



ligue contre le cancer

La chirurgie du cancer



Un guide de la Ligue contre le cancer



Les ligues contre le cancer en Suisse : proximité, soutien individuel, confidentialité et professionnalisme

Vous et vos proches pouvez vous appuyer sur les activités de conseil et soutien proposées gratuitement près de chez vous. Près de 100 professionnels, répartis sur plus de 60 sites en Suisse, offrent un suivi individuel et confidentiel pendant et après la maladie.

En parallèle, les ligues cantonales développent des actions de prévention auprès de la population. Objectif: diminuer les facteurs de risque qui prédisposent au développement de la maladie.

Impressum

Éditrice

Ligue suisse contre le cancer
Effingerstrasse 40, case postale, 3001 Berne
tél. 031 389 91 00, fax 031 389 91 60
info@liguecancer.ch, www.liguecancer.ch

2^e édition : direction du projet et rédaction du texte original

Nicole Maeder, MPH, spécialiste Publications,
Ligue suisse contre le cancer, Berne

Traduction

Evelyne Carrel

Révision

Jacques-Olivier Pidoux, Ligue suisse contre
le cancer, Berne

Production

Cristina Martínez, Ligue suisse contre le cancer,
Berne

Conseils scientifiques (par ordre alphabétique)

Stefanie Lacher, MScN, infirmière spécialiste
clinique en chirurgie, Stadtspital Triemli, Zurich
Prof. Dr med. Markus von Flüe, directeur de la
clinique de chirurgie et médecin-chef du service
de chirurgie générale, St. Claraspital, Bâle
Prof. Dr med. Dr h. c. Markus Weber, médecin-
chef et responsable de département, Clinique
de chirurgie viscérale, thoracique et vasculaire,
Stadtspital Triemli, Zurich

Nous remercions la personne touchée qui est inter-
venue à titre d'experte pour sa relecture attentive
du manuscrit et ses précieux commentaires.

Cette brochure est également disponible en allemand et en italien.

© 2019, 2001, Ligue suisse contre le cancer, Berne | 2^e édition revue et corrigée

Collaboratrices de la Ligue suisse contre le cancer, Berne (par ordre alphabétique)

Regula Schär, responsable du service Publica-
tions; Beate Schneider-Mörsch, enseignante de
sport diplômée, spécialiste Réadaptation et suivi

Illustrations

p. 50: pqsg.de – das Altenpflegemagazin im
Internet

Photos

Photo de couverture, pp. 4, 18, 44, 46:
shutterstock
p. 30: fotolia
p. 32: © 2017 Intuitive Surgical, Inc.

Conception graphique

Wassmer Graphic Design, Zäziwil

Impression

Jordi AG, Belp

Table des matières

- 5 Avant-propos**
- 6 Quand a-t-on recours à la chirurgie ?**
 - 6 Le choix du traitement
 - 7 La chirurgie est-elle efficace contre le cancer ?
 - 8 Thérapie dans le cadre d'une étude clinique
- 9 La planification du traitement**
 - 10 Buts visés par l'opération
- 15 Se faire opérer, oui ou non ?**
- 19 Avant l'opération**
 - 19 Hôpital ou clinique de jour ?
 - 20 La durée de l'hospitalisation
 - 20 La gestion de l'anxiété
 - 21 L'entretien avec le chirurgien
 - 24 Le jour de l'opération
- 25 L'anesthésie**
 - 25 L'entretien avec l'anesthésiste
 - 26 Les différents types d'anesthésie
 - 27 Les effets sur le cerveau
- 28 Les techniques opératoires**
 - 29 La chirurgie à ciel ouvert
 - 29 La chirurgie mini-invasive
 - 33 Les mesures de sécurité pendant l'opération
- 36 Les techniques chirurgicales complémentaires**
 - 36 Généralités
 - 36 Le traitement au laser
- 38 La cryothérapie
- 40 L'électrochirurgie
- 40 L'hyperthermie
- 45 Les risques et complications**
 - 45 Les risques généraux
 - 45 Les facteurs de risque individuels
 - 46 Les infections
 - 48 Les douleurs
 - 49 Les hémorragies
 - 49 La thrombose veineuse
- 51 Après l'opération**
 - 51 Le réveil
 - 52 Les nausées
 - 52 Les soins de la plaie
 - 53 L'alimentation
- 54 La sortie de l'hôpital et le retour au quotidien**
 - 54 La convalescence à domicile
 - 54 La suite du traitement
 - 59 La reprise de la vie de tous les jours
 - 60 Soins et soutien à domicile
 - 61 Les contrôles
 - 62 La sexualité
 - 63 Le travail
 - 64 Les séquelles et conséquences à long terme
- 68 Conseils et informations**



Chère lectrice, cher lecteur,

Pour faciliter la lecture, nous n'utilisons que la forme masculine par la suite. Nous remercions nos lectrices de leur compréhension.

La chirurgie est l'une des méthodes les plus couramment utilisées dans le traitement du cancer. Le but de l'intervention, la technique employée et les répercussions sur l'état de santé et le quotidien varient d'une personne à l'autre.

Vous trouverez dans cette brochure des informations sur les opérations pratiquées pour combattre le cancer. Elles visent à dissiper vos appréhensions en vous aidant d'une part à mieux comprendre l'intervention qui vous attend et, d'autre part, à poser les questions qui vous tracassent aux spécialistes concernés.

La Ligue contre le cancer met à votre disposition un large éventail de brochures qui fourmillent de conseils et d'informations utiles. Renseignez-vous auprès de votre ligue cantonale pour savoir si elle peut vous proposer une brochure sur le cancer dont vous souffrez.

Les professionnels à l'œuvre au sein des ligues cantonales et régionales et à la Ligne InfoCancer connaissent bien les questions qui se posent dans le cas d'un cancer et sont là pour vous conseiller et vous accompagner. Vous trouverez les coordonnées nécessaires à partir de la page 74. N'hésitez pas non plus à faire appel au soutien de votre entourage – famille, amis ou voisins.

Nos vœux les plus chaleureux vous accompagnent.

Votre Ligue contre le cancer

Quand a-t-on recours à la chirurgie ?

Le choix du traitement

La chirurgie est l'une des méthodes les plus couramment utilisées dans le traitement du cancer. On y a recours pour éliminer des tumeurs qui forment une masse (tumeurs solides), qu'elles soient bénignes ou malignes. L'intervention vise généralement la guérison (traitement curatif, voir p. 10). Les cancers du sang – la leucémie, par exemple – ou du système lymphatique – les lymphomes notamment – ne peuvent pas être opérés. On les traite au moyen de rayons (radiothérapie) ou de médicaments, ou encore en combinant ces deux types de thérapie.

La chirurgie peut également être palliative (voir p. 12). Dans ce cas, elle ne permettra pas d'obtenir la guérison, mais pourra contribuer à préserver certaines fonctions, à atténuer des symptômes ou à prévenir ou traiter des complications liées au cancer.

Parfois, lorsque l'intervention chirurgicale n'apporterait pas un bénéfice assez grand ou lorsqu'elle représente un risque trop important pour le patient, on renonce à opérer. Dans ce cas, une radiothérapie ou un traitement médicamenteux peuvent être envisagés ; ces deux méthodes thérapeutiques peuvent aussi être associées.

Le traitement est choisi en fonction du stade de la maladie, du type de

cellules et de la taille de la tumeur. L'équipe médicale se pose notamment les questions suivantes :

- Dans quel organe ou partie d'organe la tumeur est-elle logée ? La tumeur est-elle limitée à cet organe ?
- Le cancer s'est-il propagé aux ganglions lymphatiques ? A-t-il formé des métastases dans d'autres organes ?
- Est-il possible d'éliminer la tumeur au moyen d'une intervention chirurgicale ? Sera-t-il nécessaire de compléter l'opération par une chimiothérapie ou une radiothérapie ? Dans l'affirmative, ces traitements seront-ils réalisés avant ou après la chirurgie ?
- Quelles sont les caractéristiques du tissu cancéreux ?

Bien souvent, l'intervention chirurgicale ne suffit pas à elle seule pour venir à bout du cancer, de sorte qu'on la complète par d'autres traitements – une radiothérapie ou un traitement médicamenteux spécifique, par exemple une chimiothérapie.

Suivant le type de cancer et l'objectif visé, ces traitements additionnels sont administrés seuls ou combinés. Ils sont effectués tantôt avant l'opération (traitement néoadjuvant), tantôt – c'est le cas le plus fréquent – après (traitement adjuvant).

Traitement néoadjuvant

Un traitement (chimiothérapie ou radiothérapie, par ex.) est dit néoadjuvant lorsqu'il est réalisé *avant* l'opération afin de réduire la taille de la tumeur pour permettre ou faciliter son ablation complète.

Traitement adjuvant

Un traitement (chimiothérapie, radiothérapie) est dit adjuvant lorsqu'il est réalisé *après* l'intervention chirurgicale pour détruire d'éventuelles cellules cancéreuses résiduelles.

Ces traitements permettent également d'éliminer des métastases de très petite taille (micrométastases) afin de diminuer le risque de voir réapparaître la tumeur (récidive) ou de ralentir la progression de la maladie.

Le traitement est planifié en fonction de votre état général, de votre âge et de vos attentes en matière de qualité de vie.

Pour en savoir plus

Vous trouverez de plus amples informations sur la radiothérapie et les traitements médicamenteux dans les brochures de la Ligue contre le cancer (voir p. 70).

La chirurgie est-elle efficace contre le cancer ?

La chirurgie permet de traiter efficacement de nombreux types de cancer. Le chirurgien essaie systématiquement d'enlever la tumeur en entier avec une petite quantité de tissu sain tout autour pour s'assurer une marge de sécurité. Ce tissu supplémentaire est analysé au microscope. S'il ne contient pas de cellules cancéreuses, on parle de résection R0 dans le jargon médical, le terme de résection désignant l'ablation chirurgicale. Dans ce cas, le risque de réapparition du cancer (récidive) ou de formation de métastases est plus faible que s'il subsiste des cellules tumorales (résection R1 ou R2). Vous trouverez de plus amples détails sur les marges de résection à partir de la page 34.

Malheureusement, il n'est pas toujours possible de dire avec certitude si des cellules cancéreuses se sont déjà disséminées dans l'organisme. Les techniques d'imagerie médicale, comme l'imagerie par résonance magnétique (IRM, voir p. 33), ne permettent pas de déceler des micrométastases qui se transformeront peut-être en métastases par la suite. De ce fait, on préconise souvent des traitements additionnels après la chirurgie, par exemple une chimiothérapie ou une radiothérapie.

Quels facteurs influencent la réussite du traitement ?

- le type de cancer ;
- la localisation de la tumeur ;
- le stade de la maladie ;
- le fait que la tumeur ait pu – ou non – être enlevée en entier ;
- l'état de santé général ;
- l'âge du patient.

Thérapie dans le cadre d'une étude clinique

La médecine développe constamment de nouvelles approches et méthodes (autre type d'opération, nouveau médicament, etc.) en vue d'apporter un bénéfice au patient, par exemple une plus longue survie, un ralentissement de la progression de la maladie ou une meilleure qualité de vie. Les études cliniques visent à vérifier si une nouvelle forme de traitement offre un réel avantage.

Il se peut que l'on vous propose de participer à une telle étude. Vous pouvez également vous renseigner de votre propre chef sur les études en cours auprès de l'équipe médicale ou sur le site kofam.ch. Toutefois, seul un entretien avec votre médecin vous permettra de cerner les avantages et les inconvénients d'une étude clinique pour vous.

Le fait que les résultats pourraient être utiles à d'autres patients à l'avenir peut également être une motivation.

En tous les cas, la décision vous appartient entièrement. Vous êtes libre d'accepter de prendre part à une étude clinique ou de refuser et, si vous acceptez, de vous retirer à tout moment. Votre refus n'aura aucune répercussion négative sur votre traitement. Vous serez toujours soigné selon les connaissances scientifiques les plus récentes et profiterez de la meilleure prise en charge possible.

Vous trouverez de plus amples informations dans la brochure du Groupe suisse de recherche clinique sur le cancer «Thérapie anticancéreuse dans le cadre d'une étude clinique» (cf. p. 72).

