



pour la vie

Les cancers du poumon

G R A N D P U B L I C

Septembre 2009

Les cancers du poumon

Dans le monde, chaque année, plus d'un million de personnes sont atteintes par un cancer du poumon. En France, on recense annuellement 30.651 nouveaux cas et 26.624 décès (chiffres 2005).

Du fait de l'évolution de la consommation de tabac, en diminution chez l'homme mais en augmentation chez la femme, la mortalité due à ce cancer s'infléchit depuis les années 90 chez l'homme, mais progresse chez la femme.

L'usage régulier (quotidien) de tabac est en effet la cause principale de ce cancer.

Cette brochure traite du cancer du poumon qui se développe à partir des bronches, et non des métastases* dans le poumon, secondaires à des cancers développés dans un autre organe.

Deux familles de cancers du poumon

Il existe deux «familles» de cancers du poumon, différenciées au microscope par la taille et l'aspect de leurs cellules :

- > les cancers «non à petites cellules» qui constituent la majorité des cas recensés,
- > les cancers «à petites cellules», moins fréquents.

Les causes des cancers du poumon

LE TABAC

La consommation quotidienne de tabac, sous quelle que forme que ce soit (cigarette industrielle ou tabac à rouler, pipe, cigares, cigarillos, narguilés...), est le facteur responsable de la très grande majorité des cancers du poumon. Chez l'homme, 85 % des cancers du poumon sont dus au tabac.

La durée de l'exposition à la fumée de tabac (nombre d'années pendant lesquelles on a fumé) et donc l'âge de début (plus on commence tôt, plus la durée est grande) est quatre fois plus déterminante que la quantité de cigarettes fumées. Autrement dit, il est beaucoup plus dangereux de fumer 10 cigarettes par jour pendant 20 ans que de fumer 20 cigarettes par jour pendant 10 ans.

Cette notion essentielle de durée du tabagisme comme facteur de risque du cancer du poumon a une conséquence extrêmement positive ; à l'arrêt du tabagisme, le risque de survenue d'un cancer du poumon diminue régulièrement avec le temps. Ce bénéfice est observé quel que soit l'âge auquel on arrête de fumer, et quelle que soit la quantité de cigarettes fumées. **Il n'est donc jamais trop tard pour arrêter, même si on a fumé beaucoup et longtemps.**

Par ailleurs, il n'y a pas de seuil au-dessous duquel le risque de cancer du poumon est nul ; autrement dit, ne fumer « que » 1 à 5 cigarettes par jour n'est pas sans risque. Vis-à-vis de ce risque, il n'y a donc pas de « petit » ou de « gros » fumeur. L'objectif est donc d'arrêter le plus tôt possible quelle que soit la quantité quotidienne de tabac consommée.

Le développement du tabagisme féminin (début de plus en plus tôt, quantité et durée augmentées) depuis les années 60 provoque depuis quelques années un accroissement du nombre de cas de cancers du poumon dans la population féminine.

L'initiation au tabagisme, et surtout le début du tabagisme régulier se situant maintenant à l'âge de l'adolescence, les cancers du poumon atteignent désormais des sujets jeunes (parfois dès 40 ans, voire avant).

LE TABAGISME PASSIF

Il correspond à l'exposition d'un non-fumeur à la fumée de cigarette. Il augmente de 30% le risque de cancer du poumon. On estime à quelques milliers (3 à 5.000), le nombre de morts par an liées au tabagisme passif, principalement par affections cardiovasculaires.

AUTRES FACTEURS DE RISQUE

Une origine professionnelle

Chez les hommes, on estime à 15 % la proportion des cancers du poumon non liés à l'usage régulier du tabac, et essentiellement rattachés à certaines activités professionnelles.

Le nombre de cas est supérieur à la moyenne chez les professionnels en contact avec l'amiante, le radon (mines d'uranium), l'arsenic, le nickel, le chrome, les goudrons, etc.

La combinaison des facteurs de risque (tabac + exposition professionnelle à l'amiante) multiplie considérablement la probabilité de développement de la maladie.

