



pour la vie

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

Les cancers du côlon et du rectum

G R A N D P U B L I C

Les cancers du côlon et du rectum

Le côlon est la partie de l'intestin qui fait suite à l'intestin grêle. Il commence par le caecum, lieu d'implantation de l'appendice, et se prolonge par le côlon ascendant ou droit, l'angle droit, le côlon transverse, l'angle gauche, le côlon descendant, le sigmoïde puis se continue par le rectum qui se termine par l'anus.

C'est dans le côlon que les matières fécales sont concentrées après réabsorption de l'eau et du sel, puis acheminées jusqu'à l'ampoule rectale qui assure un rôle de réservoir. La continence est assurée par un muscle, le sphincter anal.

Le cancer colorectal représente, par sa fréquence, le troisième cancer chez l'homme et le deuxième chez la femme. Sa fréquence augmente après 45 ans. Il est découvert dans 73 % des cas au niveau du côlon et de la région recto-sigmoïdienne, et dans 27 % des cas dans le rectum. L'âge médian du diagnostic est de 72 ans chez l'homme et de 75 ans chez la femme.

En France, on évalue à 37.413 le nombre de nouveaux cas par an (en 2005) : 19.913 cas chez l'homme (37,7/100.000 cas) et 17.500 cas chez la femme (24,5/100.000). Son incidence* augmente depuis une vingtaine d'années.

La mortalité représente 16.865 personnes chaque année : 8.901 hommes (15,2/100.000) et 7.964 femmes (8,9/100.000). Le taux de mortalité est variable selon le sexe et les départements français. Le taux français de survie après un cancer colorectal est l'un des meilleurs d'Europe.

La France métropolitaine (hors La Réunion) se situe parmi les régions à risque élevé comme les autres pays d'Europe de l'Ouest, les U.S.A., l'Australie et, plus récemment, le Japon. Ce cancer est beaucoup plus rare en Amérique du Sud, en Asie et surtout en Afrique.

Facteurs de risque

L'égalité devant le risque de cancer, quel qu'il soit, n'existe pas.

L'alimentation joue très certainement un rôle important dans le développement du cancer du côlon : apport calorique trop important sous forme de graisses animales et obésité ; par contre, on note un rôle protecteur par la consommation régulière de fibres (légumes, fruits, céréales) et par l'exercice physique régulier. Le tabac est un facteur d'apparition des adénomes et l'alcool favoriserait leur augmentation de taille. Le risque d'être atteint d'un gros polype est dix fois plus élevé chez un sujet ayant fumé plus de 20 paquets/années et buvant plus de trois quart de vin par jour.

La majorité des tumeurs du côlon se développent à partir de polypes adénomateux, encore appelés adénomes, qui sont au départ des lésions bénignes se présentant soit comme de petits nodules posés sur la muqueuse de l'intestin, soit comme un nodule appendu en battant de cloche.

La tumeur maligne va prendre naissance en général sur la muqueuse de gros polypes et progressivement s'étendre à tout le polype, puis à toute la paroi de l'intestin.

Des différents types de polypes adénomateux, l'adénome villos, qui représente 5 % des polypes, est celui qui a le plus de risque de se transformer en cancer.

La détection et l'ablation des polypes adénomateux permet donc de réduire le risque de cancer colorectal qui est d'autant plus élevé que la taille du polype est plus importante.

Sur 1 000 polypes, 100 atteindront la taille de 1 cm et 25 deviendront des cancers dans un délai de 10 à 20 ans. Outre la taille, le risque de transformation dépend de la structure microscopique du polype. Presque

tous les polypes peuvent être retirés sous coloscopie. Après exérèse, les polypes peuvent récidiver. Le taux de récurrence à 3 ans des polypes de plus de 1 cm de diamètre se situe autour de 3 %.

Bien que tous concernés, certaines personnes sont plus exposées au risque de cancer :

- > celles atteintes d'une poly-adénomatoase familiale (ou polypose rectocolique familiale) caractérisée par une multitude de polypes intestinaux ou encore celles présentant un syndrome HNPCC encore appelé syndrome de Lynch : maladie héréditaire se manifestant chez des sujets jeunes par l'apparition de cancers d'emblée sans polypose préalable. Ces cancers héréditaires représentent moins de 10 % de l'ensemble des cancers colorectaux et surviennent avant 40 ans, préférentiellement aux dépens du côlon droit.
- > celles qui ont des antécédents familiaux de cancers ou de polypes colorectaux.
- > celles qui ont une forme étendue et ancienne d'une maladie inflammatoire de l'intestin (rectocolite hémorragique ou maladie de Crohn).

