de vue de manière à garantir la dimension éthique de la prise en charge. D'autre part, dans certains cas, un accompagnement psychologique de la patiente ainsi que de ses proches pourra être proposé, que ce soit pour accompagner la décision thérapeutique ou le processus de soins.

Seule une prise en charge globale permettra un accompagnement de la patiente et de sa famille pendant et après la maladie.

Rappelons que :

CANCER ET GROSSESSE SIMULTANES NE SONT PAS TOUJOURS INCOMPATIBLES MAIS :

- Il doit s'agir d'une grossesse désirée.
- L'avenir de la grossesse et les traitements doivent être adaptés à chaque cas individuel.
- La prise en charge doit être menée en concertation avec les différents acteurs de soin au sein d'équipes formées à la gestion de ces situations complexes.





Les cancers des femmes jeunes sont peu fréquents et leur taux de guérison est important d'où le souhait normalement élevé de désir de grossesse de ces femmes « guéries ». Ceci dit, plusieurs questions se posent :

→ Y A-T-IL DES MÉTHODES PERMETTANT DE PRÉSERVER LA POSSIBILITÉ D'UNE GROSSESSE EN CAS DE CANCER ?

→ LES TRAITEMENTS ADMINISTRÉS POUR LE TRAITEMENT DU CANCER NE FONT-ILS PAS COURIR UN RISQUE À L'ENFANT ?

→ UNE GROSSESSE NE FAIT-ELLE PAS COURIR UN RISQUE DE RECHUTE DU CANCER ?

Si les traitements du cancer ont permis de faire ces dernières années d'importants progrès et d'améliorer significativement le pronostic de beaucoup d'entre eux, ils ont malheureusement des effets secondaires fréquents sur la fertilité des femmes trai-

tées, en fonction du type de traitement et de l'âge au moment du traitement.

► La chirurgie pelvienne a évidemment des conséquences importantes sur les possibilités de grossesse en fonction des organes supprimés.

► La radiothérapie pelvienne entraîne rapidement une stérilité définitive : les ovaires sont sensibles à de faibles doses d'irradiation et les doses que nécessitent les traitements du cancer sont toujours stérilisantes si les ovaires sont dans les champs d'irradiation. Il existe une possibilité de prévention en transposant chirurgicalement les ovaires hors du champ d'irradiation mais cette méthode n'est pas efficace à 100%.

► La chimiothérapie a elle, une toxicité ovarienne transitoire, partielle ou définitive en fonction de l'âge de la patiente et en fonction du type de médicament utilisé. Avant 35 ans, une chimiothérapie adjuvante de cancer du sein perturbe les règles pendant le traitement, parfois

La grossesse est-elle possible après les traitements reçus pour un cancer ?

jusqu'à l'arrêt de celles-ci, mais il est possible de retrouver une fertilité normale dans plus de la moitié des cas. Après 40 ans, ce pourcentage chute de manière importante avec un risque accru de ménopause précoce : un arrêt des règles dix huit mois après une chimiothérapie laisse peu de chance de récupération. Malheureusement, il n'y a actuellement pas de test suffisamment précis pour prédire les chances de récupération d'une fertilité normale.

► Les traitements antihormonaux et les thérapies ciblées n'ont pas d'effet à long terme sur la fertilité.

TROIS POINTS SONT IMPORTANTS À CONNAÎTRE :

1/ Les traitements médicaux ont une durée variable de quelques mois pour la chimiothérapie à quelques années pour les traitements antihormonaux. En fonction de l'âge de la patiente, le délai d'attente imposé par les différents traitements peut avoir une influence négative importante sur les possibilités de grossesse.

2/ Même après la fin des traitements les effets sur les cellules ovariennes persistent pendant plusieurs mois et il est déconseillé d'être enceinte dans les 6 mois qui suivent une chimiothérapie ou une hormonothérapie (risque de malformation).