La planification du traitement

Il peut s'écouler quelques jours, voire quelques semaines, jusqu'à ce que vous ayez tous les résultats de vos examens, ce qui peut mettre vos nerfs à rude épreuve. Mais plus le bilan sera complet, plus votre traitement pourra être planifié sur mesure.

Les différentes étapes du traitement sont programmées et suivies par une équipe interdisciplinaire. En d'autres termes, des experts de divers domaines évaluent la situation ensemble dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire, ou tumorboard, afin de vous proposer la thérapie la mieux adaptée à votre cas particulier.

Les opérations et autres actes chirurgicaux relèvent de différentes spécialités :

- Médecine générale : petites interventions telles que prélèvements tissulaires.
- Dermatologie : maladies de la peau.
- Gastroentérologie : maladies de l'appareil digestif.
- Gynécologie et obstétrique : maladies de la femme (organes sexuels et reproducteurs), grossesse et accouchement.
- Oto-rhino-laryngologie : opération de l'oreille, du nez et de la gorge.
- Neurochirurgie : opérations du système nerveux périphérique et central.
- Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique : reconstruction de tissus et de parties du corps.
- Chirurgie thoracique : opérations des poumons et des bronches.
- Urologie : opérations et traitement des affections des voies urinaires et des maladies génito-urinaires chez l'homme.
- Chirurgie viscérale : opérations des organes intra-abdominaux et endocriniens, comme la thyroïde ; le système endocrinien contrôle des fonctions complexes de l'organisme par l'intermédiaire d'hormones.
- Chirurgie orale et maxillo-faciale : opérations de la bouche, de la mâchoire et du visage.
- Orthopédie : blessures de l'appareil locomoteur (hanche, genou, etc.).
- Radiologie interventionnelle : cette spécialité de la radiologie permet de poser un diagnostic et de réaliser des traitements à l'aide de techniques d'imagerie médicale. Exemple : pose de petits dispositifs métalliques (les stents) lors d'un rétrécissement des voies respiratoires provoqué par une tumeur.

Buts visés par l'opération

La chirurgie du cancer ne vise pas toujours le même objectif. Celui-ci varie en fonction des résultats escomptés, de l'évolution de la maladie et de l'état général du patient. Quoi qu'il en soit, il s'agit toujours d'améliorer la situation de la personne concernée.

Les différents buts de la chirurgie sont détaillés ci-après. Avant le début du traitement, renseignez-vous auprès de votre médecin pour connaître l'objectif de l'opération programmée. Demandez-lui par exemple si celle-ci est curative ou palliative.

La chirurgie curative

La chirurgie est dite curative lorsqu'elle a pour but d'obtenir la guérison. En principe, la chirurgie curative est réservée aux cas où la tumeur peut être enlevée dans sa totalité, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a pas métastases visibles, ou uniquement des métastases qui pourront être éliminées.

Les chances de guérison sont d'autant plus grandes que le cancer est diagnostiqué et opéré aux tout premiers stades. En effet, plus la tumeur est petite lors de l'intervention, moins l'opération endommagera les tissus et les organes voisins.

Pour éliminer autant que possible toutes les cellules cancéreuses, le chirurgien retire la tumeur en entier avec une petite quantité de tissu sain tout autour afin de s'assurer une marge de sécurité (voir p. 34). Suivant le stade de la maladie, il peut être nécessaire d'enlever l'organe touché en tout ou en partie, de même que les ganglions lymphatiques voisins.

Même si tous les tissus atteints ont pu être enlevés, il faut savoir que cela ne garantit pas forcément la guérison définitive ou une rémission durable. Une récurrence est toujours possible. C'est pourquoi on envisage souvent un traitement médicamenteux ou une radiothérapie – ou les deux – avant ou après l'opération.

Curage ganglionnaire

Pour permettre la guérison, il est souvent nécessaire d'enlever également des ganglions lymphatiques lors de l'opération; on parle de curage ganglionnaire ou de lymphadénectomie. En règle générale, le chirurgien retire tous les ganglions qui sont ou pourraient être atteints. Les ganglions à enlever sont clairement définis en fonction du type de tumeur et de l'emplacement de celle-ci. Votre chirurgien vous donnera plus de précisions.

Le nombre de ganglions atteints influence la suite du traitement et le pronostic; en principe, moins il y a de ganglions touchés, plus l'évolution sera favorable.

Lorsque des cellules cancéreuses sont décelées dans les ganglions, un traitement additionnel est souvent nécessaire après l'opération, comme une radiothérapie ou une chimiothérapie. Cela permet de réduire la probabilité de voir réapparaître le cancer (récidive).

La chirurgie des métastases

Comme pour les tumeurs primitives, on utilise différentes méthodes pour traiter les métastases: chirurgie, traitement médicamenteux ou radiothérapie, seules ou combinées.

Un traitement curatif n'est en principe engagé que lorsque toutes les métastases peuvent être enlevées

en entier. Lors de métastases, une chirurgie peut cependant prolonger la survie; elle peut donc être aussi bien curative que palliative.

Pour éliminer des métastases, on a recours à la chirurgie à ciel ouvert ou à la chirurgie mini-invasive (voir p. 29). Le choix de la technique opératoire dépend du type de tissu, du nombre de métastases ainsi que de leur emplacement et de leur taille.

L'examen histologique

En présence de signes qui pourraient indiquer l'existence d'un cancer, un échantillon de tissu est prélevé dans la zone suspecte, puis examiné en laboratoire pour voir s'il contient des cellules cancéreuses ou pas. Lorsque des cellules tumorales sont découvertes, elles sont analysées afin de définir leur agressivité et d'établir leur profil biologique.

Les ganglions lymphatiques

Les ganglions lymphatiques font partie du système lymphatique, qui assure certaines tâches de défense de l'organisme, comme le filtrage des microbes et des déchets.

L'ablation de ganglions lymphatiques peut provoquer un gonflement d'une partie du corps (œdème lymphatique). Vous trouverez de plus amples informations sur le sujet à partir de la page 65, ainsi que dans la brochure « L'œdème lymphatique en cas de cancer » (voir p. 70).

Il peut arriver que l'on ne trouve pas de cellules cancéreuses dans un échantillon de tissu alors que de nombreux signes indiquent la présence d'une tumeur maligne. Dans pareil cas, une opération est néanmoins conseillée. Cette recommandation sera discutée lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (tumorboard, voir p. 9), puis avec vous.

Prélèvement de tissu ou biopsie

Pour obtenir un échantillon de tissu, une petite intervention suffit généralement. Le médecin prélève de minuscules fragments de tissu (1 à 2 mm) à travers une toute petite incision, par exemple dans le sein. Pour certaines tumeurs, il est possible d'effectuer une biopsie à l'aiguille fine sous contrôle tomodensitométrique (voir p. 33) ou échographique. Ces biopsies sont souvent réalisées ambulatoirement, de sorte que le patient n'a pas à passer la nuit à l'hôpital.

Dans d'autres situations, par exemple lors de tumeurs situées dans la cavité abdominale, le prélèvement de tissu nécessite une opération. C'est le cas lorsque la tumeur est difficilement accessible ou que l'on souhaite obtenir un échantillon de tissu relativement grand. Souvent, les ganglions lymphatiques qui pourraient être atteints sont aussi enlevés lors de cette intervention.

Pour les tumeurs de l'estomac, de l'intestin ou du poumon, la biopsie peut être réalisée dans le cadre d'une endoscopie de l'organe concerné.

La chirurgie palliative

La chirurgie est dite palliative lorsque la guérison n'est plus possible. Il s'agit alors de prévenir ou d'atténuer les complications ou les troubles occasionnés par la tumeur pour que le patient conserve une qualité de vie aussi bonne que possible.

À un stade avancé, il n'est souvent plus possible d'enlever la tumeur en entier, par exemple parce qu'elle est localisée dans un endroit difficilement accessible, qu'elle fait corps avec le tissu avoisinant ou encore parce qu'il y a déjà des métastases inopérables.

Lors d'une intervention palliative, la qualité de vie passe au premier plan. Des mesures médicales, des soins de confort et un accompagnement psychologique ou spirituel permettent d'atténuer des troubles tels que douleurs, angoisses, fatigue ou problèmes alimentaires.

La chirurgie palliative est utilisée dans de nombreuses situations, par exemple pour éviter une fracture lors de métastases osseuses ou pour prévenir des saignements ou une occlusion intestinale lors d'un cancer

de l'appareil gastro-digestif. Grâce à l'opération, la fonction des organes touchés, comme la digestion, peut être améliorée ou préservée plus longtemps.

Si votre cancer ne peut plus être guéri, réfléchissez, éventuellement avec le soutien d'un psycho-oncologue, à ce que la qualité de vie signifie pour vous. Parlez-en également à l'équipe soignante ; elle pourra ainsi adapter le traitement en fonction de vos souhaits.

La chirurgie de réduction tumorale

Il n'est pas toujours possible d'enlever la tumeur en entier. La chirurgie de réduction tumorale vise à éliminer un maximum de tissu cancéreux pour réduire la masse tumorale. Cette intervention permet d'accroître l'efficacité d'autres traitements, comme une radiothérapie ou un traitement médicamenteux. Les spécialistes parlent aussi de *debulking* (de l'anglais *bulk*, qui signifie masse) ou de cytoréduction.

La chirurgie préventive

On parle de chirurgie préventive lorsqu'une opération est pratiquée avant qu'un cancer ne survienne. Ce type d'intervention est rare. Il est surtout indiqué :

- aux stades précoces d'un cancer, par exemple en cas d'altérations

des cellules de l'utérus, de polypes intestinaux ou de modifications des voies pancréatiques dues à des kystes ;

- lorsque la probabilité qu'un cancer survienne ultérieurement est établie sur la base d'un test génétique.

Certains types de cancer présentent un caractère familial. En d'autres termes, la maladie touche plusieurs membres d'une même famille. Ce phénomène est lié à des mutations génétiques bien précises qui peuvent se transmettre héréditairement. À l'heure actuelle, on connaît plusieurs gènes qui augmentent le risque de certains cancers, comme ceux du côlon, de l'ovaire ou du sein. Vous trouverez de plus amples informations sur le sujet dans la brochure « Prédispositions héréditaires au cancer » (voir p. 71).

Les membres de la famille qui présentent un risque génétique avéré sont conseillés et soumis à des investigations approfondies, l'idée étant de voir si le gène correspondant est présent chez les proches (encore) en bonne santé. Si tel est le cas, l'ablation de l'organe dans lequel la maladie pourrait se déclarer, par exemple le sein, sera éventuellement proposée.

Avant d'opter pour une intervention aussi radicale, il convient de peser soigneusement le pour et le contre. L'ablation réduit certes nettement le risque de cancer dans l'organe concerné, mais l'apparition d'une tumeur ne peut pas être exclue à coup sûr. Par ailleurs, il faut être prêt à accepter que l'on enlève un organe sain – par exemple les deux seins – alors qu'il n'y aurait peut-être jamais eu de cancer.

La chirurgie réparatrice ou reconstructrice

Les traitements utilisés pour combattre le cancer peuvent modifier l'apparence physique et affecter certaines fonctions de l'organisme.

Le traitement d'un cancer de la bouche, par exemple, peut avoir des conséquences visibles; dans ce cas, il est possible de procéder à une correction des lèvres. Si un sein a dû être enlevé, le chirurgien peut en construire un nouveau au moyen d'implants en silicone ou d'un lambeau de tissu musculaire. La chirurgie reconstructrice permet également de retoucher des cicatrices.

Une reconstruction peut également être nécessaire à l'intérieur du corps. Un cancer de l'estomac peut nécessiter l'ablation totale ou partielle de cet organe. Un segment d'intestin grêle peut alors être utilisé pour remplacer l'estomac ou la partie d'estomac qui manque.

Se faire opérer, oui ou non ?

Le chirurgien qui vous opérera vous expliquera l'intervention prévue avec les bénéfices que vous pouvez en attendre, mais aussi les risques, pour que vous puissiez prendre votre décision en toute connaissance de cause. Les informations contenues dans cette brochure sont destinées à compléter ces indications.

