



pour la vie

Recherche
Information - prévention - dépistage
Actions pour les malades et leurs proches

Le cancer de la prostate

G R A N D P U B L I C

Septembre 2009

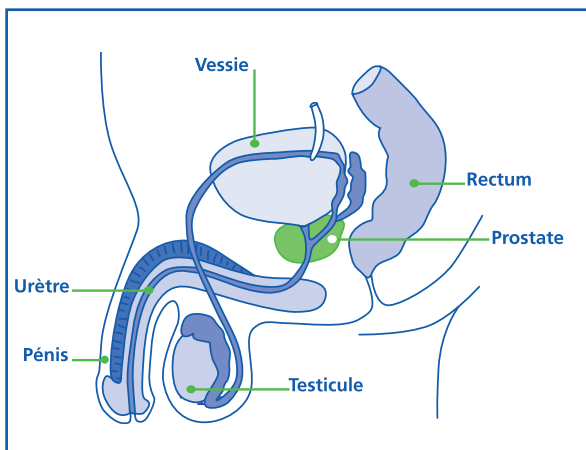
LE CANCER DE LA PROSTATE

Le cancer de la prostate est aujourd'hui le cancer masculin le plus fréquent, avec 62.245 nouveaux cas par an en France (2005). Il représente la deuxième cause de mortalité par cancer chez l'homme avec 9.202 décès annuels (2005).

Ce cancer touche essentiellement l'homme à l'âge moyen de 66 ans. Rare avant 50 ans, sa fréquence augmente avec l'âge et on évalue à 160.000 le nombre d'hommes traités annuellement pour ce cancer. C'est principalement l'allongement de l'espérance de vie des hommes qui explique l'augmentation progressive de son incidence* (estimée à + 6,3 % entre 1980 et 2005).

La prostate est une glande située à la sortie de la vessie sur l'urètre. L'urètre est le canal qui prolonge la sortie de la vessie et s'étend jusqu'à l'extrémité du pénis. Il permet l'évacuation de l'urine et traverse donc la prostate. Autrement dit, la prostate entoure l'origine de l'urètre comme un manchon.

Anatomiquement, la prostate se situe juste en avant du rectum, si bien qu'au cours d'un toucher rectal, le médecin peut en apprécier le volume et la consistance.



La fonction essentielle de la prostate est de sécréter une composante du liquide spermatique qui, avec les spermatozoïdes fabriqués dans les testicules, constitue le sperme ; c'est la contraction de la prostate qui permet l'éjaculation.

La prostate est sous la dépendance de l'hormone masculine appelée testostérone.

LES TUMEURS BENIGNES DE LA PROSTATE

La prostate, comme tout organe, peut être le siège d'un développement tumoral. Ces tumeurs ne sont pas forcément malignes. La plus fréquente est une tumeur bénigne, l'adénome*, qui correspond à une augmentation de taille du centre de la prostate (les médecins parlent alors d'hypertrophie bénigne de la prostate). L'adénome de la prostate est très fréquent. Après l'âge de 50 ans, près de la moitié des hommes en sont atteints. Il peut être décelé par le médecin lors d'un toucher rectal.

L'adénome peut entraîner des troubles urinaires, surtout lorsqu'il est volumineux. Les troubles sont facilement expliqués par les notions anatomiques exposées plus haut. Comme la prostate entoure l'urètre, une tumeur prostatique peut le comprimer, gênant l'évacuation de l'urine qui se fait plus difficilement (jet de moindre puissance) et incomplètement (résidu post-mictionnel*). Elle provoque également des envies d'uriner plus fréquentes (besoin de se lever une ou plusieurs fois la nuit), ou de fausses envies d'uriner, tant la nuit que le jour. Tardivement, cette rétention chronique d'urines peut altérer le fonctionnement des reins et aboutir à une insuffisance rénale.