3/ Ces traitements, même s'ils perturbent les règles, ne peuvent jouer un rôle de contraception d'où l'importance d'aborder ce point avec les différents médecins afin d'éviter toute grossesse à risque et/ou non désirée. Il est possible que la méthode de contraception antérieure au cancer ne soit plus adaptée, un autre moyen contraceptif doit alors être envisagé dès le début du traitement et pour les mois qui suivent.



Y a-t-il des moyens pour prévenir la toxicité des traitements sur la fertilité et préserver la possibilité d'une grossesse ultérieure ?

Il n'y a pas de moyen reconnu comme étant efficace pour préserver la fonction des ovaires. Leur mise au repos par une ménopause chimique artificielle (induite par la prise d'un médicament spécifique) pendant la durée du traitement est parfois proposée mais le bénéfice de cette technique n'a pas été scientifiquement démontré.

La méthode la plus efficace pour préserver une possibilité de grossesse après un traitement toxique est la fécondation in vivo avec congélation d'embryon. Elle est cependant rarement applicable :

- ▶ La jeune patiente n'a pas forcément de projet de grossesse immédiat, d'autant plus qu'elle n'a vraisemblablement pas encore choisi le futur père de son enfant.

- ▶ Cette technique nécessite une stimulation ovarienne et demande un délai minimum de 4 à 6 semaines pour être efficace : ce délai n'est pas toujours possible face à l'urgence du traitement et la stimulation

des ovaires n'est pas conseillée après certains cancers hormonaux dépendants comme le cancer du sein par exemple.

- ▶ Les techniques de congélation d'ovocytes et de cortex ovarien (partie d'ovaire prélevé) sont encore très expérimentales.

- ▶ Le don d'ovocyte est éventuellement la méthode à choisir après une toxicité due à la chimiothérapie sur les ovaires.

L'important, face à une décision toujours délicate, est de faire appel à une équipe spécialisée, qui travaille en concertation avec l'équipe de cancérologie.

15

Une grossesse après traitement d'un cancer accroît-elle le risque de rechute ?

De nombreuses études dans le monde ont comparé le devenir de patientes enceintes après avoir été traitées pour un cancer, au devenir des patientes traitées pour un cancer sans grossesse. Dans aucune de ces études il n'a été retrouvé d'effet négatif de la grossesse sur l'évolution de la maladie.

Cependant la maladie cancéreuse, présente malgré les traitements, un risque persistant de rechute qui est fonction non de la grossesse mais de la tumeur, de son stade d'évolution et du délai écoulé depuis la fin des traitements. Une grossesse, si elle est désirée, est donc possible car sans risque sur l'évolution de la maladie, mais il est important que le couple et les médecins aient eu un échange clair sur le pronostic de la maladie. C'est pourquoi :

▶ S'il s'agit d'une tumeur limitée avec un faible risque de rechute aucun délai d'attente n'est nécessaire pour débuter une grossesse.

▶ S'il s'agit d'une tumeur plus évoluée, même bien traitée, les statistiques de risque de rechute peuvent être expliquées au couple et un délai de quelques années peut être conseillé avant d'envisager une grossesse.

▶ Aucune étude n'a montré un bénéfice de l'interruption de grossesse sur l'évolution de la maladie mais cette décision appartient bien sûr au couple informé.

Rappelons que :

▶ Il est recommandé d'attendre au moins six mois après la fin des traitements, avant de mettre une grossesse en route.

▶ Une grossesse après traitement d'un cancer doit être désirée et non pas le fruit d'un « accident » de contraception.

Enfin, s'il est possible, l'allaitement est sans danger tant pour la mère que pour l'enfant.

16



CETTE QUESTION EST EN FAIT TRIPLE.

► LE DÉROULEMENT DE LA GROSSESSE PEUT-IL ÊTRE PERTURBÉ PAR LE TRAITEMENT D'UN CANCER ANTÉRIEUR ?

Après traitement d'un cancer, la grossesse se déroule en général normalement même s'il existe un petit risque accru d'accouchement prématuré et de retard de croissance in utéro.

► LES TRAITEMENTS REÇUS POUR TRAITER LE CANCER FONT-IL COURIR UN RISQUE DE MALFORMATION POUR L'ENFANT ?