Nous vous conseillons de vous faire accompagner par un de vos proches ou une autre personne de confiance lors du rendez-vous chez le chirurgien. Le mieux est de mettre vos questions par écrit chez vous pour ne rien oublier le jour de la consultation. Vous pouvez également discuter de l'opération avec votre médecin de famille ou demander un deuxième avis à un spécialiste ; c'est votre droit le plus strict et votre démarche ne sera pas considérée comme une marque de défiance.

Peut-être ressentez-vous le besoin de parler avec quelqu'un des répercussions psychiques ou sociales de la maladie ? N'hésitez pas à consulter un psycho-oncologue. Vous pourrez aborder avec lui les questions – l'angoisse, par exemple – qui sortent du cadre purement médical (voir aussi p. 68).

La décision vous appartient

Nous vous conseillons de discuter du traitement proposé avec le médecin responsable ; dans certains hôpitaux et centres de traitement, les diverses étapes thérapeutiques sont coordonnées par une personne qui s'occupe de votre suivi.

Vous pouvez poser des questions à tout moment, revenir sur une décision ou demander un temps de réflexion. Il est important que vous compreniez bien la procédure exacte ainsi que les conséquences et les effets secondaires possibles d'un traitement avant de donner votre accord. N'hésitez pas à demander des précisions si quelque chose ne vous paraît pas clair.

Vous avez également le droit de refuser un traitement. Demandez au médecin de vous expliquer comment votre cancer va évoluer si vous prenez cette décision.

Vous pouvez aussi laisser le choix du traitement aux médecins qui assurent votre prise en charge. Votre accord est cependant toujours nécessaire avant une opération ou un traitement.

Aide à la décision

Le schéma ci-après résume les principaux points à prendre en compte pour décider si vous voulez vous faire opérer ou non. Avant de le compléter, lisez les chapitres de cette brochure qui vous semblent importants. Vous pouvez aussi photocopier cette aide à la décision et l’emmener aux entretiens avec les médecins.

Commencez par remplir la moitié inférieure du schéma en partant de la rubrique « Buts de l’opération » et continuez dans le sens des aiguilles de la montre, en suivant les flèches.

Le diagramme est un cycle circulaire composé de cinq rectangles blancs à coins arrondis, reliés par des flèches bleues dans le sens des aiguilles d'une montre. Au centre du cycle se trouve un ovale bleu clair contenant le texte « Se faire opérer, ». Les sections du cycle sont :

- Bénéfices de l'opération** (en haut à gauche) : quatre lignes horizontales pour noter les avantages.
- Risques de l'opération** (en haut à droite) : quatre lignes horizontales pour noter les dangers.
- Recommandation du médecin** (à gauche) : quatre lignes horizontales pour noter l'avis du professionnel.
- Technique opératoire** (en bas à gauche) : quatre lignes horizontales pour noter les détails de la chirurgie.
- Buts de l'opération** (en bas à droite) : quatre lignes horizontales pour noter les objectifs de l'intervention.

Les flèches indiquent le chemin à suivre : de « Buts de l'opération » vers « Technique opératoire », puis vers « Recommandation du médecin », « Bénéfices de l'opération », « Risques de l'opération », et enfin vers « Buts de l'opération ».

Évolution avec l'opération

Qualité de vie après l'opération

Évolution sans l'opération

Autres possibilités ?

Ma décision

- oui
- non
- je ne sais pas encore

oui ou non ?



Avant l'opération

La période entre le diagnostic et l'intervention peut être plus ou moins longue selon les cas. Même si vous passez par des moments difficiles, essayez d'exploiter ce laps de temps pour vous préparer à l'opération en lisant par exemple les informations que vous trouverez dans les brochures de la Ligue contre le cancer ou dans la documentation que l'hôpital vous aura remise. En sachant exactement comment les choses se dérouleront lors de l'opération, vous vous sentirez plus en confiance, ce qui diminuera votre anxiété.

La période qui précède l'intervention est parfois utilisée pour améliorer l'état général, notamment sur le plan nutritionnel. Une alimentation optimale permet en effet de réduire le risque de complications. Vous trouverez de plus amples informations sur le sujet dans la brochure « Difficultés alimentaires en cas de cancer » (p. 70).

En connaissant à l'avance les suites possibles de l'intervention, vous pourrez mieux vous préparer à la phase post-opératoire. Vous pourrez vous familiariser avec les nombreuses offres à disposition et planifier l'aide dont vous aurez besoin à votre retour de l'hôpital, en programmant par exemple des soins à domicile.

La maladie peut nécessiter certaines adaptations dans votre vie professionnelle ou familiale. Elle peut venir bouleverser des projets ou des objectifs, modifier vos habitudes alimentaires, affecter votre mobilité ou votre relation de couple et votre sexualité (voir p. 62).

N'ayez pas peur d'aborder ces questions avec vos proches et d'accepter leur soutien pour ne pas avoir le sentiment d'être abandonné à vous-même durant cette période.

Hôpital ou clinique de jour ?

Certains examens indispensables avant votre opération peuvent être réalisés ambulatoirement, d'autres non. Dans ce dernier cas, vous entrerez à l'hôpital un à plusieurs jours avant la date de l'intervention. Cela vous donne la possibilité de faire connaissance avec l'équipe soignante et de vous familiariser avec le rythme de l'hôpital.

Une intervention chirurgicale peut être stationnaire ou ambulatoire :

- Si elle est stationnaire, vous passerez au minimum une nuit à l'hôpital ; il est possible que vous deviez y rester plusieurs jours ou même semaines.

- Si l'intervention est ambulatoire, vous pourrez rentrer chez vous le soir même.
- L'opération peut être pratiquée dans un hôpital, au cabinet du médecin ou dans une clinique de jour (consultation ambulatoire ou policlinique).

Par le passé, la chirurgie ambulatoire était réservée aux interventions mineures. Aujourd'hui, certaines opérations plus importantes peuvent être planifiées et réalisées dans une clinique de jour. Mais dès lors qu'une intervention se révèle complexe et nécessite un suivi intensif, le patient est hospitalisé, ce qui est le cas pour la plupart des opérations en oncologie.

La durée de l'hospitalisation

Votre médecin vous informera avant l'opération de la durée probable de votre hospitalisation. En général, celle-ci est d'une à deux semaines pour une grosse intervention en vue d'enlever une tumeur. Différents facteurs jouent un rôle, comme la technique opératoire, les complications possibles, votre état général et psychique et votre âge, ainsi que l'aide sur laquelle vous pourrez compter chez vous.

Après une grosse intervention, on conseille souvent une réadaptation ambulatoire ou stationnaire (voir p. 56).

La gestion de l'anxiété

Il est possible que vous soyez inquiet ou anxieux avant votre entrée à l'hôpital. C'est tout à fait compréhensible, et de nombreuses personnes sont dans ce cas. L'incertitude quant à ce qui vous attend, la peur de la douleur et d'éventuelles complications déclenchent très souvent des angoisses.

Il existe différents moyens pour diminuer cette anxiété. L'une des possibilités consiste à vous procurer les informations que vous jugez nécessaires. Certaines personnes ont besoin d'une foule de détails pour se sentir en sécurité; d'autres se contentent des grandes lignes du traitement. L'essentiel, c'est d'être sûr que les données dont vous disposez sont correctes. Si vous surfez sur internet en particulier, vérifiez que les informations proviennent d'une source sûre, comme la Ligue contre le cancer ou les hôpitaux. Renseignez-vous auprès de l'équipe qui vous suit sur les sites appropriés pour mieux comprendre votre cancer ou échanger avec d'autres personnes touchées.

Si vous vous en tenez aux spécialistes, vous limitez les risques.

Essayez de vous distraire et de vous détendre jusqu'à l'opération. Réfléchissez à ce qui vous a aidé dans d'autres situations difficiles – une sortie au cinéma, une balade en forêt, une discussion avec une amie; cela marchera peut-être aussi pour que l'attente vous pèse moins.

À l'hôpital, vous pourrez vous déplacer librement entre les différents examens et vous rendre à la cafétéria. Papoter au téléphone, lire, regarder un film, écouter de la musique, tout cela peut vous changer les idées. Vous pouvez aussi prendre des appareils électroniques – smartphone ou ordinateur portable – avec vous pour vous distraire. Un porte-bonheur, un petit coussin ou des photos vous aideront également à vous sentir plus à l'aise dans votre chambre d'hôpital.

Si vous avez envie d'avoir des visites, informez vos amis, voisins et collègues de travail de votre hospitalisation. Dans de nombreuses villes, il existe aussi un service de bénévoles qui effectue des visites à l'hôpital. Mais peut-être ne souhaitez-vous voir que quelques personnes qui

vous sont très proches? C'est à vous de décider.

Si vous aimeriez vous entretenir avec l'aumônier de l'hôpital ou un psycho-oncologue (voir p. 68), renseignez-vous auprès de votre médecin.

L'entretien avec le chirurgien

Cet entretien vise à vous expliquer la technique opératoire et à planifier l'intervention.

Le chirurgien vous donnera des indications sur la préparation, la réalisation et le déroulement de l'opération et vous remettra des informations écrites. Il pourra aussi faire un croquis pour vous montrer où et comment il opérera. Il vous posera des questions sur vos habitudes et votre mode de vie: tabagisme, médicaments habituels, allergies, problèmes lors d'interventions chirurgicales antérieures, etc.

Déclaration de consentement

Votre chirurgien vous fournira toutes les informations nécessaires sur l'intervention prévue. Vous pouvez lui poser des questions en tout temps. Si, après avoir bien compris tous les points importants, vous êtes d'accord avec l'opération, vous signerez une déclaration de consentement.

Posez les questions qui vous tracassent !

Questions sur l'opération

- Serai-je guéri après l'opération ? D'autres traitements seront-ils nécessaires ensuite ?
- Que puis-je attendre de l'opération proposée ? Prolonge-t-elle la vie ? Améliore-t-elle la qualité de vie ?
- Existe-t-il d'autres possibilités que l'opération proposée ?
- Le chirurgien a-t-il l'habitude d'opérer ce type de tumeur ? Cette question est importante, car l'expérience de l'équipe médicale peut avoir une influence sur l'évolution de la maladie et la qualité de vie du patient.
- Quelle technique opératoire (voir p. 28 et suiv.) sera utilisée ? Pourquoi ?
- Combien de temps devrai-je rester à l'hôpital ? Combien de fois devrai-je me rendre à l'hôpital en cas d'opération ambulatoire ?
- La caisse-maladie prend-elle en charge les coûts de l'opération ?
- À qui puis-je m'adresser si j'ai d'autres questions ?

Questions sur la préparation

- Quels examens sont prévus avant l'opération ?
- Combien de temps avant l'opération dois-je arrêter de manger et de boire ? Y a-t-il des aliments et des boissons à éviter ?
- Que puis-je faire si j'ai peur de l'opération ?
- Va-t-on me donner un calmant ou un somnifère avant l'opération ?
- Devrai-je prendre un laxatif ?

Questions sur les risques

- Quels sont les bénéfices et les risques de l'opération ?
- Quelles complications peuvent survenir pendant l'opération ?
- À quels risques ou effets secondaires dois-je me préparer ? Combien de temps ces effets dureront-ils ?
- L'opération va-t-elle affecter mon apparence ? Aurai-je une cicatrice, par exemple ? Celle-ci va-t-elle disparaître ?
- Quelles fonctions de l'organisme le traitement va-t-il affecter ? Ces troubles seront-ils passagers ou durables ? Comment y remédier ?
- Quels troubles peuvent survenir si d'autres organes sont atteints par la tumeur ou lésés durant l'intervention ?

Questions sur les suites de l'opération

- Aurai-je des douleurs ? Comment celles-ci seront-elles traitées ?
- Devrai-je prendre des médicaments pour diluer le sang (anticoagulants) après l'opération ?
- Quelles répercussions l'opération aura-t-elle sur mon quotidien, mon entourage, mon bien-être ?
- Si je renonce à me faire opérer, quelles conséquences cela aura-t-il sur mon espérance et ma qualité de vie ?