Le rôle de la pollution atmosphérique

Il n'est pas mis en évidence par les enquêtes épidémiologiques.

L'usage régulier du cannabis

Il est également un facteur de risque. La fumée de cannabis contient quatre fois plus de goudrons que celle du tabac (environ 50 mg de goudrons dans

un joint, 12 mg dans une cigarette) et renferme davantage de cancérigènes. Enfin le principe actif du cannabis « le THC » dilate les bronches, ce qui facilite la pénétration de la fumée et de ses toxiques.

Un facteur génétique

Il peut également être invoqué expliquant que des fumeurs ne soient jamais atteints par ce cancer alors que des non-fumeurs le sont. De même, on constate un nombre croissant de cancers du poumon, surtout chez des femmes qui n'ont jamais fumé et qui ne côtoient pas de fumeurs.

Comment les reconnaître ?

Il est rare que le cancer du poumon soit découvert sans symptôme au cours d'un examen radiologique systématique.

Les symptômes susceptibles de révéler un cancer du poumon sont multiples et de nature très différente : soit directement liés à la consommation du tabac, soit plus sournois et non rattachés au tabagisme par le malade.

Si les symptômes sont persistants, chez une personne de plus de 40 ans, fumeuse, ils doivent amener à consulter immédiatement un médecin.

LES SYMPTÔMES RESPIRATOIRES

Ils sont présents dans 50 % des cas.

- > Toux persistante, avec quintes, sans cause apparente ;
- > Essoufflement d'apparition récente ;
- > Douleur au niveau du thorax* ou des épaules ;
- > Crachats purulents ou sanglants ;
- > Infections pulmonaires récidivantes mal contrôlées par les antibiotiques.

LES SIGNES GÉNÉRAUX

Ils sont fréquents.

- > Fatigue anormale ;
- > Perte récente d'appétit ;
- > Amaigrissement.

LES AUTRES SYMPTÔMES

Moins fréquents

- > Modification de la voix (dysphonie) ;
- > Sifflement lors des mouvements respiratoires ;
- > Œdème du cou, de la face et des bras ;
- > Distension des veines jugulaires ;
- > Lacis veineux à la partie supérieure du thorax ;
- > Difficulté à avaler (dysphagie) ;
- > Apparition d'une pleurésie* ou d'une péricardite* ;
- > Métastase cérébrale se manifestant par des maux de tête ou par une crise d'épilepsie amenant à découvrir secondairement le cancer du poumon.

LES SIGNES INDIRECTS

Ce sont des ensembles de signes ou symptômes accompagnant l'apparition du cancer, observés dans 10 à 20 % des cas, regroupés sous le terme de «syndrome paranéoplasique», pouvant apparaître plusieurs années avant la tumeur du poumon :

- > Déformation des dernières phalanges et des ongles des doigts des 2 mains (hippocratisme digital) ;
- > Hypercalcémie ;
- > Troubles de la régulation de l'hydratation ;
- > Thromboses veineuses et phlébites.

Comment les diagnostiquer ?

Le bilan s'attachera à préciser le diagnostic de cancer, à déterminer l'extension tumorale et à évaluer l'état fonctionnel pulmonaire et général du malade avant son traitement.

PRÉCISER LE DIAGNOSTIC

> La radiographie du thorax

De face et de profil, elle peut montrer une tache sombre et irrégulière, un voile (provoqué par l'aération insuffisante du poumon) ou un épanchement pleural (présence d'un liquide opaque dans la plèvre, à la base du poumon).

> La cytologie des crachats

Cet examen cytologique est réalisé au microscope sur trois prélèvements successifs de crachats à la recherche de cellules cancéreuses.

> Le scanner thoracique

C'est l'examen radiologique le plus important car il permet d'obtenir, en un seul arrêt respiratoire momentané du patient, de multiples coupes du thorax. Ainsi, il révèle des lésions invisibles lors de la radiographie pulmonaire standard, l'extension de la tumeur et la présence de ganglions lymphatiques dans le médiastin* et l'intégrité de l'autre poumon.

