

A qui en parler ?

Vous cherchez de l'aide ou d'autres informations ?
Vous avez besoin de parler ?
Vous cherchez des informations sur un type de cancer ou ses possibilités de traitement ?
Vous voulez savoir comment faire appel à un service de la Fondation contre le Cancer ?

Dans ce cas, appelez Cancerinfo gratuitement et de façon anonyme.
Des professionnels (médecins, psychologues, infirmiers et assistants sociaux) sont à l'écoute de toute personne confrontée au cancer.

Cancerinfo
POUR TOUTES VOS QUESTIONS SUR LE CANCER

 **0800 15 801**

 **cancer.be/info**

 **publications**



Fondation
contre le Cancer



Fondation
contre le Cancer

Fondation d'utilité publique
Chaussée de Louvain 479 - 1030 Bruxelles
T. 02 736 99 99
info@cancer.be - www.cancer.be
Soutenez-nous : IBAN : BE45 0000 0000 8989 - BIC : BPOTBEB1



Suivez-nous sur
www.facebook.com/fondationcontrelecancer



Fondation
contre le Cancer

E.R. : Luc Van Haute - Fondation contre le Cancer - Chaussée de Louvain 479, B-1030 Bruxelles • Fondation d'utilité publique • 0873.268.432 • D1442 - P&R 14.10 CDN Communication 14.4.68

3118

Les cancers de l'utérus



A qui cette brochure est-elle destinée ?

Cette brochure s'adresse avant tout aux personnes ayant un cancer de l'utérus.

Lorsqu'on vous annonce un diagnostic de cancer, de très nombreuses questions et émotions se bousculent. On veut comprendre comment et pourquoi la maladie s'est développée, quels sont les examens et les traitements indispensables, combien de temps ils risquent de durer... On se demande si une guérison est possible, si les traitements permettent de poursuivre une vie normale ou s'il faudra se faire aider... On s'interroge sur le coût de la maladie, sur ce qu'il vaut mieux dire ou ne pas dire à son entourage...

A toutes ces questions et à bien d'autres, des réponses devront être apportées au fur et à mesure qu'elles se posent, au cas par cas, en fonction de l'évolution particulière de chaque patient.

Votre médecin jouera à cet égard un rôle essentiel. Lui seul est en mesure de vous informer avec précision sur l'évolution de votre cas, pour autant que vous le lui demandiez.

Cette brochure n'a pas pour objet de tout vous apprendre sur votre traitement. Elle vous donne cependant des informations générales très importantes pour comprendre votre situation. Elle peut également vous aider à poser les bonnes questions à votre médecin ou à l'équipe médicale, si vous souhaitez en savoir plus sur votre situation particulière.

N'oubliez pas non plus vos proches. Eux aussi se posent de nombreuses questions. Ce document peut donc également leur être utile.

Table de matières

A qui cette brochure est-elle destinée ?	3
Qu'est-ce qu'un cancer ?	4
Un peu d'anatomie	6
Chiffres et facteurs de risque	8
Dépistage	10
Symptômes	11
Voies de dissémination	12
Facteurs pronostiques	13
Traitements	15
Circonstances particulières	21
Traitement des récidives	23
Hormonothérapie substitutive après traitement	24
Suivi après la fin des traitements	25
Encore quelques conseils	26
La Fondation contre le Cancer : une mission, trois objectifs	31

Qu'est-ce qu'un cancer ?

Un cancer résulte d'une perturbation profonde et complexe du fonctionnement de certaines cellules, qui se multiplient de manière incontrôlée et anarchique, à tel point qu'elles finissent par envahir l'organe dans lequel elles se trouvent et par envoyer d'autres cellules malades à distance, vers d'autres organes.