Questions sur le retour à la maison

- De quel soutien – soins à domicile, voisins, etc. – aurai-je besoin à mon retour à la maison ?
- Quels traitements complémentaires devrai-je faire le cas échéant ?
- À quel intervalle devrai-je faire des contrôles après l'opération ? Où se dérouleront-ils ?
- Une réadaptation ambulatoire ou stationnaire est-elle prévue ?

Le chirurgien vous exposera peut-être différentes options possibles pour votre opération. Parfois en effet, c'est seulement au cours de l'intervention qu'il pourra trancher entre telle ou telle façon de procéder. Il a donc besoin de votre signature pour pouvoir choisir la meilleure solution en fonction de la situation.

La décision de vous faire opérer ou non vous appartient. L'intervention ne pourra se faire que si vous avez donné votre consentement par écrit. Si vous changez d'avis après avoir signé, vous pouvez bien sûr revenir sur cette décision.

Le jour de l'opération

Si vous êtes opéré le jour même de votre admission à l'hôpital, vous devrez vous présenter tôt le matin. En cas d'opération de l'abdomen ou de l'intestin, vous recevrez un laxatif ou un lavement à prendre la veille chez vous ou à l'hôpital.

Quelques heures avant l'intervention, vous ne devez plus rien manger ni boire afin d'éviter des vomissements qui pourraient obstruer la trachée lorsque vous serez sous narcose. Si vous portez une prothèse dentaire, vous devrez l'enlever pour ne pas risquer de l'avaler.

Avant l'intervention, la région à opérer est généralement rasée. En salle d'opération, vous portez une chemise d'hôpital et vous devrez peut-être enfiler des bas de contention afin de prévenir une thrombose (voir p. 49).

Parfois, vous recevez également une coiffe pour éviter que des cheveux ne viennent souiller la plaie. Vous devrez enlever lunettes, lentilles de contact, bijoux et piercings pour ne pas introduire de microbes dans la salle d'opération.

Durée de l'opération

Une opération en vue d'enlever une tumeur dure généralement entre deux et quatre heures. Votre chirurgien pourra vous donner plus de précisions avant l'intervention. De toute façon, la durée de l'intervention ne joue qu'un rôle accessoire pour vous, car vous serez sous narcose et ferez l'objet d'une étroite surveillance pendant tout ce temps.

L'anesthésie

L'entretien avec l'anesthésiste

L'anesthésiste et son équipe jouent un rôle essentiel durant l'intervention chirurgicale. Ils vérifient que la narcose est efficace et que vous ne ressentez aucune douleur et contrôlent en permanence votre respiration, votre circulation sanguine, votre métabolisme et votre fonction rénale, de même que d'autres fonctions importantes. L'anesthésiste est prêt à réagir immédiatement en cas de problème.

L'anesthésiste vous rendra visite avant l'opération pour :

- évaluer votre état général, en particulier vos fonctions cardio-respiratoires ;
- se renseigner sur tous les médicaments que vous prenez habituellement afin d'évaluer le risque d'interactions avec les anesthésiques ;
- s'informer sur d'éventuelles allergies ou intolérances afin de prévenir toute complication ;
- connaître votre consommation d'alcool et de tabac ;
- vous expliquer les médicaments qui vous seront éventuellement administrés pour vous préparer à l'anesthésie (prémédication) ;

- discuter du type d'anesthésie envisagé ;
- vous expliquer ce qui se passera après l'intervention, comme le séjour en salle de réveil ou aux soins intensifs ;
- répondre à vos questions.

Si vous avez fait de mauvaises expériences lors de narcoses antérieures, signalez-le à l'anesthésiste, notamment si vous avez eu des nausées. Il existe des médicaments qui permettent de diminuer sensiblement ce problème et qui peuvent vous être administrés à titre préventif.

Si vous avez peur de la narcose, dites-le également à l'anesthésiste. Il saura comment gérer votre anxiété. Demandez-lui de vous expliquer le déroulement de l'opération de A à Z, depuis le moment où vous quitterez votre chambre jusqu'à celui où vous vous réveillerez. En sachant précisément ce qui vous attend, vous vous sentirez plus en confiance. Si vous êtes très angoissé, on vous administrera un calmant avant l'intervention.

Les différents types d'anesthésie

On distingue trois types d'anesthésie :

- l'anesthésie locale ;
- l'anesthésie régionale ;
- l'anesthésie générale.

L'anesthésie locale

Elle consiste à insensibiliser uniquement une petite partie du corps. On l'utilise par exemple pour des biopsies cutanées. Le patient reste conscient pendant l'intervention.

L'anesthésie régionale

Elle consiste à endormir une plus grande zone du corps. La péridurale en est un exemple : un anesthésique local est injecté dans le dos au moyen d'un cathéter introduit dans le canal rachidien en-dessous de la moelle épinière. La péridurale rend le bas-ventre et les jambes insensibles à la douleur. Elle est utilisée aussi bien à des fins d'anesthésie que d'antalgie (traitement de la douleur, voir p. 48). Dans de très rares cas, elle peut provoquer un hématome.

Sédatifs

En cas d'anesthésie locale ou régionale, il est possible d'administrer un calmant (sédatif) qui entraîne une somnolence pendant l'opération, de sorte que le patient n'est pas

pleinement conscient. Ces médicaments peuvent entraîner des trous de mémoire après l'opération et un état de conscience diminué.

L'anesthésie générale

Une anesthésie générale entraîne :

- une perte de connaissance : tant que vous êtes « endormi », vous n'entendez et ne percevez rien de ce qui se passe autour de vous ;
- une perte de la sensibilité à la douleur (antalgie) ;
- un relâchement de la musculature (relaxation musculaire) : le corps est complètement détendu et immobile, ce qui permet au chirurgien de travailler avec précision.

En oncologie, la plupart des interventions se font sous anesthésie générale, car elles touchent principalement les zones ORL (gorge, nez, oreilles), pulmonaire et abdominale.

Les fonctions cardio-respiratoires, l'oxygénation du sang, le pouls, la tension artérielle et la température corporelle sont contrôlés en permanence pendant toute la durée de l'anesthésie. Lors d'une anesthésie générale « profonde », une assistance respiratoire est mise en place.

Les effets sur le cerveau

Les premiers jours après une opération importante, un grand nombre de personnes n'ont que des bribes de souvenirs. L'anesthésie, le demi-sommeil et les phases de veille se confondent, même si le patient répond la plupart du temps quand on lui parle. La récupération est souvent plus lente chez les personnes âgées.

L'anesthésie et l'opération peuvent provoquer un déséquilibre au niveau des neurotransmetteurs dans le cerveau, ce qui a pour effet d'altérer les performances cognitives.

Certains patients éprouvent alors une confusion passagère, notamment les personnes âgées, pour qui une hospitalisation et une opération peuvent être particulièrement éprouvantes. En général, ces troubles disparaissent au bout de quelques jours. Si nécessaire, ils peuvent être traités par des médicaments.

Les techniques opératoires

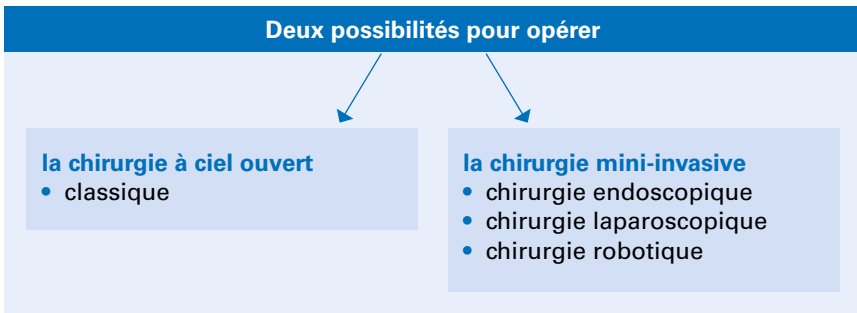
En oncologie, la plupart des opérations visent à retirer la tumeur en entier avec une certaine marge de sécurité (voir p. 34) tout en intervenant au minimum dans les tissus voisins. On distingue principalement deux techniques opératoires: la chirurgie à ciel ouvert et la chirurgie mini-invasive.

La chirurgie à ciel ouvert est aussi qualifiée de chirurgie classique. La chirurgie mini-invasive, quant à elle, regroupe diverses interventions, comme la chirurgie endoscopique, laparoscopique ou robotique.

Plusieurs éléments sont déterminants pour le choix de la technique opératoire:

- Quelle technique offre les meilleures chances de succès pour un cancer particulier?
- Où est située la tumeur?
- Quelle est son étendue?
- Quelles sont les habitudes et l'expérience du chirurgien?

Lorsque l'opération a une visée curative (voir p. 10), la chirurgie à ciel ouvert ou la chirurgie mini-invasive sont les techniques de premier choix. Si la tumeur ne peut pas être extirpée dans sa totalité, d'autres méthodes peuvent être envisagées (voir p. 36), par exemple un traitement au laser.



La chirurgie à ciel ouvert

Pour les interventions à ciel ouvert, le chirurgien pratique une incision de 5 à 20 centimètres à travers la peau et les tissus sous-jacents pour accéder à l'endroit à opérer.

Avantages

- L'équipe chirurgicale a une bonne vue d'ensemble de la tumeur et des organes voisins.
- Les grosses tumeurs sont plus faciles à retirer qu'avec la chirurgie mini-invasive.
- Cette technique est également possible pour les tumeurs au stade avancé, qui ont déjà infiltré le tissu voisin.

Inconvénients

- La récupération est plus longue.
- L'opération laisse une cicatrice.
- Le risque d'infection de la plaie est plus grand dans certains cas.

La chirurgie mini-invasive

La chirurgie mini-invasive est également connue sous plusieurs autres noms :

- chirurgie micro-invasive
- chirurgie endoscopique (voir p. 30);
- chirurgie laparoscopique (voir p. 31);
- chirurgie robotique, ou assistée par robot (voir p. 32);

Lors d'une opération mini-invasive, le chirurgien introduit les instruments qu'il utilisera dans le corps à travers de petites incisions ou un orifice naturel. Ceux-ci sont pourvus à leur extrémité d'une caméra qui retransmet des images sur un écran, ce qui permet au chirurgien de contrôler la situation en permanence.

Avantages

- La chirurgie mini-invasive donne souvent de bons résultats pour les petites tumeurs ou les tumeurs au stade précoce.
- Le patient a besoin d'une moins grande quantité d'antalgiques forts; il récupère plus vite après l'intervention et doit être hospitalisé moins longtemps que lors d'une opération à ciel ouvert.

Inconvénients

- Suivant l'emplacement de la tumeur, l'accès peut être difficile avec ce type de chirurgie.
- La chirurgie mini-invasive n'est pas recommandée lorsque la tumeur a formé des métastases.
- Elle n'est souvent pas possible pour les tumeurs de grande taille.

Grâce aux progrès de la médecine, les interventions mini-invasives sont de plus en plus courantes en oncologie. Dans certaines situations, il peut toutefois être nécessaire de passer à une chirurgie à ciel ouvert en cours d'intervention.

La chirurgie endoscopique

La chirurgie endoscopique, qui constitue une technique mini-invasive, consiste à introduire dans l'organisme un tuyau souple ou rigide (endoscope) muni de petits instruments, d'un système d'éclairage et d'une mini-caméra. L'endoscope est inséré soit par un orifice ou une cavité naturelle (conduit auditif, bouche, anus, vagin, pénis), soit par de petites incisions à travers la peau. Lorsqu'un orifice naturel peut être utilisé pour faire passer l'endoscope, l'opération ne laisse pas de cicatrice.

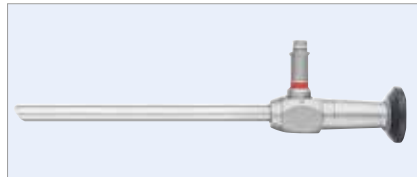
L'endoscopie est utilisée aussi bien à des fins de diagnostic que de traitement, par exemple pour éliminer

des lésions précancéreuses de l'intestin (polypes).