Un risque théorique de « mutations » existe mais aucune étude n'a montré de surcroît de malformation chez les enfants nés de mères traitées pour un cancer qu'il y ait eu ou non des traitements médicaux comme la chimiothérapie.

► LES ENFANTS NÉS D'UNE MÈRE TRAITÉES POUR UN CANCER ONT-ILS UN RISQUE ACCRU DE CANCER ?

Il n'y a pas de risque accru de cancer chez ces enfants sauf si le cancer en cause chez les parents a une incidence héréditaire comme c'est le cas de certains cancers du sein par exemple.

En conclusion

L'ASSOCIATION OU LA SUCCESSION CANCER ET GROSSESSE EST TOUJOURS UNE SITUATION ANGOISSANTE AVEC DE NOMBREUSES QUESTIONS DE LA PART DE LA PATIENTE ET DE SON ENTOURAGE.

- ▶ L'important est qu'ils aient des réponses cohérentes et précises à toutes ces questions et qu'ils soient accompagnés dans leur prise de décision.
- ▶ Globalement la grossesse en soi n'influe pas sur le pronostic du cancer mais elle est parfois incompatible avec une prise en charge optimale du cancer.
- ▶ Seule une équipe pluridisciplinaire organisée peut aider au mieux la patiente à gérer cette phase délicate de sa vie de femme.

Les adresses utiles

LIGUE CONTRE LE CANCER

14, rue Corvisart - 75013 Paris
Partout en France
0811 111 101
<http://www.ligue-cancer.net/>

INSTITUT NATIONAL DU CANCER (INCA)

52 avenue André Morizet
92513 Boulogne Billancourt
Cedex - Tél. 01 41 10 50 00
<http://www.e-cancer.fr/>

JEUNES SOLIDARITÉ CANCER (JSC)

14, rue Corvisart 75013 Paris
Tél. 01 53 55 24 72
<http://www.jeunes-solidarite-cancer.org/>

ASSOCIATION DE RECHERCHE SUR LES CANCERS DONT GYNECOLOGIQUES

(ARCAGY) <http://www.arcagy.org/infocancer/>

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PSYCHO-ONCOLOGIE (SFPO)

HEGP
20 rue Leblanc
75015 Paris
Tél. 05 56 20 14 72
<http://www.sfpo.fr/>

AFACS
www.afacs.fr

18

Contre le cancer avec la ligue

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

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

LA PRÉVENTION

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

LE DÉPISTAGE

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

19

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

La Ligue contre le cancer

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

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

LA RECHERCHE

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

L'INFORMATION, LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DES DÉPISTAGES

Pour sensibiliser chacun au danger de certains comportements (tabac, alcool, exposition au soleil, etc.), pour alerter sur les facteurs

20

La Ligue contre le cancer

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

LES ACTIONS POUR LES PERSONNES MALADES ET LEURS PROCHES

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

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

AIDEA : 0 810 111 101.



LA LIGUE AU CŒUR DE LA SOCIÉTÉ

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

La Ligue contre le cancer

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

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

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

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

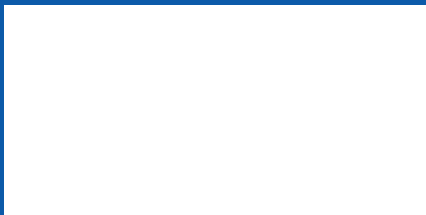
**TOUT CE QU'IL EST POSSIBLE DE FAIRE CONTRE LE CANCER,
LA LIGUE LE FAIT.**



LA LIGUE VOUS AIDE ET VOUS INFORME



VOTRE COMITÉ DÉPARTEMENTAL



LIGUE NATIONALE CONTRE LE CANCER

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

www.ligue-cancer.net

La ligue tient à votre disposition
les coordonnées de Comités départementaux



BRD083 - Edition actualisée novembre 2010
Design maquette > C. Privat - Images > S. Reboul - réalisation > lafabrique.net



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

pour la vie