Le traitement de l'adénome prostatique peut dans un premier temps relever d'un simple traitement médicamenteux, mais le recours à la chirurgie peut être nécessaire au bout d'un certain temps.

LE CANCER DE LA PROSTATE

Prévention, facteurs de risque

Il n'existe pas de mesure préventive spécifique du cancer de la prostate. Le fait d'avoir un adénome prostatique n'expose pas à un risque accru de cancer de la prostate.

Certaines personnes ont un risque plus élevé que la moyenne : il s'agit des individus

- ayant deux parents proches (par exemple un père + un grand-père ou un grand-père + un oncle) atteints de cancer de la prostate ;
- ayant un parent proche atteint de cancer de la prostate avant l'âge de 45 ans ;
- d'origine africaine ou antillaise.

Pour ces personnes à risque, l'unique précaution actuellement recommandée est de conseiller un début de dépistage individuel annuel à partir de 45 ans.

Les signes cliniques

Le cancer de la prostate, bien qu'étant le cancer le plus fréquent chez l'homme, est plus rare que l'adénome de la prostate. Il se développe à partir des glandes prostatiques (adénocarcinome).

Le plus souvent, le cancer de la prostate n'occasionne pas de troubles urinaires car il se développe plutôt en périphérie de la prostate et ne comprime pas l'urètre.

❖ Les symptômes urinaires :

Cependant, il peut arriver que le cancer occasionne des troubles, en particulier à un stade avancé. Les troubles liés au cancer sont alors semblables à ceux que provoque l'adénome :

- fréquence anormale des besoins d'uriner, surtout la nuit ;
- difficulté à émettre les urines : temps d'attente, jet faible, évacuation incomplète ;
- blocage complet (rétention aiguë d'urine) ;
- douleurs en urinant.

❖ Les douleurs osseuses

Le cancer de la prostate en évolution, s'étend plus particulièrement au système osseux (métastases). Il se manifeste alors par des douleurs osseuses, des fractures, des compressions médullaires, une hypercalcémie.

Après un certain temps d'évolution, il va en effet s'étendre à distance (métastases), surtout dans les os et les ganglions abdominaux, parfois dans le cerveau, les poumons, le foie. La progression de la tumeur vers le stade métastatique après 10 ans de suivi concerne globalement moins d'1 patient sur 5 (en fonction des caractéristiques tumorales).

❖ Découverte fortuite

Le diagnostic de cancer de la prostate peut aussi se faire **de façon fortuite**, au cours d'un bilan de santé par exemple, alors même qu'il n'existe aucun symptôme clinique.

De nombreux cas de cancer de la prostate survenant chez des personnes âgées sont des **données d'autopsie**, c'est-à-dire que le cancer était cliniquement muet et que le patient est décédé d'une autre cause.

Enfin, il faut savoir que le cancer de la prostate évolue le plus souvent lentement, parfois pendant plus de 10 ans. C'est la raison pour laquelle le dépistage de ce cancer n'est pas recommandé après l'âge de 75 ans, l'espérance de vie à cet âge étant inférieure à 10 ans.

Le diagnostic

❖ L'examen clinique

Le premier moyen de diagnostic du cancer de la prostate est l'examen clinique. Celui-ci repose sur la palpation de la prostate lors d'un toucher rectal. Cet examen permet d'apprécier le volume de la glande, sa consistance et d'éventuelles extensions à la vessie et au rectum. Une échographie complètera cet examen.

❖ Les examens biologiques

Le dosage sanguin du PSA* est le deuxième élément fondamental du diagnostic. La mesure du PSA se fait par une simple prise de sang. Normalement, le PSA se

situé en dessous de 4 nano-grammes par ml (ng/ml). Ce taux peut être influencé par le toucher rectal, l'activité sexuelle (abstinence sexuelle 48 H avant le dosage), une course en vélo.

Il convient de doser le PSA mais aussi le rapport du PSA libre/PSA total dont un taux bas signe la malignité.