Cause

Au départ, ce sont les dégâts accumulés par une cellule qui entraînent le processus de cancérisation (carcinogenèse). Ces dégâts peuvent entre autres être dus à l'exposition à des produits toxiques (au premier rang desquels se trouve la fumée de tabac), à des agents physiques (ultraviolets naturels ou artificiels, rayonnements, pollution), ou à certains virus. Le lien avec l'alimentation est établi mais encore mal connu. Par contre il est établi que l'alcool, l'excès de poids et le manque d'exercice physique augmentent le risque de certains cancers, tout comme des expositions professionnelles à différents produits chimiques. L'hérédité n'intervient que rarement. Les cancers ne sont jamais contagieux.

Evolution

Après une période plus ou moins longue, certaines cellules cancéreuses peuvent s'échapper de leur tumeur d'origine et aller s'installer dans d'autres parties du corps, via les vaisseaux sanguins ou lymphatiques. Ces colonies "secondaires" portent le nom de métastases.

Le processus de cancérisation est habituellement très lent. Il peut s'étendre sur plusieurs années, voire des dizaines, après les premiers dégâts cellulaires.

Voilà pourquoi la fréquence des cancers augmente globalement avec l'âge. C'est aussi la raison pour laquelle le dépistage précoce de certains cancers est si important. Il permet de les traiter avant l'apparition des métastases.

Dernière précision : tumeur n'est pas toujours synonyme de cancer. Une tumeur est une masse de cellules qui peuvent être cancéreuses ou non. On parle respectivement de tumeur maligne (cancer), ou de tumeur bénigne (adénome, kyste...).

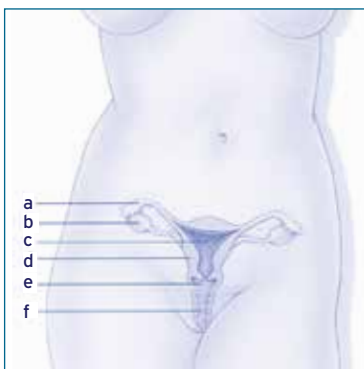
Vous cherchez d'autres informations ? Appelez gratuitement **Cancerinfo** au **0800 15 801**, tous les jours ouvrables de 9h à 18h.



Un peu d'anatomie

L'utérus fait partie de l'appareil génital féminin. Il permet le développement de la grossesse. L'utérus mesure environ dix centimètres. Il est situé dans le petit bassin entre la vessie et le rectum. Sa partie principale est appelée **corps de l'utérus**, qui se prolonge de deux trompes et sur lequel se fixent des ligaments qui le maintiennent en place.

L'utérus est un organe creux, aux parois constituées de fibres musculaires. La cavité utérine est tapissée d'une muqueuse appelée **endomètre**. De la puberté à la ménopause, sous l'influence des hormones produites par les ovaires, cette muqueuse est régulièrement éliminée lors des règles, puis elle se reconstitue jusqu'aux règles suivantes. La partie inférieure de l'utérus, le col utérin, s'ouvre dans le vagin.



Les organes génitaux internes de la femme

- | | |
|-------------------|----------------------|
| a) trompe | d) corps de l'utérus |
| b) ovaire | e) col utérin |
| c) cavité utérine | f) vagin |

Différentes techniques médicales permettent d'examiner l'utérus :

- le toucher vaginal ;
- l'examen visuel du col utérin sous fort grossissement (colposcopie) ;
- l'hystérométrie (mesure de la profondeur de la cavité utérine) ;
- l'hystérographie (examen radiologique) ;
- l'hystéroscopie (visualisation de la cavité utérine par un système optique miniaturisé) ;
- la coelioscopie (tube optique introduit à travers la paroi de l'abdomen) ;
- l'échographie ;
- Le CT-scanner pelvien ;
- l'IRM pelvienne (résonnance magnétique nucléaire).

Les tumeurs de l'utérus peuvent être bénignes (fibromes, polypes) ou malignes (cancers). Le symptôme le plus fréquent en cas de tumeur utérine est un saignement anormalement important pendant les règles et/ou des saignements peu abondants survenant en dehors des règles ou après la ménopause (métrorragies).