Le choix de l'endoscope – souple ou rigide – dépend de l'organe concerné. On emploie par exemple un endoscope rigide pour une laparoscopie (endoscopie de l'abdomen) et un endoscope souple pour une bronchoscopie (voir tableau).

Exemple : la chirurgie laparoscopique

Une laparoscopie est une endoscopie de l'abdomen. L'endoscope est introduit dans la cavité abdominale par des incisions de 0,5 à 1 cm



Endoscope rigide



Endoscope souple

Les différents types d'endoscopie

Le tableau ci-après répertorie différents types d'endoscopie. Ceux-ci sont nommés d'après la structure ou l'organe concerné. Une endoscopie du côlon (gros intestin), par exemple, s'appelle une coloscopie dans le jargon médical.

Région du corps	Terme médical
Pharynx	Pharyngoscopie
Larynx	Laryngoscopie
Cavité abdominale	Laparoscopie (du grec <i>lapara</i> , flanc) ou coélioscopie (du grec <i>koilia</i> , creux, ventre)
Œsophage	Œsophagoscopie
Estomac	Gastroskopie (du grec <i>gastros</i> , ventre, estomac)
Côlon, rectum	Coloscopie, rectoscopie
Duodénum	Duodénoscopie
Vessie	Cystoscopie (du grec <i>kustis</i> , vessie)
Vagin et col de l'utérus	Colposcopie (du grec <i>kolpos</i> , vagin)
Trachée et poumon (bronches)	Bronchoscopie

de long pratiquées dans la paroi abdominale. Le chirurgien gonfle ensuite le ventre avec un gaz inoffensif (CO₂), ce qui crée un espace qui lui permet de mieux voir le champ opératoire et de travailler. Il opère en s'aidant des images retransmises par la mini-caméra sur un écran.

La laparoscopie est utilisée par exemple lors de cancers de l'utérus, du côlon et du rectum ainsi que de la prostate. Pour ces tumeurs, les résultats de l'intervention laparoscopique sont comparables à ceux d'une chirurgie à ciel ouvert.

Chirurgie robotique

Dans la chirurgie robotique, le chirurgien est assisté par un robot lors de l'endoscopie. Assis devant une console de commande, il réalise l'intervention avec les bras du robot.

La chirurgie robotique permet une vision tridimensionnelle du champ opératoire. Les bras du robot offrent une très grande mobilité, notamment lorsque l'espace est restreint.

L'opération reste bien sûr toujours sous le contrôle du chirurgien, le robot ne faisant que suivre ses instructions.

La chirurgie robotique est parfois utilisée pour le traitement de cancers du côlon, de la prostate, du rein ou de l'utérus. À l'heure actuelle, il n'est pas possible de dire avec certitude si cette technique supplantera l'opération classique à long terme.



Les mesures de sécurité pendant l'opération

Les techniques d'imagerie médicale

Des techniques d'imagerie médicale sont utilisées avant, pendant et après l'opération. Durant l'intervention, elles aident le chirurgien à se repérer, par exemple pour déterminer l'emplacement exact de la tumeur. Les techniques utilisées diffèrent selon l'organe ou la région du corps à opérer. Les plus couramment employées sont l'échographie, la tomodensitométrie (scanner) et la radioscopie, plus rarement l'imagerie par résonance magnétique (IRM).

L'échographie

L'échographie est une technique indolore qui ne présente aucun risque. Elle utilise des ultrasons qui sont réfléchis par les structures corporelles et transformés en images par un ordinateur. Elle permet de visualiser les différentes couches et les divers types de tissus ainsi que leurs modifications. Souvent utilisée à des fins diagnostiques, elle peut également être employée comme méthode de traitement (voir page 42).

Le scanner (tomodensitométrie, CT-scan)

Le scanner est une technique radiologique spécifique. Une source de rayonnements tourne autour du

corps et prend une multitude de clichés sous différents angles. Un système de traitement électronique permet de reconstituer des images en deux ou trois dimensions sur un écran. Le scanner permet de visualiser les structures de l'organisme et des organes par couches et de déterminer précisément l'emplacement, la taille et l'étendue de la tumeur.

La radioscopie

La radioscopie, aussi appelée fluoroscopie, est une autre technique d'imagerie basée sur l'emploi de rayons X. Elle produit une série d'images qui permet de visualiser des processus à l'intérieur du corps. Contrairement à la radiographie classique, qui donne uniquement une image statique, elle livre des images dynamiques.

La radioscopie peut être réalisée avec ou sans produit de contraste. Ce dernier est utilisé par exemple lorsqu'il est nécessaire d'examiner la fonction gastro-intestinale au cours de l'opération.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM)

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) fournit des images en coupe de l'organisme. Elle est basée sur l'émission de signaux électromagnétiques qui sont captés et convertis en images.

Le scanner TEP-TDM

Le scanner TEP-TDM, plus connu sous son nom anglais de PET-scan, est un examen d'imagerie qui combine deux techniques: la tomographie par émission de positrons (TEP) et la tomodensitométrie (TDM). La TEP permet de visualiser l'activité métabolique, celle-ci étant nettement plus intense dans les cellules cancéreuses que dans les tissus sains.

Les listes de contrôle

Des listes de contrôle sont utilisées pour accroître la sécurité du patient lors de l'intervention chirurgicale. Avant l'opération, l'équipe chirurgicale vérifie par exemple l'identité du patient et le site à opérer; elle contrôle également s'il y a des allergies dont il faut tenir compte. Pendant l'opération, elle dresse le procès-verbal de l'intervention en notant son déroulement, les éventuelles pertes de sang ou la survenue de complications. Pour diminuer le risque que des compresses ou instruments restent dans le corps, ceux-ci sont comptés minutieusement à la fin de l'opération.

Les décisions en cours d'intervention

Les techniques d'imagerie médicale et d'exploration visuelle (endoscopie), de même que les prélèvements tissulaires (biopsies) donnent déjà de précieuses indications sur la localisation, l'étendue et la nature de la

tumeur avant l'opération. Il arrive cependant que le chirurgien découvre de nouveaux éléments en cours d'intervention, par exemple des métastases ou une tumeur plus grosse que prévu, ou qu'il doive pratiquer au dernier moment une dérivation intestinale dans le cas d'un cancer du côlon.

Les décisions peropératoires (c'est-à-dire prises pendant l'opération) ne sont jamais faciles. Le chirurgien vous demandera par conséquent votre accord avant l'intervention pour le cas où il devrait pratiquer une plus grosse opération ou procéder autrement que ce qui était prévu à l'origine.

L'examen de la marge de sécurité

Après l'intervention, la pièce opératoire est analysée par l'anatomopathologiste. Celui-ci examine au microscope si le tissu cancéreux a pu être enlevé complètement ou non. L'opération vise généralement à retirer toute la tumeur avec une petite quantité de tissu sain tout autour pour s'assurer une marge de sécurité. Celle-ci est de 5 à 10 millimètres environ selon le type de tumeur. Malheureusement, il n'est pas toujours possible d'enlever la tumeur complètement avec une marge de sécurité assez grande car il faut éviter d'endommager des fonctions ou des organes vitaux.

Les résultats de la résection (ablation de la tumeur) sont classés comme suit, la lettre R se référant à la tumeur résiduelle, c'est-à-dire aux cellules cancéreuses qui subsistent dans le tissu après l'opération.

R0 = la tumeur a été enlevée complètement.

R1 = des cellules cancéreuses sont visibles dans les marges au microscope.

R2 = il reste du tissu cancéreux visible à l'œil nu.

Lors d'une résection R1 ou R2, le risque de voir réapparaître la tumeur (récidive) est nettement plus élevé. Une nouvelle résection ou un autre traitement (traitement médicamenteux, radiothérapie) peuvent alors être nécessaires.

Risque de dissémination de cellules cancéreuses

Les patients craignent parfois que la biopsie ou l'opération n'entraîne une dissémination des cellules cancéreuses dans un autre endroit du corps où elles pourront se fixer et former des métastases. Des études ont toutefois montré que ce risque ne concerne que quelques rares types de tumeurs. Votre médecin vous informera le cas échéant avant l'intervention des mesures préventives qui seront mises en place.

Pour réduire le risque de dispersion des cellules cancéreuses, différentes techniques sont utilisées selon le type d'intervention et de cancer :

- Résection en bloc : cette technique consiste à enlever la tumeur et les organes ou ganglions lymphatiques voisins en même temps, en un seul morceau.
- Technique *no touch* : le chirurgien ne touche pas la tumeur et évite ainsi la dissémination de cellules cancéreuses.
- Techniques de biopsie spécifiques : pour les tumeurs qui présentent un risque de dissémination, l'aiguille n'est pas piquée directement dans le tissu lors de la biopsie, mais tirée à travers une canule aussi fine que possible. Si l'échantillon prélevé contient des cellules cancéreuses, le chirurgien n'enlèvera pas seulement la tumeur lors de l'opération, mais aussi du tissu tout le long du trajet de la biopsie.
- Biopsie échoguidée : cette technique est utilisée par exemple pour les tumeurs situées dans la partie supérieure de l'appareil gastro-intestinal. Dans le jargon médical, on parle d'échoendoscopie.

Les techniques chirurgicales complémentaires

Généralités

Les techniques chirurgicales complémentaires sont utilisées lorsqu'une opération à ciel ouvert (voir p. 29) ne peut pas être réalisée. Elles sont souvent appliquées en deuxième intention, car elles ne permettent un traitement efficace que pour un petit nombre de cancers.

On y a par exemple recours lorsque l'état de santé du patient s'oppose à une chirurgie ouverte ou lorsque d'autres traitements n'ont eu qu'un succès limité. Pour certains types de cancer, ces méthodes peuvent contribuer à améliorer la qualité de vie.

On range dans cette catégorie le traitement au laser, la cryothérapie, l'électrochirurgie et l'hyperthermie. Beaucoup sont des interventions mini-invasives, moins éprouvantes pour le patient qu'une opération à ciel ouvert.

Le traitement au laser

Qu'est-ce que le laser ?

Un laser est un faisceau lumineux extrêmement puissant. Alors qu'une ampoule électrique émet une lumière composée de différentes longueurs d'ondes dans toutes les directions, le laser, lui, a une longueur d'ondes spécifique et ses rayons sont focalisés sur un point précis. Il est tellement puissant qu'on l'utilise pour travailler le fer et le diamant.

Pour quels cancers le traitement au laser est-il utilisé ?

La chirurgie au laser est utilisée en oncologie lorsqu'il est nécessaire d'intervenir avec une extrême précision dans une très petite zone ou lorsqu'il faut sectionner des tissus. Elle permet de détruire des tumeurs ou des lésions précancéreuses ou d'en réduire la taille.

Des résultats moins bons à long terme

Toutes ces techniques présentent un inconvénient : leur efficacité ne peut pas être déterminée en examinant les marges de sécurité (voir p. 34). En règle générale, elles donnent de moins bons résultats à long terme que l'ablation chirurgicale.

Le laser est employé pour des tumeurs superficielles des organes internes ou de la peau, comme certains types de cancers cutanés (carcinomes basocellulaires), des stades précoces du cancer de l'utérus, du pénis ou du poumon. Il permet également de détruire des tumeurs qui rétrécissent la trachée ou l'œsophage ou d'en diminuer le volume.

La chirurgie au laser est également utilisée pour retirer des excroissances sur la muqueuse gastro-intestinale (polypes) ou des tumeurs qui, en grandissant, rétrécissent ou obstruent le côlon ou l'estomac.

Autres applications possibles

En cas de douleurs, le chirurgien peut utiliser le laser pour sceller des terminaisons nerveuses. Il peut aussi traiter les voies lymphatiques pour diminuer une enflure (œdème lymphatique) ou limiter la dissémination des cellules cancéreuses par l'intermédiaire de la lymphe.

Réalisation

Le traitement au laser est généralement appliqué directement à l'endroit souhaité, le laser étant glissé dans un endoscope souple (voir p. 30). Par rapport à une chirurgie ouverte, il présente les avantages et les inconvénients ci-après.

Avantages

- Le traitement au laser est extrêmement précis. Il entraîne moins de douleurs après l'intervention et moins de saignements, d'enflures et de cicatrices.
- Il dure moins longtemps qu'une chirurgie ouverte.
- Le risque d'infection est faible.