Quels sont les sujets à risque ?

On peut classer la population en trois groupes en fonction de leur niveau de risque :

- > **un groupe à risque moyen** : tous les sujets de plus de 50 ans, même sans troubles digestifs, chez qui on proposera une recherche de sang dans les selles par Hémocult II[®], tous les deux ans à partir de 50 ans. Une coloscopie sera faite en cas de résultat positif du test.
- > **un groupe à risque élevé**, représenté par :
 - des sujets ayant eu eux-mêmes un polype de plus de 1 cm ou un cancer colorectal,
 - des sujets ayant un parent du 1^{er} degré (père, mère, frère, sœur) de moins de 60 ans, ayant eu un cancer de l'intestin ou ayant deux parents quel que soit leur âge,

Dans ce groupe, une coloscopie de dépistage est proposée à partir de 45 ans, ou 10 ans avant l'âge du diagnostic du cancer du parent si celui-ci avait moins de 55 ans. Après une coloscopie normale, une surveillance tous les 5 ans est suffisante. Après 74 ans, la stratégie de dépistage doit être individuellement évaluée.

- des patients qui ont des antécédents de maladie inflammatoire de l'intestin étendue et ancienne type recto-colite ulcéro-hémorragique ou maladie de Crohn.

Une coloscopie de dépistage est proposée tous les 2 ans après 15 à 20 ans d'évolution de la maladie.

> **un groupe à risque très élevé** dans les formes héréditaires.

Il concerne les sujets atteints de poly-adénomatose familiale* (P.A.F.) ainsi que ceux porteurs de cancers colorectaux héréditaires sans polypose (Syndrome HNPCC, encore appelé syndrome de Lynch).

- **La poly-adénomatose familiale** représente moins de 1 % des cancers colorectaux. Elle atteint des sujets jeunes. On recommande une consultation d'oncogénétique avec recherche d'une anomalie génétique (mutation constitutionnelle délétère sur le bras long du chromosome* 5).

Le risque de survenue de cancer colorectal est quasi certain, aussi on procèdera à une coloscopie courte annuelle dès l'âge de 14 ans. Si le diagnostic de polypose est confirmé, il faut discuter de la date de la coloprotectomie* totale dès la fin de la puberté (vers 17 ans).

- **Le syndrome de Lynch** (HNPCC) contribue pour 1 à 5 % des cancers colorectaux. Ce sont des cancers héréditaires sans polypose et un diagnostic génétique est maintenant possible dans ces familles.

La surveillance préconisée est une coloscopie totale tous les 2 ans dès l'âge de 20-25 ans (ou 5 ans avant l'âge du cancer le plus précoce de la famille, si celui-ci est apparu avant l'âge de 25 ans).

Chez les femmes, en raison du risque de cancer de l'utérus associé à cette pathologie, un examen gynécologique annuel après l'âge de 30 ans est conseillé, complété par une échographie endovaginale* et un frottis endo-utérin*.

Pour ces deux affections, les sujets ayant bénéficié d'un test génétique et non porteurs de la mutation familiale doivent être suivis comme la population générale.

Peut-on les dépister ?

Après 50 ans, il est souhaitable de faire pratiquer, par votre médecin généraliste, un toucher rectal, lors d'un examen médical, ainsi qu'un test de dépistage.

Le test de dépistage du cancer du côlon et du rectum est basé sur la découverte de sang microscopique (non vu à l'œil nu) dans les selles. En effet, très souvent les gros polypes et les cancers de l'intestin saignent sur un mode discret et non visible. Ce saignement microscopique pourra être repéré grâce à un test de laboratoire utilisé actuellement : le test Hémoccult II®.

Si le test Hémoccult II® est négatif (absence de sang détectable), vous serez invité(e) à le renouveler tous les deux ans. **Si des troubles tels que constipation ou diarrhée, fatigue anormale, douleurs au ventre, apparaissent dans l'intervalle de ces deux ans, consultez votre médecin.**

Par contre, si le test est positif, il conviendra d'effectuer un examen approfondi de l'intestin par une coloscopie (introduction d'un tube dans l'intestin sous brève anesthésie générale) qui permettra de visualiser les lésions et de les prélever pour examen histologique*. De cet examen dépendra la suite du traitement, si la lésion est cancéreuse.