> La bronchoscopie (fibroscopie) bronchique

Examen décisif, elle va permettre de visualiser les bronches, d'apprécier l'extension du cancer et surtout de réaliser des aspirations de mucus bronchique et une biopsie* de la lésion pour examens au microscope afin d'identifier le type de cancer. Cet examen désagréable mais non douloureux, se fait sous anesthésie locale, par l'introduction dans les bronches d'un fin tuyau muni d'une mini-caméra vidéo. Le patient doit impérativement s'abstenir de

fumer durant les 24 heures précédant l'intervention. Il doit être à jeun depuis 4 heures.

> La ponction transpariétale

Réalisée à travers la plèvre, sous contrôle radiologique par scanner, elle peut être pratiquée pour les tumeurs périphériques non accessibles par la fibroscopie bronchique.

> La biopsie par intervention chirurgicale

Une biopsie de la lésion pulmonaire ou des ganglions lymphatiques du médiastin (médiastinoscopie) est parfois nécessaire.

> Le diagnostic histologique

Le diagnostic de certitude d'un cancer du poumon exige une signature histologique (examen au microscope d'un fragment de tissu) ou cytologique (examen sous le microscope de cellules recueillies dans un liquide biologique (matériel d'aspiration bronchique obtenu lors de la fibroscopie ou liquide pleural recueilli par ponction).

Ce diagnostic histologique permet de distinguer :

① Les cancers «non à petites cellules»

Ce sont les plus fréquents. On distingue :

- **le cancer épidermoïde** : tumeur développée à partir de la paroi interne de la bronche, à la bifurcation des grosses bronches. Il représente 25 à 30 % des cancers «non à petites cellules» et est plus fréquent chez l'homme ;
- **l'adénocarcinome** : tumeur naissant à partir des glandes de la muqueuse bronchique (30 % des cancers «non à petites cellules») en situation périphérique du poumon. Il est observé chez la femme et le non fumeur ;
- **les autres variétés histologiques moins fréquentes** : cancer à grandes cellules, carcinome bronchiolo-alvéolaire, cylindromes, tumeurs carcinoïdes, tumeurs muco-épidermoïdes.

② Les cancers «à petites cellules»

Représentant 15 à 20 % des cancers bronchiques, ils sont observés chez les fumeurs et les non fumeurs. Histologiquement très particuliers, ils sont d'origine neuro-endocrine.

DÉTERMINER L'EXTENSION TUMORALE

Des examens permettent d'apprécier l'extension du cancer aux organes voisins afin d'envisager les possibilités chirurgicales éventuelles et les traitements médicaux complémentaires :

- > L'échographie hépatique à la recherche de métastases ;
- > La scintigraphie osseuse pour voir d'éventuelles localisations osseuses de la maladie ;
- > L'échographie endo-oesophagienne pour apprécier l'extension à l'œsophage et aux vaisseaux du cœur ;
- > L'angiographie vérifiant la connexion de la tumeur avec l'aorte* et les vaisseaux pulmonaires ;
- > La médiastinoscopie appréciant le stade du cancer et l'atteinte des ganglions médiastinaux.

De ce bilan, résulte une stadification de la tumeur qui, en complément de l'histologie, conditionnera le type de traitement.

Tumeur « T »

T0 : pas de tumeur primitive retrouvée ;

Tis : carcinome in situ ;

T1 : < 3 cm, sans invasion proximale à une bronche lobaire à la bronchoscopie ;

T2 : > 3 cm avec extension proximale de la tumeur dans une bronche lobaire ou distante de plus de 2 cm de la carène* ;

T3 : tumeur étendue à la paroi thoracique, au diaphragme, à la plèvre médiastinale, ou au péricarde ;

T4 : tumeur de type T3 mais envahissant le cœur, les gros vaisseaux du médiastin, la trachée, la carène, l'œsophage, ou une vertèbre, ou associée à une pleurésie métastatique.

Ganglion « N »

N0 : aucune atteinte des ganglions régionaux ;

N1 : ganglions péri bronchiques ou hilaires homolatéraux, y compris par extension directe ;

N2 : ganglions médiastinaux homolatéraux ou sous-carénaux ;

N3 : ganglions médiastinaux controlatéraux, ganglions hilaires controlatéraux, ganglions scalènes homolatéraux ou controlatéraux ou ganglions sus claviculaires.