Inconvénients

- Le traitement au laser est cher et nécessite une infrastructure plus importante que la chirurgie ouverte.
- Il requiert des mesures de sécurité importantes.
- Il doit parfois être répété car son effet se dissipe rapidement.

La thérapie photodynamique

La thérapie photodynamique est une forme de traitement au laser. Elle est utilisée dans le traitement de cancers de l'œsophage, du poumon et de la peau.

Réalisation

Dans un premier temps, les cellules cancéreuses sont rendues sensibles à la lumière (photosensibilisation). Pour ce faire, une substance active est injectée dans le sang ou appliquée sur la peau. Elle s'accumule dans les cellules cancéreuses et les rend photosensibles. La zone à traiter est ensuite exposée au rayonnement laser.

La substance active emmagasinée dans les cellules tumorales absorbe la lumière froide du laser, ce qui entraîne la production d'une forme agressive d'oxygène qui détruit les cellules cancéreuses.

Effets indésirables

La thérapie photodynamique peut entraîner une photosensibilité : la peau et les yeux peuvent rester sensibles à la lumière jusqu'à six semaines environ après le traitement. Durant cette période, il convient d'éviter le rayonnement solaire direct et les éclairages intérieurs intenses. Le port de lunettes de soleil, de gants et d'un masque pour le visage peut être nécessaire pendant ce laps de temps pour éviter des rougeurs cutanées importantes et des lésions. L'équipe soignante vous conseillera le cas échéant.

D'autres effets secondaires peuvent apparaître : toux, troubles de la déglutition, maux d'estomac ou essoufflement. Ils varient selon l'endroit du corps traité et sont généralement transitoires.

La cryothérapie

Qu'est-ce que la cryothérapie ?

La cryothérapie, aussi appelée cryoablation ou cryochirurgie, consiste à appliquer de l'azote ou de l'argon (un gaz rare) pour geler les cellules cancéreuses.

Pour quel cancer la cryothérapie est-elle utilisée ?

La cryothérapie peut être utilisée dans les cas ci-après :

- cancers de la prostate au stade précoce, c'est-à-dire tumeurs limitées à la prostate ;
- certaines tumeurs de la rétine chez l'enfant ;
- lésions cutanées précancéreuses ;
- stades précurseurs du cancer du col de l'utérus ;
- tumeurs osseuses bénignes ou malignes au stade précoce ;
- résultats insuffisants apportés par d'autres traitements ;
- tumeurs inopérables.

Réalisation

Application externe

Pour traiter les tumeurs externes (tumeurs de la peau, par ex.), l'azote liquide est appliqué au moyen d'un coton-tige ou vaporisé à l'aide d'un spray. Les cellules cancéreuses se détachent et une croûte se forme.

Application interne

Pour traiter des tumeurs à l'intérieur du corps, on utilise une sonde (cryo-sonde) pour amener le froid jusqu'à l'endroit souhaité. Celle-ci est introduite à travers de petites incisions dans la peau ou au cours d'une opération. Le chirurgien se repère à l'aide d'une IRM, d'un scanner ou d'une échographie (voir p. 33) pour placer la sonde à l'emplacement exact de la tumeur et contrôler le processus. Des cristaux de glace se forment à l'extrémité de la sonde et gèlent les cellules cancéreuses. Le guidage sous échographie ou IRM permet d'éviter d'endommager le tissu sain.

Après la cryothérapie, le tissu traité dégèle et est éliminé naturellement par l'organisme.

Avantages

Les avantages de la cryothérapie par rapport à une opération à ciel ouvert sont les mêmes que ceux d'une chirurgie mini-invasive (voir p. 29), comme une hospitalisation plus courte. La cryoablation est indiquée chez les personnes qui ne peuvent pas subir une opération classique en raison de leur âge ou de leur état de santé, notamment parce qu'elle ne nécessite souvent qu'une anesthésie locale.

Inconvénients

Les effets secondaires varient selon l'endroit traité par cryothérapie :

Prostate : les hommes qui ont eu une radiothérapie au préalable ont un risque accru d'impuissance et d'incontinence passagère après la cryothérapie.

Col de l'utérus : la cryothérapie peut entraîner des crampes, des douleurs et des saignements.

Stades précurseurs et précoces de *cancers de la peau* : formation de tissu cicatriciel, enflure, troubles de la sensibilité si un nerf a été lésé.

Tumeurs osseuses : si le tissu osseux est endommagé, cela peut entraîner une fracture.

Les effets secondaires à long terme de la cryothérapie sont encore mal connus.

L'électrochirurgie

L'électrochirurgie consiste à produire de la chaleur au moyen d'un courant électrique pour détruire les cellules cancéreuses. Elle nécessite un courant à haute fréquence et est utilisée par exemple pour traiter certains cancers du col de l'utérus, du pénis ou de la peau. Elle comporte certains risques tels que décharges électriques et brûlures.

L'hyperthermie

Qu'est-ce que l'hyperthermie ?

L'hyperthermie utilise la chaleur pour endommager les cellules cancéreuses, qui sont ensuite éliminées par l'organisme. Elle peut aussi rendre les cellules malignes plus sensibles à d'autres traitements et accroître ainsi l'efficacité d'une radiothérapie ou d'une chimiothérapie dans certains cas, comme le montrent plusieurs études. De nombreuses questions restent toutefois ouvertes ; on ne sait par exemple pas clairement pour quels types de cancer ou quels stades de la maladie l'hyperthermie est indiquée. Au cas où cette thérapie serait envisagée chez vous, le médecin tirera au clair la question du remboursement par l'assurance-maladie avant le traitement.

Pour quels cancers l'hyperthermie est-elle utilisée ?

L'hyperthermie peut être utilisée dans les situations suivantes :

- lorsque d'autres traitements n'ont pas donné de résultats suffisants ;
- lorsqu'une tumeur ne peut pas être opérée ;
- lors de tumeurs au stade avancé.

L'hyperthermie locale

Elle est utilisée pour traiter des tumeurs et des métastases situées directement sous l'épiderme, par exemple des métastases des ganglions de la gorge ou des récidives de cancer du sein et de mélanome.

L'hyperthermie régionale ou globale

Elle consiste à augmenter la température de plus grandes surfaces du corps (hyperthermie régionale) ou du corps tout entier (hyperthermie globale). On l'utilise par exemple pour des sarcomes des tissus mous au niveau des bras ou des jambes, pour le cancer du pancréas ou des tumeurs du rectum.

Réalisation

De la chaleur est introduite dans le corps à un endroit précis (hyperthermie locale), dans une région spécifique (hyperthermie régionale) ou

dans tout le corps (hyperthermie globale). Cette chaleur est produite de différentes manières, la principale étant l'emploi d'ondes électromagnétiques (ultrasons, ondes radio ou micro-ondes). Elle est généralement appliquée au moyen de coussins chauffants, de sondes ou d'aiguilles fines.

Avantages

L'hyperthermie est précise et n'endommage que peu le tissu sain. Dans certains cas, elle permet d'atténuer les troubles occasionnés par la tumeur et peut contribuer à diminuer la taille de celle-ci ou à en ralentir la croissance. Ces effets ne sont toutefois que passagers.

Inconvénients

Effets secondaires locaux

Le tissu sain peut surchauffer, ce qui entraîne des rougeurs, des douleurs et, plus rarement, des brûlures.

Effets secondaires généraux

Une hyperthermie globale peut surcharger le système cardiovasculaire. Si l'état général du patient n'est pas bon, l'équipe médicale vérifiera si une hyperthermie peut être envisagée ou non.

Les différentes méthodes d'hyperthermie

L'ablation par radiofréquence

Cette méthode est une forme d'hyperthermie locale couramment utilisée. Une sonde amène des ondes radio jusque dans la tumeur. Celle-ci est « brûlée » par la chaleur dégagée, qui atteint 50 à 100 degrés Celsius. La sonde reste dans la tumeur entre 10 et 30 minutes. La température lors d'une ablation locale par radiofréquence est plus élevée que lors d'une hyperthermie régionale.

Cette technique est utilisée lorsqu'une opération conventionnelle serait trop éprouvante pour le patient. Elle est employée lors de cancers du foie, du rein ou du poumon. Son utilisation dans le traitement d'autres tumeurs est évaluée dans le cadre d'études.

La chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale (CHIP)

Cette technique consiste à administrer une solution chimiothérapeutique préalablement chauffée dans une partie de la cavité abdominale afin de rincer celle-ci après l'ablation d'une tumeur du pancréas, de l'ovaire ou de l'estomac. La CHIP peut également être utilisée à des fins palliatives en cas d'ascite (accumulation de liquide dans l'abdomen) ou de risque d'occlusion intestinale.

Le traitement dure entre 30 et 90 minutes. La solution est chauffée à 42 degrés Celsius environ et administrée sous anesthésie générale, juste après la chirurgie; le patient est ensuite sous surveillance dans une unité de soins intensifs. La CHIP est réalisée uniquement dans le cadre d'études.

L'ablation par micro-ondes

Cette technique consiste à insérer une sonde à travers la peau pour diriger des micro-ondes directement sur le tissu cancéreux. La chaleur dégagée détruit les cellules cancéreuses, qui sont ensuite éliminées par l'organisme. Ce traitement est efficace lors de métastases pulmonaires.

Il peut être réalisé en mode ambulatoire et n'a pratiquement pas d'effets secondaires. L'un de ses avantages est qu'il ne nécessite pas d'anesthésie générale, juste une narcose locale. Des études sont en cours pour voir si ce traitement est également efficace lors de métastases dans le foie.

Le traitement par ultrasons

Les ultrasons peuvent être utilisés comme technique d'imagerie médicale pendant l'opération (échographie), mais aussi pour traiter un cancer, par exemple avec des ultrasons focalisés de haute intensité (HIFU). Leur emploi à des fins thérapeutiques n'est pas encore très répandu et peut être proposé dans le cadre d'études.

Les ultrasons focalisés de haute intensité constituent une option possible dans le traitement de cancers de la prostate. Les ultrasons chauffent les cellules cancéreuses à une température de 70 à 100 degrés Celsius, ce qui en perturbe le fonctionnement. Des études sont en cours pour voir si les ultrasons sont aussi efficaces pour combattre d'autres types de cancer.

L'hyperthermie en médecine complémentaire

L'hyperthermie est également utilisée en médecine complémentaire. Le non-respect de standards minimaux dans ce domaine, notamment au niveau des mesures de sécurité, peut constituer un problème. Il est impératif de se renseigner soigneusement sur le thérapeute et sur la qualité du traitement avant de recourir à cette méthode.

Un grand nombre de personnes touchées par le cancer ont recours à des méthodes issues de la médecine complémentaire en plus de leur traitement classique. Vous trouverez de plus amples informations sur le sujet dans la brochure « Les médecines complémentaires » (voir p. 70).



Risques et complications

Des complications peuvent survenir lors de n'importe quelle opération ; le risque zéro n'existe malheureusement pas. À l'heure actuelle, on dispose toutefois d'un large éventail de possibilités pour prévenir les problèmes ou, tout au moins, pour les déceler rapidement afin de prendre les mesures qui s'imposent.

Les risques généraux

La pneumonie, la thrombose veineuse et l'embolie pulmonaire sont les complications les plus fréquentes après une opération. Les informations que vous trouverez dans les pages qui suivent vous montrent ce que vous pouvez faire vous-même pour diminuer ces risques.

Les complications lors d'une intervention chirurgicale ou d'une anesthésie sont devenues plus rares.

Qu'il s'agisse des techniques opératoires et de surveillance ou des méthodes pour stopper les hémorragies et prévenir les infections, le niveau est élevé en Suisse, ce qui contribue à réduire bien des risques.

Les facteurs de risque individuels

La probabilité que des complications surviennent pendant ou après l'opération dépend de différents facteurs, comme l'endroit à opérer, la durée de l'intervention et l'anesthésie, mais aussi de paramètres individuels tels que :

- l'âge ;
- les pathologies existantes, telles que maladies cardiovasculaires et pulmonaires ou diabète ;
- le tabagisme ;
- la consommation d'alcool ;
- un surpoids important ;
- des carences alimentaires et une insuffisance pondérale.