Il convient de signaler qu'un test positif n'est pas forcément synonyme de cancer (d'autres causes de saignement digestif existent), mais justifie toujours une exploration de l'intestin.

Ce test Hémoccult II[®] ne détecte pas tous les cancers (1 cancer sur 2) et les gros adénomes (1 sur 5). Mais sa pratique et sa répétition ont montré qu'il pouvait diminuer la mortalité de 30 % par cancer colorectal chez les personnes ainsi suivies et de 15 à 20 % dans la population générale.

Dans un avenir proche, il est probable que soit mis en œuvre un test immunologique de dépistage de recherche de sang occulte dans les selles, avec lecture automatisée permettant une évaluation quantitative. Des évaluations de fiabilité de la technique sont en cours.

LE TEST HÉMOCCULT II®

Un programme de dépistage organisé du cancer du côlon a été mis en place sous l'impulsion du ministère de la Santé, avec l'Assurance Maladie, les Conseils généraux et le soutien de la Ligue contre le cancer. Il s'inscrit dans le Plan Cancer.

Il concerne tous les sujets «à risque moyen» sans symptôme colorectal, sans antécédents personnels ou familiaux de maladie inflammatoire chronique de l'intestin, de polype ou de cancer colorectal ou également de maladie héréditaire prédisposant au cancer colorectal.

Il permet à toutes les personnes, hommes et femmes, de 50 à 74 ans de bénéficier, tous les deux ans, d'un dépistage gratuit du cancer du côlon, par la technique de l'Hémoccult II®.

Votre médecin traitant vous remettra 3 plaquettes permettant cet examen de détection de saignement microscopique, ainsi que l'enveloppe pour l'envoi du test. Vous prélèverez sur trois selles consécutives un peu de matières fécales à l'aide des spatules fournies. Ce prélèvement de selles, qui ne doit pas excéder la taille d'une lentille, sera déposé sur chacune des 2 petites fenêtres situées sur une des faces de la plaquette. Les 3 plaquettes, bien identifiées par votre nom et votre adresse, insérées dans l'enveloppe remise à cet effet par votre médecin, doivent être adressées au Centre de gestion du dépistage. Le laboratoire effectuera la recherche de sang sur la face opposée de la plaquette où vous avez déposé vos selles. Le résultat de l'examen vous sera adressé par courrier. Si l'examen s'avère positif, il conviendra de prendre contact immédiatement avec votre médecin qui vous conseillera une coloscopie.

Comment les diagnostiquer ?

Le cancer du côlon peut rester longtemps asymptomatique*.

Il est souvent précédé d'une tumeur bénigne : l'adénome* (ou polype). En grossissant, en particulier au-delà de 1 cm de diamètre, le risque qu'il se transforme en cancer devient plus important.

C'est au stade de polype que le dépistage doit se faire, sans attendre. Mais certains symptômes peuvent également attirer l'attention et conduire à une consultation médicale :

- > des troubles du transit intestinal : constipation soudaine ou qui s'aggrave, diarrhée qui se prolonge ou alternance de diarrhée et de constipation.
- > du sang visible dans les selles, que l'on attribuera trop facilement à des hémorroïdes.
- > des douleurs abdominales à type de coliques, évoluant par crises de 2 ou 3 jours, accompagnées parfois de gargouillements abdominaux.
- > un amaigrissement inexpliqué et/ou une petite fièvre persistante.

Le diagnostic se fait :

- > pour le cancer du côlon : par la coloscopie totale, sous anesthésie générale brève, qui permet de visualiser la lésion, de réaliser des biopsies* et d'enlever la plupart des polypes observés.
- > pour le cancer du rectum, plus accessible : le diagnostic est fait par l'examen clinique grâce au toucher rectal et par la rectoscopie qui permet des biopsies. Cet examen doit être complété par une coloscopie.

Si un cancer est détecté, on appréciera son étendue par d'autres examens : échographie endorectale, radiographies, scanner ou IRM à la recherche de métastases ganglionnaires, pulmonaires ou hépatiques, et divers examens biologiques hépatiques (examens de sang) dont le dosage de l'Antigène Carcino Embryonnaire (ACE).

Comment les traiter ?