Chiffres et facteurs de risque

Le cancer du corps de l'utérus – ou de l'endomètre, ou endométrial – est **le quatrième cancer féminin**, par ordre de fréquence (après les cancers du sein, du gros intestin et du poumon). En 2011, 1434 nouveaux cas ont été enregistrés en Belgique.

Le cancer de l'endomètre prédomine chez la femme âgée (après la ménopause), en surpoids et n'ayant jamais eu d'enfant. Cependant, un nombre croissant de cas de cancers endométriaux sont recensés chez des femmes plus jeunes, qui ne présentent aucun de ces facteurs de risque. Toute augmentation de l'influence des œstrogènes (hormones féminines) pouvant être liée, par exemple, à l'obésité, à une tumeur sécrétant des œstrogènes ou à la prise de certains médicaments (tamoxifène) augmente le risque de cancer endométrial.

En raison de symptômes précoces sous la forme de saignements (en dehors des règles ou abondance anormale des règles), le cancer endométrial est souvent diagnostiqué à un stade précoce. Il n'y a pas, actuellement, de dépistage systématique chez les femmes ne présentant pas de symptômes.

Une surveillance particulière peut être proposée aux femmes porteuses d'une anomalie génétique héréditaire (syndrome de Lynch ou HNPCC) qui les expose à un risque élevé de cancer.

Les profils suivants présentent également un risque un peu plus élevé que la moyenne :

- femmes ménopausées prenant des œstrogènes au long cours ;
- femmes ménopausées obèses, particulièrement s'il existe une histoire familiale de cancer de l'endomètre, du sein, de l'ovaire ou du gros intestin ;

- femmes dont la ménopause s'est produite après l'âge de 52 ans ;
- femmes pré-ménopausées présentant certains problèmes ovariens (par exemple, ovaires micropolykystiques) ;
- femmes qui, pendant de nombreuses années, ont pris du tamoxifène (traitement hormonal du cancer du sein).

L'utilité d'un suivi éventuel au cas par cas sera discutée avec le médecin traitant.



Dépistage

Le frottis cervical (utilisé pour le dépistage du cancer du col de l'utérus) **n'est pas un test de dépistage pour le cancer endométrial**. En effet, seulement 50% des femmes atteintes d'un cancer de l'endomètre présenteront un frottis cervical anormal. La présence de cellules endométriales sur le frottis chez une femme ménopausée attirera toutefois l'attention du médecin. En effet, ces cellules sont associées dans un certain nombre de cas à une prolifération de l'endomètre (stade précancéreux) ou à un cancer. Si ces cellules endométriales sont atypiques, le risque que la patiente soit atteinte d'un cancer est accru.

En pratique, deux méthodes sont utilisées pour le **dépistage** des femmes à risque :

- l'échographie transvaginale estimant l'épaisseur de la muqueuse endométriale ;
- la biopsie endométriale.

En cas de résultats ou de symptômes suspects, le médecin décidera de pratiquer une hystéroscopie (visualisation de l'utérus au moyen d'un système optique miniaturisé) et un curetage biopsique.

Symptômes

Un cancer endométrial est suspecté chez les femmes qui présentent les symptômes suivants :

- saignements venant de l'utérus pendant ou après la ménopause ;
- perte de pus par le col utérin après la ménopause ;
- présence de cellules endométriales au frottis cervicovaginal, même en l'absence de tout symptôme ;
- saignements entre les règles.

Ces situations nécessitent une exploration de la cavité utérine permettant le prélèvement d'une biopsie à visée diagnostique. Cette exploration est réalisée en ambulatoire par biopsie endométriale précédée ou non d'une hystéroscopie diagnostique. Si nécessaire, une hystéroscopie avec curetage biopsique sous anesthésie générale sera ensuite réalisée afin de poser ou de rejeter le diagnostic de cancer.