Arrêt du tabac

Si vous fumez, il est bon d'arrêter un à deux mois avant l'opération afin de réduire le risque de problèmes respiratoires et d'infections et de favoriser la cicatrisation. Faites appel à un soutien assez tôt pour y parvenir. Des substituts nicotiques, de même que les conseils professionnels gratuits de la Ligne stop-tabac au 0848 000 818 peuvent vous apporter une aide précieuse pour en finir avec la cigarette.

Les infections

Les infections, qu'elles touchent les voies urinaires, les poumons, la plaie ou le sang, peuvent avoir différentes causes.

Les personnes dont le système immunitaire est affaibli, par exemple à la suite du cancer et de ses traitements, sont plus sensibles aux infections. La peau et les muqueuses, qui constituent normalement une barrière contre les agents pathogènes, remplissent alors moins bien leur office. Des carences alimentaires, un surpoids et le tabagisme augmentent également le risque d'infection. À l'hôpital, des germes peuvent être véhiculés par les patients, le personnel ou les visiteurs. S'il est impossible d'éviter toutes les infections nosocomiales, c'est-à-dire contractées lors d'un séjour à l'hôpital, on peut réduire le risque de contamination en respectant les mesures d'hygiène préconisées.

L'utilisation excessive et en partie incorrecte d'antibiotiques peut entraîner des résistances; le traitement des germes concernés est alors particulièrement difficile.

Comment prévenir les infections ?

- Lavez-vous régulièrement les mains.

- Soignez méticuleusement votre peau et veillez à une bonne hygiène bucco-dentaire pour éviter les inflammations et les infections.
- N'enlevez jamais le pansement vous-même et ne touchez pas la plaie sans consulter le personnel soignant; vous trouverez de plus amples informations à la page 52.
- Protégez la plaie contre la saleté et d'autres facteurs externes, comme le soleil et la pression, jusqu'à complète cicatrisation.

Renseignez-vous auprès de l'équipe soignante sur les mesures à observer dans votre cas particulier. Celles-ci varient en fonction du traitement que vous recevez en complément à l'opération.

Infections de la plaie

La plaie peut s'infecter à l'hôpital ou après une intervention ambulatoire. Les symptômes possibles sont les suivants :

- une rougeur prononcée;
- des douleurs;
- une plaque chaude;
- du liquide s'écoulant de la plaie, du pus;
- éventuellement de la fièvre;
- éventuellement une plaie mal-odorante.

Informez l'équipe soignante si vous observez l'un ou l'autre de ces symptômes. En l'absence de traitement, l'infection peut se propager à d'autres tissus. Les bactéries peuvent aussi passer dans le sang, se disséminer dans tout l'organisme et provoquer une septicémie.

Pour soigner une infection, on désinfecte la zone concernée et/ou on administre des antibiotiques sous forme de pommade, de comprimés ou en perfusion. L'immobilisation de la partie du corps concernée peut entraîner une amélioration rapide. Lorsqu'il y a du pus, il est nécessaire de rouvrir la plaie. Parfois, on la laisse ensuite ouverte pour mieux pouvoir la surveiller jusqu'à ce qu'elle se referme d'elle-même. La présence d'une plaie ouverte n'est pas dangereuse, mais elle peut être pénible, car le processus de cicatrisation peut prendre plusieurs semaines.

Inflammations de la vessie et des voies urinaires

Avant certaines opérations, une sonde vésicale (urinaire) peut être posée par l'urètre. L'urine est alors drainée depuis la vessie et recueillie dans une poche en plastique. Suivant le type d'opération et la région opérée, la sonde restera en place quelque temps après l'intervention. La sonde

urinaire augmente le risque d'inflammation de la vessie et d'infection des voies urinaires. On peut réduire ce risque en buvant beaucoup et en enlevant la sonde le plus vite possible. Des substances issues de la dégradation des agents chimiothérapeutiques peuvent également irriter la muqueuse de la vessie et provoquer une inflammation ou une infection. Renseignez-vous auprès de votre médecin pour savoir comment on procédera dans votre cas particulier.

Inflammations du poumon (pneumonie)

Après une opération, on a parfois tendance à respirer moins profondément ou à éviter de tousser par crainte de déclencher des douleurs. Or, quand on respire superficiellement, les poumons ne sont pas suffisamment irrigués et « ventilés », de sorte que les sécrétions qui sont normalement expulsées restent dans les voies respiratoires, ce qui peut provoquer une inflammation du poumon (pneumonie). Il est donc important que vous inspiriez et expiriez profondément et que vous ne vous reteniez pas de tousser. Si vous n'y arrivez pas parce que vous ressentez des douleurs, vous recevrez un traitement antalgique que vous ne devriez pas refuser.

Il est possible de prévenir une pneumonie en se levant aussi souvent que possible, par exemple pour les repas ou pour aller aux toilettes. Demandez à votre médecin quand vous pourrez quitter votre lit. L'équipe médicale – en particulier le physiothérapeute – vous montrera des exercices respiratoires et physiques. Si ces exercices sont douloureux, signalez-le et demandez s'il est possible de vous soulager.

Les douleurs

Les douleurs post-opératoires se soignent bien dans la plupart des cas. Les médicaments et les mesures pour les soulager sont adaptés en fonction de l'opération, de l'intensité de la douleur et de votre situation personnelle. Il est important que vous signaliez vos douleurs à l'équipe médicale pour qu'elle puisse utiliser toutes les possibilités à disposition pour les soulager.

Au début, le traitement comporte souvent des opioïdes, des dérivés de l'opium fabriqués en laboratoire. Ces médicaments, comme la morphine, la codéine ou le tramadol, peuvent susciter certaines réticences chez les patients et leurs proches en raison de leurs effets secondaires et de la crainte d'une dépendance.

Ces inquiétudes ne sont pas fondées lorsque les médicaments sont utilisés après une opération. Les symptômes qui peuvent apparaître au début, tels que légères nausées ou somnolence, peuvent être contrôlés efficacement ou disparaissent d'eux-mêmes.

Lors de grosses interventions, on installe parfois une pompe à morphine qui permet d'administrer les antalgiques à proximité de la moelle épinière (voir p. 26). La pompe est programmée de manière à empêcher tout surdosage. Elle reste souvent en place quelques jours après l'intervention.

Certains patients reçoivent encore des médicaments contre la douleur plusieurs jours après l'intervention. Ceux-ci diminuent également l'enflure et ont un effet anti-inflammatoire, ce qui favorise la cicatrisation. Il est donc important de continuer à les prendre même si vous n'avez plus de douleurs.

Vous trouverez de plus amples informations sur le sujet dans la brochure « Les douleurs liées au cancer et leur traitement », voir p. 70.

Les hémorragies

Plus rares que les infections après une opération, les hémorragies nécessitent fréquemment une nouvelle intervention. Elles sont souvent dues à une insuffisance de la coagulation sanguine. De nombreux médicaments pour « diluer » le sang (anticoagulants), mais aussi l'aspirine et pratiquement tous les antirhumatismaux peuvent ralentir la coagulation sanguine.

La thrombose veineuse

L'alitement prolongé et le manque d'exercice peuvent entraîner la formation d'un caillot de sang (thrombus) qui obstrue une veine (thrombose veineuse). Il arrive parfois que ce caillot se détache, migre dans les vaisseaux et reste bloqué dans l'artère pulmonaire (embolie pulmonaire). Dans l'un et l'autre cas, cela peut avoir des conséquences mortelles.

Les personnes atteintes de cancer ont un risque plus élevé de thrombose. Pour diminuer ce risque après une opération, le personnel soignant peut comprimer vos jambes en les bandant ou vous enfilez des bas de contention. À titre préventif, on injecte souvent dans le ventre un an-

ticoagulant pour diluer le sang; ce médicament est administré avec la plus grande prudence en raison du risque d'hémorragie.

L'exercice physique contribue à améliorer la circulation sanguine et à prévenir ainsi la thrombose. Si votre état de santé le permet, vous vous lèverez peu après l'opération avec de l'aide et vous ferez quelques pas. Si cela n'est pas possible, le physiothérapeute ou le personnel soignant vous montrera des exercices à faire dans votre lit ou sur une chaise.

Nous vous proposons ci-après quelques exercices pour prévenir une thrombose. Avant de les faire, demandez à l'équipe médicale ce qu'elle en pense. Si ces exercices sont trop difficiles, demandez l'aide d'un membre de l'équipe soignante ou du physiothérapeute.

Pour chaque exercice, faire environ cinq répétitions.

Exercices avec les pieds

Les exercices ci-après peuvent être réalisés couché ou assis.



Pointez alternativement vos pieds vers le haut et vers le bas.



Faites des cercles avec les deux pieds.



Contractez vos orteils, puis relâchez.

Exercices avec les jambes

Les exercices ci-après ne sont pas indiqués après une opération de l'abdomen. Ils sont effectués couché.



Fléchissez les jambes et posez les pieds à plat sur le matelas.



Allongez les jambes vers le haut.



Repliez les jambes et posez les pieds sur le matelas.



Faites des mouvements de pédalage dans votre lit.

Après l'opération

Le réveil

Une surveillance intensive

Lorsque vous émergerez de la narcose après l'opération, vous passerez les premiers temps en salle de réveil ou aux soins intensifs, où votre surveillance (pouls, respiration, tension artérielle, etc.) sera assurée en permanence et où certaines fonctions (la respiration, par ex.) peuvent être prises en charge par des appareils spécifiques si nécessaire. Vous serez en principe transféré dans votre chambre dès que vos fonctions cardio-respiratoires seront stables et qu'un traitement optimal de la douleur aura pu être mis en place.

Après la narcose, les patients se rendorment souvent ou somnolent entre deux phases d'éveil en raison des sédatifs qui leur ont été administrés. Les proches qui leur rendent visite ne devraient pas s'en inquiéter.

Pour garantir votre sécurité, vous ne vous lèverez pas seul la première fois après l'opération et vous attendrez le feu vert de l'équipe soignante. Si vous avez subi une grosse intervention, vous serez mis sous perfusion pour que l'on puisse vous administrer les médicaments, le liquide et les nutriments nécessaires.

Il est possible que vous ayez une sonde gastrique après l'opération. Celle-ci est introduite par le nez et glissée jusqu'à l'estomac pour aspirer les sucs gastriques en attendant que vos organes digestifs fonctionnent à nouveau normalement, de manière à éviter qu'ils ne pénètrent dans vos poumons en cas de vomissements, car cela pourrait entraîner une inflammation.

Bon nombre de patients ont aussi une sonde urinaire (sonde vésicale) après l'opération. Celle-ci conduit l'urine de la vessie à l'extérieur, où elle est recueillie dans une poche en plastique. Elle restera en place jusqu'à ce que vous arriviez à vous lever régulièrement.

Il se peut également que vous ayez des drains dans la région de la plaie pour évacuer les sécrétions à l'extérieur.

Les premiers jours après l'opération, vous éprouverez peut-être un sentiment d'impuissance, car vous dépendrez entièrement du personnel médical et de la routine de l'hôpital. Cela peut provoquer de l'irritation, de la colère, du mécontentement ou de la tristesse. Essayez d'accepter que vous avez besoin d'aide pour le moment, ne serait-ce que pour les petites choses du quotidien.

Dites-vous qu'il est normal que vous ne puissiez pas tout de suite tout faire comme avant, car l'opération vous a éprouvé physiquement et psychiquement.

Les nausées

Différents facteurs peuvent être à l'origine de nausées durant la phase de réveil :

- l'opération elle-même, en particulier si elle a été longue et lourde ;
- les produits anesthésiques ;
- les douleurs et les médicaments ;
- le sexe : les femmes sont davantage sujettes aux nausées que les hommes ; par ailleurs, les personnes qui souffrent du mal des transports sont plus sensibles.

Le traitement des nausées s'est nettement amélioré avec les années. Si vous avez déjà eu des nausées lors d'opérations antérieures, signalez-le à votre médecin ou au personnel soignant. Il existe des médicaments qui peuvent être pris ou administrés à titre préventif.