Métastase « M »

M0 : pas de métastases ;

M1 : extension aux organes distants (cerveau, os, etc.) ou aux ganglions lymphatiques distants du poumon.

ÉVALUER L'ÉTAT FONCTIONNEL PULMONAIRE ET L'ÉTAT GÉNÉRAL DU MALADE

Différentes explorations permettent d'évaluer les capacités respiratoires du malade et de mieux apprécier son état général avant une intervention chirurgicale.

- > Les explorations fonctionnelles respiratoires (spirométrie, dosage des gaz du sang) ;
- > La scintigraphie pulmonaire étudiant la qualité du tissu pulmonaire respecté par la tumeur ;
- > Etat cardiovasculaire (électrocardiogramme, échocardiographie et doppler des vaisseaux du cou).

Comment les traiter ?

L'arrêt du tabac est la première étape du traitement. Le traitement d'un cancer du poumon dépend du type histologique de la tumeur et de son stade d'évolution.

LE TRAITEMENT DES CANCERS «NON À PETITES CELLULES»

Lorsqu'elle est possible, l'ablation chirurgicale du cancer est la solution la plus adaptée. Sa mise en œuvre dépend de l'aptitude physiologique du patient à supporter une intervention chirurgicale ainsi que de la possibilité pour le chirurgien de retirer l'ensemble de la tumeur.

> Dans les formes localisées (T0 et T1)

La chirurgie est l'indication majeure consistant en une ablation d'un lobe du poumon (lobectomie) ou plus rarement de tout le poumon (pneumectomie). Elle est complétée par un curage ganglionnaire. Un traitement complémentaire adjuvant par radiothérapie et/ou chimiothérapie par cisplatine sera proposé.

> Dans les formes localisées mais plus étendues (T2 avec atteintes ganglionnaires N1)

Une chimiothérapie (néo-adjuvante) sera effectuée avant la chirurgie pour réduire le volume tumoral. La chirurgie radicale avec curage ganglionnaire sera ensuite pratiquée et complétée par une radiothérapie et une chimiothérapie.

> Enfin pour les grosses tumeurs (T2-T3) avec atteintes ganglionnaires (N1-N2) et métastases (M1)

La chirurgie n'est plus l'indication. La chimiothérapie et la radiothérapie seules ou en association offrent les plus grandes chances de contrôler la maladie.

> Le traitement des métastases

Les métastases cérébrales ou hépatiques sont traitées spécifiquement. Elles peuvent être enlevées chirurgicalement si elles sont isolées.

Les métastases osseuses seront traitées par chimiothérapie associée ou non à une radiothérapie. Parfois une chirurgie pourra être envisagée en cas de fracture ou de risque de fracture.

Un traitement à base de cortisone est souvent associé. Ce n'est que si le malade est déjà très affaibli qu'un traitement symptomatique palliatif, sera entrepris.

LE TRAITEMENT DES CANCERS «À PETITES CELLULES»

Le cancer à «petites cellules» est plus évolutif que le précédent en raison de sa tendance à disséminer rapidement, par voie lymphatique, hors du thorax.

> Dans les formes localisées au poumon, le traitement peut donner une réponse complète dans 60 % des cas par une association de radiothérapie thoracique externe et d'une chimiothérapie à base de sels de platine (cisplatine et étoposide).

Une radiothérapie crânienne sera effectuée pour prévenir le développement de métastases cérébrales.

La chirurgie d'ablation pulmonaire n'est pas une indication, sauf dans certains cas de tumeur localisée et après réduction tumorale par radio-chimiothérapie.

> Dans les formes disséminées, la chimiothérapie à base de sels de platine pourra être associée à des traitements ciblés.

On complètera par une irradiation crânienne qui permet de diminuer le risque de métastases cérébrales et d'augmenter la durée de contrôle de la maladie.

On pourra proposer au malade d'entrer dans un essai thérapeutique lui permettant de bénéficier de l'apport de nouveaux traitements en cours d'étude.