Pour traiter le cancer colorectal, plusieurs thérapeutiques sont employées. On évite une opération mutilante chaque fois que cela est possible. Le choix du traitement dépend de la localisation du cancer et de son étendue.

La chirurgie

- > C'est le principal traitement, dans la plupart des cas. Elle consiste à retirer la partie de l'intestin où se trouve le cancer ; la possibilité, dans la majorité des cas, de rétablir immédiatement la continuité de l'intestin évite l'anus artificiel, provisoire ou définitif.
- > En cas de cancer du rectum, l'intervention qui consiste à enlever le rectum permet le plus souvent de respecter la fonction du sphincter (muscle qui resserre l'anus en assurant la continence). Cependant, en cas de tumeur située trop près de l'anus, un anus artificiel est parfois inévitable.

Dans certains cas, où il existe d'emblée des métastases, hépatiques ou pulmonaires, une chirurgie d'exérèse pourra être proposée, soit d'emblée si leur nombre ou leur taille sont limités, soit secondairement après réduction sous chimiothérapie.

La radiothérapie

Dans le cancer du bas rectum, elle est systématiquement associée à la chirurgie car elle permet de diminuer les récidives locales. Cette radiothérapie est réalisée avant la chirurgie, en association avec une chimiothérapie.

La chimiothérapie

Pour les cancers du côlon, la chimiothérapie a bénéficié, ces dernières années, de grands progrès. Elle peut être indiquée :

- soit après la chirurgie, comme traitement complémentaire afin d'éliminer d'éventuelles cellules cancéreuses que les examens n'auraient pu détecter ;
- soit dans les formes évoluées ou dans les cas de rechute.

La chimiothérapie complémentaire, ou "adjuvante" a des indications bien précises, afin de ne pas sur-traiter les lésions débutantes, mais de ne pas faire perdre de chance aux autres. Les modalités en sont bien définies. Le traitement classique associe deux produits dont l'efficacité se potentialise : le 5-Fluorouracil et l'acide folinique. C'est un protocole efficace et relativement bien supporté, même chez le sujet âgé. De nouveaux produits sont en permanence en cours d'expérimentation.

La chimiothérapie des formes évolutives dépend de l'état général du patient et des traitements précédemment reçus. Plusieurs médicaments actifs sont actuellement disponibles, dont l'oxaliplatine, l'irinotécan et des anticorps monoclonaux élaborés grâce au génie génétique. Les recherches en cours permettent d'espérer des protocoles encore plus efficaces dans les années à venir.

Quelle est la surveillance après traitement ?

Si, avant l'intervention, la coloscopie n'a pu être faite du fait d'une occlusion révélatrice du cancer, ou n'a pu être totale car la zone cancéreuse sténosée ne pouvait être franchie, il faudra prévoir une coloscopie complète dans les 6 mois qui suivent l'intervention.

La surveillance ultérieure comprendra dans tous les cas :

> tous les ans pendant 5 ans

- un examen clinique,
- une radiographie thoracique,
- une échographique abdominale,
- un dosage de marqueur biologique*,
l'ACE (antigène carcino-embryonnaire).

> 2 à 3 ans après l'intervention, puis à 5 ans, puis tous les 5 ans

- une coloscopie totale.

En conclusion

Le cancer colorectal a largement bénéficié des progrès thérapeutiques tant chirurgicaux, radiothérapeutiques que médicamenteux, permettant d'éviter souvent une mutilation et de prévenir des récives.

La surveillance des personnes à risque et la mise en place d'un dépistage systématique, au même titre que celui du cancer du sein ou du col de l'utérus, permettra de sauver chaque année plusieurs milliers de personnes.

Glossaire

Adénome (synonyme de polype) :

tumeur bénigne (par opposition au carcinome qui est une tumeur maligne, c'est-à-dire cancéreuse) qui peut être souvent enlevée par voie endoscopique.

Asymptomatique :

ne présentant pas de signe clinique permettant le diagnostic de la maladie.

Biopsie :

prélèvement d'un fragment de tissu ou de tumeur qui sera analysé au microscope. On parle d'examen histologique réalisé par un médecin anatomopathologiste.

Chromosome :

structure située dans le noyau des cellules et support de l'information génétique.

Coloprotectomie (ou colectomie totale préventive) :

ablation totale du côlon et du canal anal.

Echographie endorectale :

échographie réalisée à l'aide d'une sonde introduite dans le rectum.