Un taux élevé de PSA ou sa progression rapide de 0,75 ng/ml par an sont des éléments qui font suspecter un cancer de la prostate.

Un taux élevé de marqueur tumoral ne signe pas automatiquement un cancer de la prostate car il peut augmenter dans diverses affections prostatiques (adénome prostatique, prostatite). Inversement, un taux normal de PSA ne permet pas d'exclure l'existence d'un cancer de la prostate.

Le suivi du dosage du PSA sera utile pour évaluer l'efficacité du traitement. Aussi, après traitement, la remontée du taux sanguin de PSA détecte la rechute du cancer.

❖ Les examens histologiques

Des biopsies* seront indispensables pour lever un doute secondaire à l'examen clinique et au dosage de PSA. Les biopsies consistent à prélever plusieurs petits fragments de tissu sur les deux lobes de la prostate sous guidage échographique et de les faire examiner au microscope par un médecin anatomopathologiste. Ces prélèvements sont faits à l'aide d'une aiguille spéciale, par voie rectale et sous anesthésie locale, en ambulatoire. Les biopsies permettront d'affirmer le diagnostic de cancer et également de fournir des informations pronostiques sur l'agressivité des cellules (grade du cancer exprimé par le score de gravité dit de Gleason).

En cas de résultat négatif, un nouveau test (le PCA3), non invasif, réalisé sur des urines recueillies après massage de la prostate, peut être proposé. Il permettra d'évaluer la probabilité de détection d'un cancer de la prostate et aidera le médecin à poser l'indication d'une nouvelle série de biopsies.

❖ Bilan avant traitement

Le bilan d'extension d'un cancer de la prostate est d'abord régional. Un scanner pelvien, voire une IRM, va permettre d'analyser le degré d'extension locale (franchissement de la capsule prostatique*, envahissement ganglionnaire, envahissement d'un organe de voisinage).

On recherche également une extension à distance, en particulier par une scintigraphie osseuse et une radiographie des poumons.

Ce bilan va permettre de faire un classement par stade du cancer, en utilisant la classification TNM (T pour Tumeur [tumeur], N pour Nodes [ganglions], M pour Métastases).

T1a et T1b : le cancer est découvert fortuitement lors de l'examen histologique après traitement chirurgical d'un adénome ;

T1c : le cancer est découvert suite à une élévation du PSA ; il n'est pas palpable au toucher rectal ;

T2 : la tumeur est palpable. Elle atteint moins de la moitié d'un seul lobe prostatique (T2a), un seul lobe mais plus de la moitié du lobe (T2b), ou les deux lobes (T2c) ;

T3 : la tumeur est palpable et s'étend en dehors de la capsule prostatique ;

T4 : la tumeur est palpable et envahit les organes de voisinage (vessie ou rectum) ;

N0 : aucun ganglion envahi ;

N1 : un ganglion pelvien envahi, de moins de 2 cm de diamètre ;

N2 : un ou plusieurs ganglion(s) envahi(s) mais aucun de plus de 5 cm ;

N3 : un ganglion envahi de plus de 5 cm ;

M0 : pas de métastase (hormis le ou les ganglion(s) locaux)

M1 : présence de métastases à distance.

Le bilan prend également en compte le taux de PSA initial ainsi que le «score de Gleason» qui permet de classer les cancers de la prostate en fonction des caractéristiques architecturales de la tumeur fournies par l'examen histologique de la biopsie de la prostate.

On classe ainsi les tumeurs en 3 catégories (ou groupes pronostiques) :

à faible risque ;

à risque intermédiaire ;

à haut risque.

LE TRAITEMENT DU CANCER DE LA PROSTATE

Il dépend du stade d'extension, du taux initial de PSA, du score de Gleason, du volume de la prostate et de l'âge du patient.