Par ailleurs, une femme qui constate des difficultés ou des douleurs pour uriner, des douleurs lors de relations sexuelles ou des douleurs dans le bas du ventre ne doit pas hésiter à consulter son médecin.

Voies de dissémination

Le cancer endométrial se dissémine par les voies suivantes :

Extension de proche en proche aux structures avoisinantes.

Il s'agit de la voie de dissémination la plus commune du cancer endométrial. Le col utérin, les ovaires, les trompes et le vagin peuvent être envahis. Des cellules tumorales peuvent passer dans les trompes et atteindre par cette voie la cavité péritonéale.

Dissémination lymphatique.

Elle est responsable de l'extension du cancer endométrial aux ganglions lymphatiques.

Dissémination par voie sanguine.

Cette dissémination, très rare au stade précoce de la maladie, peut causer des métastases dans les poumons et parfois aussi dans le foie, le cerveau ou les os.



Facteurs pronostiques

Le pronostic dépend, notamment, du degré d'envahissement tumoral constaté lors de l'intervention chirurgicale (stade chirurgical). On procède alors à un "staging" qui permet de classer le cancer selon son stade - allant de 1 à 4 - en fonction de son extension locorégionale ou de la présence de métastases. Un certain nombre de facteurs cliniques et histologiques (nature du tissu cancéreux) ont également une valeur pronostique importante et permettent d'individualiser le traitement.

Âge

En général, les femmes jeunes ont un pronostic meilleur que les femmes âgées.

Type histologique

Deux types de cancers différents peuvent se développer dans l'utérus :

- Les **adénocarcinomes** qui ont leur origine dans la muqueuse tapissant la cavité utérine. Ils représentent la toute grande majorité (95%) des cancers de l'utérus.
- Les **sarcomes** qui se développent au départ du muscle utérin. Etant beaucoup plus rares, ces cancers ne sont pas décrits dans cette brochure.

Corrélations particulières

Il existe une association très significative entre le type cellulaire de la tumeur, la profondeur d'invasion de l'endomètre et le pronostic du cancer. De fortes anomalies cellulaires et une infiltration profonde sont associées à un risque accru de métastases ganglionnaires.

Récepteurs hormonaux

L'analyse des récepteurs hormonaux aux œstrogènes et à la progestérone est importante :

- Ils sont un **facteur pronostique** indépendant du stade clinique. Les femmes présentant un cancer avec des récepteurs hormonaux ont un pronostic plus favorable.
- La présence des récepteurs hormonaux à la progestérone permet de prédire la **probabilité de réponse** du cancer à un traitement à base de progestérone. Ceci sera d'une aide significative dans le choix entre un traitement progestatif à haute dose ou une chimiothérapie.

Le principe fondamental dans le traitement du cancer endométrial est une prise en charge multidisciplinaire par une équipe regroupant toutes les spécialités médicales concernées. L'**hystérectomie totale** avec enlèvement des annexes en est souvent la première étape. En plus de cette opération, certaines patientes nécessiteront un traitement par radiothérapie pour réduire le risque de récurrence locale et supprimer d'éventuels foyers tumoraux microscopiques au niveau des ganglions lymphatiques pelviens.

Une combinaison de ces deux techniques (chirurgie et radiothérapie) est proposée au cas par cas, en fonction des facteurs pronostiques présentés plus haut. Si nécessaire, l'association chirurgie/radiothérapie peut être complétée par de la chimiothérapie (médicaments destinés à tuer les cellules cancéreuses). Des traitements hormonaux peuvent être indiqués dans certaines situations.

Le CSO, un partenaire tout au long de votre traitement

Dans le cadre du Plan national Cancer a été créée la fonction de "Coordinateur de soins en oncologie". Cet infirmier/infirmière spécialisé(e) est votre personne de contact privilégiée tout au long des traitements que vous allez suivre. En effet, vous allez probablement passer par des services différents, des médecins différents, etc., mais votre CSO restera toujours le/la même. Il/elle fait partie intégrante de votre équipe soignante, assiste à toutes les réunions vous concernant et coordonne tous vos rendez-vous. Votre CSO est joignable à tout moment par téléphone ou par mail pour répondre à toutes les questions que vous vous posez.