Echographie endovaginale :

échographie réalisée à l'aide d'une sonde introduite dans le vagin.

Examen histologique :

examen d'un tissu ou d'une lésion au microscope par un médecin anatomopathologiste. Cet examen permet de déterminer la nature bénigne ou maligne de la lésion et d'en préciser sa gravité.

Frottis endo-utérin :

prélèvement par aspiration ou écouvillon de fragments de tissus de la cavité de l'utérus pour analyse microscopique.

Incidence :

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

Marqueur biologique tumoral :

substance sécrétée par certains types de cellule et présente dans le sang. En cas de croissance anormale de ces cellules, la production du marqueur est anormalement élevée. Le marqueur constitue un bon indice de l'activité de ces cellules. C'est un outil précieux de surveillance de certains cancers, mais pas un outil de diagnostic. Il existe différents types de marqueurs, suivant le type de cellules. Pour le cancer du côlon et du rectum, le marqueur usuel est l'ACE (antigène carcino-embryonnaire).

Métastase :

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

Mutation constitutionnelle délétère :

altération d'un gène par suite d'une erreur de réplication de l'ADN.

Polypose rectocolique familiale :

maladie due à une anomalie génétique, se traduisant par une multitude de polypes sur la muqueuse colique. Elle se complique, dans la même famille, par la survenue d'un cancer chez un individu sur deux. Quand la maladie est autosomique dominante, tous les sujets développent un cancer colorectal.

Brochure réalisée en collaboration avec
le Dr Guy LAUNOY, Directeur du Registre des tumeurs
digestives du Calvados (Caen),
le Pr Hélène SANCHO-GARNIER et le Dr Françoise MAY-LEVIN
Septembre 2002
Mise à jour Août 2008 : Dr Jean-Claude ARNAL,
Dr Henri BASTIEN

Notes :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Le cancer

Le cancer se caractérise par un développement anarchique et ininterrompu de cellules «anormales» dans l'organisme qui aboutit à la formation d'une tumeur ou «grosseur». Cette population de cellules agresse et détruit l'organe dans lequel elle est implantée et peut migrer dans d'autres parties du corps (on parle alors de métastases). Si la prolifération n'est pas stoppée, le cancer se généralise plus ou moins rapidement.

Quelques chiffres

- En France, le cancer est depuis 2004 la première cause de mortalité générale et prématurée (avant 65 ans) avant les maladies cardio-vasculaires, et 146.000 décès lui sont imputables chaque année.
- Environ 320.000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués chaque année.
- Actuellement, un cancer sur deux en moyenne (toutes localisations confondues) peut être guéri.

Le cancer n'est pas contagieux. Le cancer n'est pas héréditaire, sauf dans de très rares cas, mais il existe des terrains (prédispositions familiales) qui fragilisent le sujet vis-à-vis des facteurs toxiques, notamment ceux liés au mode de vie, qui peuvent le favoriser. Environ 70 % des cancers (plus de 85 % des cancers du poumon) sont attribuables à des modes de vie et aux comportements. La prévention et le dépistage sont donc essentiels.

Le rôle du médecin

Le médecin généraliste a un rôle fondamental dans les stratégies de prévention et de dépistage. N'hésitez pas à le consulter. Il est là pour vous informer sur les facteurs de risque, les moyens de prévention et de dépistage. En général, plus un cancer sera décelé tôt, plus vite il sera soigné et aura des chances de guérir.

Prévention et dépistage

La prévention des cancers tend à diminuer ou supprimer l'exposition à des «facteurs de risque». Les actions de prévention ont souvent un caractère éducatif et collectif comme par exemple la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme ; la promotion d'une alimentation saine, d'un exercice physique régulier ; la 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. Par exemple, le cancer du sein peut être dépisté au moyen d'examens tels que la mammographie ; le cancer du col de l'utérus par le frottis cervical ; le cancer colorectal par la recherche de sang dans les selles. Plus le diagnostic est précoce, moins les traitements sont lourds et plus les chances de guérison sont grandes.

Les connaissances s'améliorent en permanence, il faut donc s'informer régulièrement auprès d'un médecin, en consultant des brochures, le site www.ligue-cancer.net ou Cancer Info Service, sur les facteurs de risque, les examens à pratiquer, les signes d'alarme qui peuvent révéler la maladie.