Chaque dossier fera l'objet d'une présentation en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) au cours de laquelle une proposition thérapeutique sera élaborée («programme personnalisé de soins») en fonction de référentiels validés et actualisés.

1 - Le traitement des formes localisées à faible risque

Il n'existe pas d'argument formel de supériorité d'un traitement par rapport à un autre. Le patient doit avoir une espérance de vie d'au moins 10 ans pour pouvoir tirer bénéfice de tels traitements.

Lorsque l'espérance de vie est réduite, une simple surveillance clinique et biologique, ou un traitement médical, est proposé.

Plusieurs options peuvent être envisagées et discutées avec le patient :

❖ La chirurgie

Il s'agit de la prostatectomie radicale (ablation totale de la prostate, des ganglions ilio-obturbateurs et des vésicules séminales), intervention réalisée sous anesthésie générale ou péridurale. Les inconvénients de cette intervention classique sont un risque de fuites urinaires, souvent transitoires durant quelques semaines (7 à 25% des cas) et surtout d'impuissance, très fréquente (40 à 80% des cas). Cette impuissance est due en partie à une lésion des nerfs érecteurs durant l'intervention.

D'autres types d'interventions dites mini-invasives cherchent à réduire les taux d'incontinence et de troubles de l'érection : la prostatectomie radicale par coelioscopie et la chirurgie endoscopique par robot assisté Da Vinci.

❖ La radiothérapie

Deux options sont possibles :

La radiothérapie externe conformationnelle permet d'adapter le plus exactement possible le champ d'irradiation à la forme de la tumeur et de réduire ainsi l'irradiation des tissus sains avoisinants et donc les effets secondaires. Ses inconvénients restent le risque de rectite (inflammation chronique du rectum) qui survient dans moins de 10 % des cas et l'impuissance un peu retardée (2 à 3 ans).

La radiothérapie interne ou curiethérapie* (implantation de grains radioactifs dans la prostate).

Elle est indiquée aux tumeurs localisées à un seul lobe prostatique, ne dépassant pas le stade T2a et dans une prostate inférieure à 50 cm³, sans trouble mictionnel. Avec un recul de 10 ans, 80% des patients sont en complète rémission. Les complications secondaires sont des cystites (31%), des dérangements intestinaux (11%) et des troubles de l'érection (20%) mais les patients retrouvent une activité sexuelle normale à court et moyen terme.

❖ Le traitement par ultrasons

Il s'agit d'un traitement effectué sous anesthésie générale utilisant des ultrasons focalisés de haute fréquence (HIFU*) délivrés au niveau de la prostate grâce à une sonde introduite dans le rectum sous échographie (Ablatherm®). L'énergie ainsi transmise aux tissus provoque une nécrose de coagulation à 85°. Cette technique est utilisée chez les patients de plus de 75 ans avec un pronostic de vie évalué à plus de 8 ans et ayant un cancer localisé et peu agressif. On obtient dans 50 % des cas, de bons résultats thérapeutiques sans effet indésirable.

❖ L'abstention thérapeutique

Elle peut être envisagée dans certains cas particuliers, à condition d'une surveillance étroite et régulière durant plusieurs années.

❖ Les résultats thérapeutiques

Dans ces formes localisées à faible risque, le pronostic est bon, avec une survie globale à 10 ans supérieure à 85 % et une bonne qualité de vie.

2 - Le traitement des formes localisées à haut risque ou localement avancées

Il consiste en une radiothérapie associée à un traitement hormonal pendant 3 ans ou, dans certains cas, en une prostatectomie totale.

3 - Le traitement des formes non localisées

Lorsqu'il existe des métastases, le traitement vise à réduire le risque de complications et de décès lié au cancer. L'évolution est souvent lente et les traitements palliatifs permettent une vie quasi-normale pendant plusieurs années.

Les traitements utilisés pour les formes localisées (prostatectomie radicale ou radiothérapie externe) n'ont plus d'indication ici et ces cancers relèvent alors d'un traitement hormonal.