Mise au point avant l'intervention

Avant toute intervention, la patiente rencontrera un anesthésiste qui pourra proposer des examens pré-opératoires (prise de sang, radiographie du thorax et électrocardiogramme). D'autres examens peuvent être indiqués selon les cas. Une échographie de l'abdomen fournit des images du foie, des reins, afin de déceler des anomalies éventuelles.

Une cystoscopie (visualisation de la vessie) et/ou une sigmoïdoscopie (visualisation de la partie terminale du gros intestin) sont nécessaires si leur envahissement est suspecté. Une coloscopie (examen du gros intestin) sera proposée s'il y a apparition récente de sang dans les selles ou une modification du transit intestinal. Un scanner de l'abdomen et du bassin, ainsi qu'une résonance magnétique nucléaire permettent de préciser l'extension locale et métastatique, notamment dans les ganglions du bassin et/ou de l'abdomen.

Système de classification des tumeurs (TNM ou Tumor - Node - Metastasis)

La détermination du stade se fait généralement suivant le système TNM :

- **T** fait référence à la taille et à une éventuelle extension locale de la **tumeur**.
- **N** indique si le cancer s'est étendu aux ganglions lymphatiques (appelés **nodes** en anglais) proches de la tumeur primaire.
- **M** fait référence à la présence de **métastases** dans d'autres parties du corps.

Chaque lettre est suivie d'un chiffre ou d'une autre lettre :

- les chiffres de 0 à 4 indiquent le degré d'extension ;
- la lettre X signifie "ne peut pas être évalué", car l'information n'est pas disponible ;
- les lettres 'is', signifiant "in situ", peuvent suivre le T et indiquent dans ce cas que la tumeur reste limitée à la couche cellulaire où elle est apparue.

Stade I

Le traitement premier sera chirurgical : **hystérectomie totale** avec enlèvement bilatéral des annexes.

Enlever les annexes (ovaires et trompes) est important puisqu'elles peuvent être le siège de métastases microscopiques. De plus, les femmes atteintes d'un adénocarcinome endométrial ont un risque plus élevé de développer un cancer de l'ovaire. Au cours de l'opération, la cavité péritonéale est explorée systématiquement avec une attention particulière donnée aux ganglions le long de l'aorte et des ganglions pelviens. Nous disposons actuellement de suffisamment de données fiables pour recommander la réalisation de cette intervention chirurgicale par laparoscopie conventionnelle ou robotisée.

Dans certains cas, le risque d'extension de la tumeur aux ganglions justifie le retrait de ces ganglions situés dans les régions de drainage (lymphadénectomie). Il peut s'agir des ganglions du bassin et/ou des ganglions situés le long de la veine cave et de l'aorte.

Dans d'autres cas, les ganglions augmentés de volume, et considérés comme suspects, seront

enlevés dès le début de l'intervention. Si l'examen microscopique de ces ganglions confirme leur envahissement par des cellules cancéreuses, l'indication d'un traitement complémentaire sera envisagée lors d'une discussion multidisciplinaire (traitement adjuvant par radiothérapie, chimiothérapie ou leur association).

La **radiothérapie adjuvante** (après opération) améliore significativement le contrôle local de la tumeur (diminution du risque de récurrence, sans modifier les chances de guérison). Selon les cas, elle a recours aux techniques suivantes :

- irradiation du fond vaginal par curiethérapie ou brachythérapie (placement de matériel radioactif dans le vagin) ;
- radiothérapie pelvienne externe.

Stade II

Lorsque les examens cliniques montrent que l'utérus, mais également le col utérin, sont envahis par un cancer de l'endomètre, alors que le reste du bilan métastatique est négatif, **deux choix thérapeutiques** sont possibles.