LES TRAITEMENTS SYMPTOMATIQUES

Les médecins disposent aujourd'hui de médicaments antalgiques puissants et bien tolérés pour lutter contre la douleur.

Le maintien de voies aériennes perméables (pour lutter contre l'asphyxie), lorsqu'il devient nécessaire (ce qui est rare) est possible grâce à la mise en place de prothèses* dans les bronches ou la trachée ou encore grâce à la désobstruction des bronches par le laser.

Le suivi des traitements

Des visites de contrôle ont lieu tous les 3 à 4 mois, puis tous les 6 mois, au cours desquelles on propose un examen par scanner.

Peut-on dépister les cancers du poumon ?

A ce jour, il n'existe pas de moyens pour dépister précocement les cancers du poumon.

L'introduction de nouvelles techniques radiologiques ou biologiques pourrait amener à modifier ce point de vue dans les années futures.

Un scanner pulmonaire normal chez un gros fumeur ne permet pas d'exclure la survenue d'un cancer du poumon dans les mois suivants : il serait donc illusoire et dangereux de rassurer un patient fumeur au prétexte que son scanner est normal.

Comment les prévenir ?

La lutte contre le tabagisme et contre les expositions professionnelles dangereuses permettent de prévenir le risque de cancer du poumon.

Il est impossible de prédire précisément au sein d'une population de fumeurs, ceux qui développeront ou ne développeront pas un cancer du poumon.

Seule certitude : plus le tabagisme est ancien, plus le risque augmente, et cela pour tous les fumeurs.

Donc, plutôt que de penser à dépister ces cancers, l'idéal serait de ne plus les observer ! Pour cela, il y a des moyens très efficaces :

- > ne pas fumer soi-même,
- > ne pas enfumer les autres, si l'on est fumeur,
- > tout faire pour que les enfants et les adolescents ne commencent pas à fumer.

Glossaire

Aorte :

artère qui naît à la base du ventricule gauche du cœur et qui est le tronc commun des artères portant le sang oxygéné dans toutes les parties du corps.

Biopsie :

prélèvement d'un fragment de tissu ou de tumeur permettant de réaliser un examen histologique par un médecin anatomopathologiste.

Carène:

zone anatomique correspondant à la division de la trachée en ses 2 bronches principales, destinées à la ventilation des poumons droit et gauche.

Médiastin :

espace compris entre les deux poumons et divisé en deux parties par les replis des plèvres : le médiastin antérieur contient le cœur et le thymus ; le médiastin postérieur renferme l'œsophage, l'aorte et le canal thoracique.

Métastase :

localisation à distance d'une tumeur cancéreuse propagée par voie sanguine ou lymphatique.

Péricardite :

présence de liquide entre les deux feuillets de la membrane (péricarde) qui entoure le cœur.

Pleurésie :

présence de liquide entre les deux feuillets de la plèvre, membrane qui entoure les deux poumons.

Prothèse :

matériel ayant pour objet le remplacement partiel ou total d'un organe ou d'un membre.

Thorax :

partie du corps limitée par les vertèbres, les côtes, le sternum et le diaphragme et contenant notamment les poumons et le cœur.

Brochure rédigée en collaboration avec le groupe "tabac" de la Commission Information/Prévention de la Ligue contre le cancer. Septembre 2001.

Mise à jour septembre 2009 : Pr Albert HIRSCH,
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.

Prévention et dépistage

- **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 côlon-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. 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 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 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.

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, 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

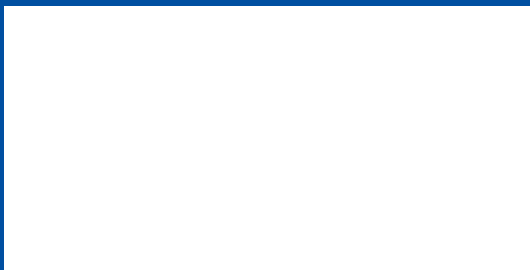
0 810 111 101



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

chercher pour guérir
prévenir pour protéger
accompagner pour aider