Le cancer de la prostate est hormono-dépendant : son évolution est sous l'influence de la testostérone. Le traitement de ces formes non localisées repose donc sur la suppression de la sécrétion de la testostérone par les testicules : soit par une « castration chirurgicale » avec l'ablation chirurgicale de la partie centrale des testicules (pulpectomie), soit par une « castration médicale » avec administration de substances dites agonistes de la LH-RH*, associées ou non à un anti-androgène*. Le cancer va ainsi pouvoir être freiné pendant plusieurs années.

La chimiothérapie est proposée (Estramustine, Mitoxantrone, Docetaxel) dans les formes avancées ou quand le cancer ne réagit plus à l'hormonothérapie.

Cas particuliers

En cas de métastases osseuses, des médicaments agissant sur la fabrication de l'os (diphosphonates) apportent souvent un soulagement de la douleur et permettent une réduction du risque de fractures.

Des troubles urinaires importants liés à un envahissement de l'urètre par le cancer peuvent conduire à une résection transurétrale* de la prostate par les voies naturelles.

LE DEPISTAGE

Compte tenu de la fréquence du cancer de la prostate et de sa gravité potentielle, la question de son dépistage par un dosage sanguin du PSA total dans la population générale suscite un vif intérêt.

Le dépistage organisé ?

L'opportunité d'un dépistage organisé a fait l'objet de nombreuses évaluations. Il n'existe pas, à ce jour, de preuves formelles qu'un dépistage systématique dans une population permette de diminuer la mortalité liée au cancer de la prostate. L'ensemble des agences d'évaluation en santé Françaises et étrangères a conclu que le dosage du PSA sérique total n'était pas recommandé dans le cadre d'un dépistage organisé et généralisé.

Le dépistage individuel

Par contre l'Association Française d'Urologie et l'American Urological Association recommandent pour ce dépistage : un test du PSA (fait dans un même laboratoire pour interpréter les variations des résultats) et un toucher rectal permettant de palper la prostate.

Ce dépistage est modulé selon l'âge et les facteurs de risque :

- de 45 à 54 ans : test annuel du PSA pour les groupes à risque (antécédents familiaux, origine africaine ou antillaise)
- de 55 à 69 ans : test annuel si le PSA est supérieur à 1 ng/ml et tous les 3 ans si inférieur
- de 70 à 75 ans : test annuel du PSA.

Par contre une élévation régulière annuelle de 0,75 ng/ml amène à conseiller la réalisation de biopsies. Enfin, des valeurs supérieures à 4 ng/ml nécessitent un examen clinique et des biopsies.

L'objectif est de diagnostiquer les cancers localisés dans leur période de curabilité et d'éviter les surtraitements.

En conclusion

Dosages de PSA, rapport PSA libre/PSA total, toucher rectal et biopsies permettent de diagnostiquer toutes les lésions potentiellement curables. Une fois le diagnostic de cancer établi, un dialogue avec le patient est indispensable pour choisir avec lui les meilleures options thérapeutiques.

Même si pour l'instant le dépistage organisé du cancer de la prostate n'est pas recommandé par les autorités de santé, il est vivement conseillé sur un mode individuel, par les urologues, par un dosage du PSA dès l'âge de 55 ans, et ce jusqu'à l'âge de 75 ans.

Une consultation s'impose en cas de symptômes urinaires car un cancer de la prostate peut se révéler par les mêmes troubles que l'adénome de la prostate.

Enfin, de nouveaux examens biologiques de diagnostic plus fiables et de nouvelles stratégies thérapeutiques sont en cours d'évaluation pour le diagnostic précoce et le traitement du cancer de la prostate.

GLOSSAIRE

Adénome prostatique : l'adénome prostatique est une tumeur bénigne de la prostate. On parle alors d'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP). Après 50 ans, un homme sur deux en est affecté.