- Une chirurgie élargie, c'est-à-dire une **hystérectomie radicale élargie** avec enlèvement des ganglions lymphatiques pelviens, des tissus de soutien entourant l'utérus, et de la partie supérieure du vagin. Le but est de retirer non seulement l'utérus, mais également tous les tissus voisins susceptibles d'être envahis par la tumeur. Les traitements adjuvants (radiothérapie) seront administrés suivant les mêmes principes que pour l'adénocarcinome endométrial de stade I.
- Une **curiethérapie** ou **brachythérapie** (radiothérapie par implants) pré-opératoire suivie d'une hystérectomie et d'un enlèvement des ganglions lymphatiques pelviens. Ce schéma repose sur le principe que la curiethérapie pré-opératoire détruit les cellules cancéreuses du col utérin et des paramètres, et permet donc la réalisation d'une chirurgie plus limitée.

Stades III et IV

Un cancer endométrial peut être considéré comme de stade III ou IV dans différentes situations :

- envahissement du vagin et des tissus voisins ;
- envahissement des ovaires ou des trompes ;
- envahissement des ganglions ;
- métastases à distance.

Circonstances particulières

Dans ces cas, il est important d'**individualiser au mieux le traitement**.

Si, localement, la maladie semble limitée à l'utérus, mais que des métastases à distance sont présentes, une hystérectomie sera envisagée afin d'éliminer la tumeur primaire et de stopper les saignements. Le traitement adjuvant sera soit une hormonothérapie, soit une chimiothérapie, en fonction des caractéristiques des récepteurs hormonaux et de l'état de la patiente.

Si la tumeur et les sites métastatiques (ganglions, ovaires, péritoine, épiploon) peuvent être réséqués, une chirurgie de réduction tumorale (cytoréduction ou débulking) sera proposée d'emblée ou après une chimiothérapie (dite néo-adjuvante). La prescription de traitements adjuvants fera également l'objet d'une concertation multidisciplinaire (chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie).

Il peut arriver qu'un cancer de l'endomètre soit détecté suite à une hystérectomie pratiquée pour une autre raison qu'un cancer. Les conséquences de cette découverte fortuite dépendent alors des facteurs pronostiques (voir p. 13), et on préconisera un suivi différent en fonction du type de lésion :

- **Lésion de grade histologique I ou II** avec invasion superficielle du muscle utérin : pas de traitement complémentaire, si ce n'est un enlèvement bilatéral des annexes. Ceci est particulièrement important chez des patientes avec une histoire familiale de cancer du sein, de l'ovaire ou du gros intestin.
- **Toute autre lésion** nécessite d'envisager une seconde opération avec enlèvement des annexes et/ou des ganglions et une radiothérapie adjuvante individualisée d'emblée ou selon les résultats du staging.

Cancer concomitant de l'endomètre et de l'ovaire

Il n'est pas rare de poser un diagnostic microscopique de cancer de l'endomètre coexistant avec un cancer de l'ovaire. Si la nature cellulaire de la tumeur endométriale et de la tumeur ovarienne est différente, les traitements seront alors envisagés séparément.

Adénocarcinome endométrial très bien différencié chez une femme jeune

De manière occasionnelle, les adénocarcinomes de l'endomètre surviennent chez les femmes jeunes (moins de 30 ans), en général associés à des ovaires micropolykystiques. Lorsque ces lésions sont bien

Traitement des récides

différenciées et limitées à l'endomètre, un traitement d'essai par progestatifs à haute dose peut être proposé si la femme désire conserver sa fertilité.

Un curetage biopsique sera réalisé quelques mois plus tard. Si des anomalies persistent, un traitement définitif par chirurgie doit alors être pratiqué (hystérectomie). Par contre, si le curetage biopsique est normal, on peut renoncer à cette chirurgie, moyennant une surveillance rigoureuse.