Les signes d'alarme

1. La peau : apparition ou modification de forme, de couleur, d'épaisseur d'un grain de beauté ou d'une tache ocrée.
2. Changements dans le fonctionnement des intestins (constipation, diarrhée) ou de la vessie (fréquente envie d'uriner).
3. Persistance d'une voix enrouée ou de toux.
4. Troubles permanents pour avaler de la nourriture.
5. Une enflure ou une boule non douloureuse et qui ne disparaît pas (dans le sein, au cou, dans l'aîne, dans les testicules).
6. Apparition de sang dans les urines, les selles, en dehors des règles chez les femmes.
7. Perte de poids, anémie, fatigue inhabituelle.

Qu'est-ce que La Ligue ?

Créée en 1918, la Ligue nationale contre le cancer est une association loi 1901 à but non lucratif et reconnue d'utilité publique. Elle est une ONG indépendante reposant sur la générosité du public et sur l'engagement de ses militants. Forte de plus de 728.000 adhérents, la Ligue est un mouvement organisé en une fédération de 103 Comités départementaux qui, ensemble, luttent dans trois directions :

- la recherche,
- l'information, la prévention, le dépistage,
- et les actions pour les malades et leurs proches.

• LA RECHERCHE

La Ligue est le premier financeur associatif de la recherche sur le cancer en France. Cette dernière s'organise autour de différents pôles : la recherche fondamentale, la recherche clinique (amélioration des traitements), recherche épidémiologique (étude des facteurs de risque pour l'amélioration des conditions de prévention et de dépistage) et la recherche en sciences humaines et psycho-sociales (étude de la qualité de vie des malades pendant et après les traitements du cancer). Elle est pilotée en toute indépendance et transparence par un conseil scientifique national et des conseils scientifiques régionaux et interrégionaux. En labellisant des équipes rigoureusement sélectionnées pour leur excellence par des commissions d'expertise, la Ligue assure le financement de programmes de recherche et suscite des avancées très importantes dans le traitement et la qualité de vie des malades.

• L'INFORMATION, LA PRÉVENTION ET LE DÉPISTAGE

L'objectif est triple. Sensibiliser chacun au danger de certaines pratiques (consommations de tabac et d'alcool, exposition prolongée au soleil, etc.), alerter sur les facteurs de risque, communiquer sur les avantages du dépistage et informer sur l'identification de certains symptômes.

Pour répondre aux publics concernés, de nombreux moyens de communication adaptés sont régulièrement actualisés et disponibles au siège de la Ligue ou auprès des Comités départementaux.

• LES ACTIONS POUR LES PERSONNES MALADES ET LEURS PROCHES

Les Comités de la Ligue apportent leurs soutiens matériel et financier, moral et psychologique aux personnes malades, aux anciens malades et à leurs proches.

En organisant, en 1998, en 2000 et en 2004, en présence du Président de la République, les Etats généraux des malades du cancer et de leurs proches, la Ligue a donné une très forte impulsion pour que les malades soient mieux pris en charge. En leur donnant la parole, la Ligue a mis en lumière, pris en compte et traduit en actes leurs attentes et leurs besoins pour l'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie. Les moyens donnés pour le dispositif d'annonce, les groupes de parole institués, les espaces d'information installés dans les lieux de soins et dans les lieux de vie pour soutenir et rompre l'isolement des personnes malades et de leurs proches, en sont des exemples. La Ligue leur dédie également un espace d'expression et d'information avec le journal «Les proches». Enfin, la Ligue soutient les patients dans leurs difficultés rencontrées pour défendre leurs droits, retrouver un emploi, bénéficier d'un prêt bancaire...

• AU CŒUR DE LA SOCIÉTÉ

Parce que le cancer est un problème de santé mais aussi une question de société, la Ligue intervient en communiquant activement sur la nécessité de modifier l'image sociale du cancer. Par le biais de son Ecole de formation, la Ligue facilite l'engagement militant en s'appuyant sur des connaissances validées.

Parce que la Ligue nationale contre le cancer est un acteur reconnu et sérieux, elle a créé et développé le numéro de téléphone Cancer Info Service (0.810.810.821) et le gère désormais en collaboration avec l'Institut national du cancer (INCA). Ce numéro azur est à la disposition du public, tous les jours, sauf le dimanche, de 8 h à 20 h.

Elle édite également 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.



« Contre le cancer,
nous avons tous
un rôle à jouer ! »

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 des Comités départementaux.



pour la vie

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