Analogues (ou agonistes) de la LH-RH : ces médicaments s'opposent à la sécrétion des androgènes en intervenant au niveau cérébral sur les médiateurs hypophysaires.

Anti-androgènes : ce sont des médicaments qui s'opposent aux effets des androgènes. Les androgènes sont les hormones mâles, dont la principale est la testostérone, essentiellement sécrétée par les testicules. Ces médicaments permettent, pendant un temps variable, de contrôler la croissance d'un cancer prostatique.

Biopsie : une biopsie est un prélèvement, le plus souvent à l'aiguille, d'un fragment de tissu qui sera analysé au microscope. On parle d'examen histologique réalisé par un médecin anatomopathologiste.

Capsule prostatique : la prostate se situe sous la vessie, en avant du rectum ; le tissu glandulaire est entouré d'une capsule. Lors du traitement chirurgical de l'adénome prostatique, cette capsule est laissée en place.

Curiethérapie : technique consistant à implanter dans la prostate à l'aide d'aiguilles, en une seule séance et sous anesthésie générale ou péridurale, de minuscules grains radioactifs d'iode 125 de la taille d'un grain de riz. Ces grains radioactifs, liés entre eux pour éviter tout déplacement, vont irradier la tumeur de l'intérieur durant quelques mois (8 à 10 mois). Ils ne présentent aucun danger pour le malade, son entourage et l'environnement.

HIFU (High Intensity Focalized Ultrasounds) : technique utilisant des ultrasons focalisés de haute intensité (ex : Ablatherm®).

Incidence : nombre de nouveaux cas d'une maladie dans une population, pendant un temps donné.

Miction : action d'uriner.

PSA (Prostatic Specific Antigen) : antigène spécifique de la prostate, qui circule dans le sang. Le taux sanguin de PSA est augmenté en cas de pathologie prostatique mais il n'est pas spécifique du cancer. Sa valeur normale est inférieure à 4 ng/ml.

Résection transurétrale de la prostate : intervention par voie endoscopique, consistant à introduire dans l'urètre un instrument terminé par une anse électrique, permettant de découper la tumeur et de l'extraire en de multiples copeaux.

Brochure rédigée par le Dr Alain TREBUCQ et Dr Michaël PEYROMAURE DEBORD (Service d'urologie, Hôpital Cochin, Paris) – Octobre 2004

Mise à jour Septembre 2009 : Dr Henri BASTIEN

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.

PREVENTION ET DEPISTAGE

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 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, recherche de sang dans les selles pour le cancer du colon-rectum, frottis utérin pour le cancer du col de l'utérus ...

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

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. Organisme non gouvernemental et indépendant, elle repose sur la générosité du public et sur l'engagement de ses militants. Forte de ses 740 000 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 personnes 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 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 œuvre 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.

En partenariat avec l'Institut National du 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, le magazine de la Ligue contre le cancer », 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 »

www.ligue-cancer.net
01 53 55 24 00



La Ligue vous aide et vous informe :

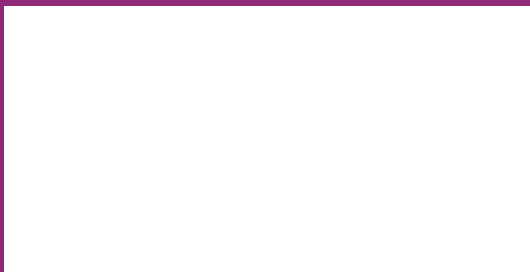
CANCER INFOSERVICE

Un service anonyme ouvert de 8 h à 20 h du lundi au samedi

0810 810 821

prix appel local

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 des Comités départementaux.

aidéa
Accompagnement et Information
pour le Droit à l'Emprunt et l'Assurabilité avec la Ligue
0 810 111 101



pour la vie

Recherche
Information - prévention - dépistage
Actions pour les malades et leurs proches