Le traitement des récides du cancer endométrial sera déterminé au cas par cas. Certaines grandes règles sont suivies lors des décisions thérapeutiques.

- **La chirurgie** peut parfois être envisagée chez les femmes présentant une récide tardive limitée au fond vaginal, ayant déjà reçu une radiothérapie adjuvante dans le passé et sans métastases à distance.
- **Le traitement de toute autre récide** nécessitera une discussion multidisciplinaire évaluant le recours à une chirurgie de réduction tumorale, une radiothérapie, une chimiothérapie, une hormonothérapie, ou à leur association.



Hormonothérapie substitutive après traitement

Les œstrogènes sont habituellement contre-indiqués après un cancer endométrial. Néanmoins, cette contre-indication n'est pas absolue dans certaines situations. Ainsi, chez les patientes atteintes d'un cancer de bon pronostic (une maladie de stade I et de bas grade histologique), une hormonothérapie substitutive par œstrogène et progestérone combinés peut être proposée.

En particulier pour la femme jeune, la prise d'hormones est importante à envisager après traitement d'un cancer endométrial de bon pronostic, pour les protéger du risque d'ostéoporose.



Suivi après la fin des traitements

Après la fin de leur traitement, les patientes seront revues tous les 3 mois durant les 2 premières années, tous les 6 mois ensuite. Un examen clinique général, un examen gynécologique complet seront réalisés à chaque visite. Les investigations radiologiques ne seront effectuées qu'en cas de symptômes qui font suspecter une récurrence.

Guérison ou rémission

En cas de cancer de l'utérus, les chances de guérison sont en grande partie déterminées par le type de tumeur (type histologique), le degré d'envahissement des tissus avoisinants et par la présence ou non de métastases.

Vous entendrez sans doute les médecins parler de **rémission**, plutôt que de guérison. Une rémission est une amélioration de votre état, avec diminution des signes de présence du cancer. Lorsque tous les signes de la maladie ont disparu, on parle de **rémission complète**. Cela ne signifie pas toujours que la maladie a été totalement et définitivement éliminée. En effet, même à ce stade, quelques cellules malignes peuvent avoir survécu, mais elles sont trop petites pour être détectées par les examens pratiqués. Seul le temps permettra de s'assurer que ce n'est pas le cas. Et c'est seulement à ce moment qu'on parlera de **guérison**. Combien de temps faudra-t-il attendre ? Tout dépend du type de cancer. Arbitrairement, la barre a été fixée à 5 ans, mais il n'est pas toujours nécessaire de patienter aussi longtemps pour parler de guérison. Demandez à votre médecin ce qu'il en est pour votre cas particulier. En règle générale, plus une rémission se prolonge, plus il y a de chances d'être définitivement guéri.

Encore quelques conseils

Fatigue

La fatigue est un effet secondaire très fréquent du cancer et/ou de ses traitements. Cette fatigue s'estompe en général après la fin des traitements. Elle peut cependant être ressentie bien plus longtemps. Parlez-en à votre médecin et à l'équipe médicale, ils peuvent vous aider à en réduire les effets.

Les causes de cette fatigue sont multiples et l'inactivité est l'une d'entre elles. La Fondation contre le Cancer propose donc RaViva, un programme d'activités physiques adaptées aux personnes en cours de traitement, ou dans l'année suivant la fin des traitements. Il permet de retrouver un certain tonus, ce qui peut faciliter les petits efforts quotidiens.

Plus d'informations sur www.raviva.be.

Soulager la douleur

Il n'existe pas de douleur spécifique au cancer, étant donné que ce n'est pas la tumeur elle-même qui fait mal, mais ses effets sur les autres tissus (compression, infiltration...).

Les douleurs peuvent et doivent être traitées. Il est important de les décrire précisément au médecin ou au personnel soignant, afin qu'ils puissent adapter le traitement à votre situation personnelle. Suivez toujours strictement leurs recommandations, notamment concernant les doses de médicaments antidouleur prescrites.

Pour que manger reste un plaisir

Quand il s'agit de cancer, une alimentation optimale consiste tout d'abord à prendre du plaisir à manger et à boire ! Le meilleur conseil alimentaire est donc : ne vous imposez pas d'emblée diverses restrictions, mais conservez plutôt vos habitudes antérieures. Ne suivez pas de votre propre initiative un prétendu régime anticancer. Leur efficacité est loin d'être démontrée, et cela risque fort d'affaiblir davantage votre corps. Soyez également prudents avant de prendre des compléments alimentaires. Certains d'entre eux peuvent perturber l'efficacité de votre traitement. Un accompagnement individualisé par un diététicien spécialisé dans le domaine de l'oncologie (oncodiététicien) constitue la meilleure approche.

La Fondation contre le Cancer met à votre disposition de nombreux conseils et un **annuaire d'oncodiététiciens** sur son site www.cancer.be/ alimentation-recettes.



L'importance d'un bon moral

Après la fin d'un traitement de cancer, on ressent souvent, paradoxalement, un grand vide : on perd les contacts, souvent chaleureux, établis avec l'équipe soignante, et on ne reçoit plus leurs encouragements bienveillants. Il vous faut reprendre pied dans la vie "normale", parfois retourner au travail, et pourtant vous vous sentez comme rescapé d'une aventure difficile à partager.

Si vous éprouvez des difficultés, ne les gardez pas pour vous. Parlez-en à un proche, à un membre de l'équipe soignante, à un psychologue ou aux membres d'une association de patients.

Sachez que, dans le cadre du Plan national Cancer, vous avez la possibilité de recevoir gratuitement un soutien psychologique en milieu hospitalier. La Fondation contre le Cancer propose également un coaching psychologique complémentaire (voir www.cancer.be, ou via Cancerinfo 0800 15 801).

Importance d'une relation de confiance avec ceux qui vous soignent

Cette brochure n'a pas, et de loin, répondu à toutes les questions que vous vous posez ou que vous vous poserez au fil de l'évolution de votre maladie. Ce n'est pas son but. Durant votre parcours, vous allez rencontrer un grand nombre de professionnels : médecins, infirmières et autres. N'hésitez jamais à les interroger et, si nécessaire, à répéter vos questions jusqu'à obtenir une réponse compréhensible. Il est indispensable de construire un véritable dialogue avec eux. Cela vous permettra de prendre de commun accord et en toute confiance les décisions qui s'imposent.



Sur www.cancer.be, vous trouverez sous la rubrique 'Les cancers' :

- **des informations complémentaires sur la maladie, les traitements, les effets secondaires**
- **des conseils pour mieux faire face à votre maladie : alimentation, beauté...**
- **les coordonnées de tous nos services d'accompagnement des patients**
- **de nombreux dépliants et brochures à consulter et/ou à commander**

Nos publications peuvent également être commandées par téléphone au 02 736 99 99, ou via info@cancer.be.

La Fondation contre le Cancer : une mission, trois objectifs

La Fondation contre le Cancer n'a qu'une seule ambition : rendre possible un maximum de progrès contre le cancer.

Pour cela, nous travaillons à trois niveaux :

- **Le soutien financier de la recherche cancérologique en Belgique**
Pour augmenter les chances de guérison, nous finançons les travaux de nombreux chercheurs dans les grands centres du pays, le plus souvent universitaires.
- **L'aide sociale, le soutien financier et l'information des patients et leurs proches**
Pour augmenter la qualité de vie des malades, nous proposons de l'information, de l'aide sociale et du soutien aux personnes atteintes par un cancer et à leurs proches.
- **La promotion de modes de vie sains, de la prévention et du dépistage, ainsi que la diffusion large d'informations scientifiquement validées**
Pour réduire les risques de développer un cancer, nous encourageons l'adoption de modes de vie sains et la pratique du dépistage. Pour cela, nous diffusons largement des informations scientifiquement validées.