Les soins de la plaie

Un à deux jours après l'opération, ou avant si la plaie est enflammée, si elle saigne ou si vous ressentez de fortes douleurs, le médecin ou le personnel soignant changera votre pansement pour la première fois. Le pansement sera ensuite refait tous les jours si vous restez à l'hôpital, éventuellement moins souvent si vous avez été opéré en ambulatoire.

Lors du changement de pansement, les drains qui évacuent les sécrétions et favorisent ainsi la cicatrisation sont légèrement tirés hors de la plaie et raccourcis. Ils seront enlevés quelques jours après l'opération. Ce processus n'est pas très agréable, mais il n'est généralement pas douloureux.

Pour réduire le risque d'infection (voir p. 46), vous devrez faire attention à ne pas mouiller la plaie et à éviter les frottements jusqu'à ce que les fils soient enlevés. Si la plaie n'est pas trop grande, vous aurez peut-être un pansement imperméable qui vous permettra de vous doucher. Les fils et les agrafes sont retirés après une à deux semaines ; parfois, on utilise des fils qui se résorbent d'eux-mêmes au bout d'un certain temps.

L'alimentation

La durée pendant laquelle vous ne devrez rien manger après l'intervention dépend du type d'opération et d'anesthésie. Elle peut être de plusieurs jours, car l'appareil digestif a besoin de temps pour se remettre et retrouver son fonctionnement normal après une intervention importante.

Il est souvent possible de boire avant. Si vous avez été opéré de l'estomac ou de l'intestin, vous devrez vous abstenir de boire et de manger plus longtemps. Après certaines opérations, on vous administrera de ce fait une solution nutritive par voie intraveineuse ou au moyen d'une sonde gastrique pour que vous ne ressentiez ni faim ni soif.

La sortie de l'hôpital et le retour au quotidien

La convalescence à domicile

Après l'opération, on fait généralement une pause dans les traitements pour que vous puissiez rentrer chez vous et récupérer. Accordez-vous suffisamment de temps pour vous remettre. Si vous avez subi une grosse intervention, cela peut prendre plusieurs semaines, voire plusieurs mois.

Prenez le temps de vous adapter aux changements survenus dans votre existence. Essayez de définir ce qui vous fait du bien et peut améliorer votre qualité de vie.

L'horizon s'éclaire parfois lorsqu'on se pose des questions toutes simples :

- Qu'est-ce qui compte pour moi maintenant ?
- De quoi ai-je besoin ?
- Comment pourrais-je arriver à cela ?
- Qui pourrait m'aider ?

La suite du traitement

Les médecins se réunissent dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (voir p. 9) pour discuter de la façon dont l'opération s'est déroulée et voir si des traitements adjuvants sont nécessaires ou si on peut en rester là. Si le traitement est terminé, il y a plusieurs possibili-

tés : soit vous rentrez chez vous, soit vous faites une cure ou vous suivez un programme de soins de transition ou de réadaptation (voir graphique). Le choix se fait en fonction de l'intervention que vous avez subie, de l'utilité d'une réadaptation et de la garantie de prise en charge du médecin-conseil de l'assurance-maladie. Les différentes offres sont décrites séparément ci-après, mais les frontières entre chaque sont perméables.

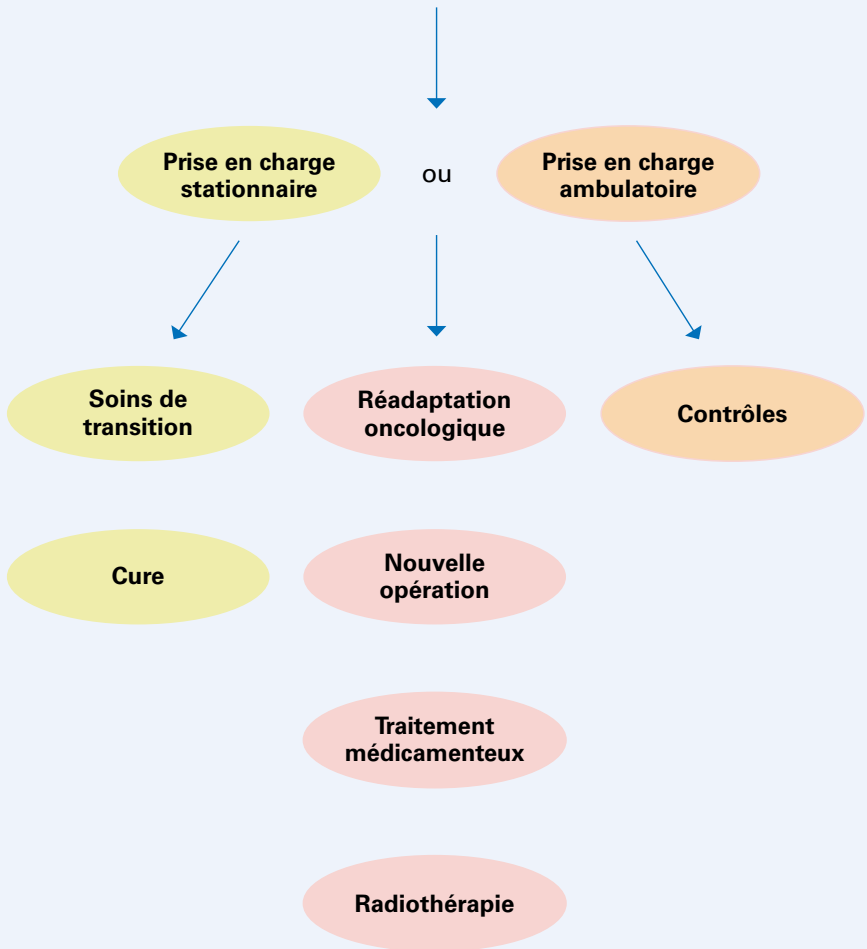
Les thérapies ultérieures

Souvent, le traitement n'est pas terminé après l'intervention chirurgicale. Selon le cancer dont vous souffrez, le médecin vous recommandera une ou plusieurs thérapies en complément – une nouvelle opération, un traitement médicamenteux ou une radiothérapie, par exemple. Ces traitements peuvent être ambulatoires ou stationnaires.

Les soins de transition

Les soins de transition s'adressent aux personnes qui ne peuvent pas rentrer chez elles tout de suite parce qu'elles ont encore besoin d'une prise en charge. Ils sont également destinés à des personnes qui nécessitent encore quelques soins ou dont le logement n'a pas encore pu être adapté pour répondre à leurs besoins. Le patient doit payer une partie des coûts de sa poche. Les soins de transition sont stationnaires.

Options possibles après l'opération



Les offres en **jaune** sont des offres **stationnaires**. Celles qui sont indiquées en **orange** sont **ambulatoires**. Les offres en **rouge** peuvent être **stationnaires** ou **ambulatoires**.

La cure

La cure de convalescence est stationnaire et présente certaines similitudes avec un séjour à l'hôtel. Vous êtes suivi par un médecin externe et la récupération occupe le premier plan. La caisse-maladie rembourse généralement une partie des coûts. Renseignez-vous au préalable auprès de votre assurance.

La réadaptation oncologique

La réadaptation peut être stationnaire ou ambulatoire. Lorsqu'elle est stationnaire, elle peut se comparer à un séjour à l'hôpital. En principe, elle est entièrement couverte par la caisse-maladie.

La réadaptation aide à faire face aux changements physiques et aux difficultés psychiques liés à l'opération. Elle peut apporter une amélioration en cas de limitations ou apprendre à gérer des atteintes durables. Parfois, il faut énormément de patience pour retrouver des forces et une bonne qualité de vie après une opération.

La réadaptation comprend différentes mesures en vue d'atténuer les troubles et de retrouver une autonomie aussi grande que possible. Des thérapies spécifiques – les mesures de réadaptation – ciblent très précisément les problèmes causés par

l'opération. L'entourage du patient est lui aussi associé à la démarche. Le type de réadaptation dépend de l'état du patient, de son âge et de sa situation personnelle. Après une grosse opération, elle est généralement stationnaire. Vous trouverez des offres spécifiquement adaptées aux personnes touchées par le cancer sur le site de la Ligue suisse contre le cancer.

Idéalement, la réadaptation commence très tôt et est coordonnée par le service social de l'hôpital ou par un coach spécialisé pour ne pas perdre de temps.

Plusieurs spécialistes sont impliqués dans le processus. Suivant l'opération, les disciplines suivantes sont concernées :

- soins infirmiers ;
- physiothérapie ;
- thérapie par l'activité physique et sportive ;
- conseils nutritionnels ;
- psycho-oncologie (voir p. 58)
- conseil social ;
- ergothérapie (soutien pour accomplir les gestes quotidiens, habileté manuelle) ;
- logopédie (troubles de la voix et de la parole) ;
- médecines complémentaires.

Ces différents domaines se recourent, de sorte que les spécialistes collaborent généralement.

Soins

Le personnel soignant administre les médicaments, s'occupe des soins de la plaie et aide à faire la toilette ou à gérer le quotidien. Il explique par exemple au patient comment prendre ses médicaments ou désinfecter et soigner la plaie. Il assure l'interface avec tous les autres spécialistes, avec lesquels il collabore étroitement.

Physiothérapie

La physiothérapie comporte des exercices en vue d'améliorer les limitations physiques consécutives à l'opération ou à la maladie. Si vous avez des difficultés à marcher après une opération, par exemple, le physiothérapeute peut vous proposer des exercices pour améliorer votre équilibre. Il peut également effectuer un drainage lymphatique pour vous soulager si vous souffrez d'un œdème lymphatique après l'opération (voir p. 65).

La physiothérapie devrait commencer rapidement. Les mesures engagées permettent de compenser ou d'améliorer d'éventuels déficits.

Thérapie par l'activité physique et sportive

Le cancer, l'opération et les autres traitements entraînent souvent une baisse des capacités physiques.

Des exercices ciblés peuvent vous aider à y remédier. Une activité physique adaptée améliore la force et l'endurance; elle renforce aussi le système immunitaire et l'équilibre psychique. Elle peut également avoir des effets bénéfiques sur la fatigue chronique, très fréquente chez les personnes touchées par le cancer. Des études scientifiques montrent en outre que la pratique régulière d'une activité physique est associée à un risque plus faible de récurrence. Vous trouverez de plus amples informations dans la brochure «Activité physique et cancer» (voir p. 71).

Programmes de réadaptation oncologique

Vous trouverez de plus amples informations sur les offres de réadaptation adaptées aux besoins des personnes touchées par le cancer sur le site de la Ligue suisse contre le cancer.

Conseils nutritionnels

Si vous avez été opéré dans la région de la gorge, de la bouche ou de l'estomac et de l'intestin, des conseils spécialisés vous aideront à vous alimenter de manière optimale. Vos besoins personnels seront définis dans le cadre de la consultation.

Psycho-oncologie

Le cancer a des répercussions sur le plan physique, mais aussi psychique. La psycho-oncologie (voir Conseils et informations, p. 68) s'intéresse aux problèmes liés au cancer, comme la gestion de la maladie et des émotions telles que la peur et la tristesse et aide à trouver de nouvelles forces.

Conseil social

La maladie peut entraîner des difficultés financières. L'incapacité de travail et les nombreux frais plus ou moins importants qui s'accumulent peuvent vous mettre dans une situation délicate. Le personnel des ligues régionales et cantonales contre le cancer – assistants sociaux ou autres collaborateurs – peut vous aider à clarifier les questions liées aux fi-

nances, aux assurances sociales et au travail et à chercher des solutions. Vous trouverez les coordonnées nécessaires à partir de la page 74.

Médecines complémentaires

Un grand nombre de personnes touchées par le cancer ont recours à des méthodes issues de la médecine complémentaire en plus de leur traitement classique. Certaines de ces méthodes, comme la thérapie par le gui ou l'homéopathie, peuvent contribuer à améliorer la qualité de vie pendant et après un traitement oncologique. Dans bien des cas, elles permettent de renforcer l'organisme et peuvent rendre les effets secondaires plus supportables. En règle générale, elles sont toutefois sans effet contre la tumeur elle-même.

Ergothérapie

L'ergothérapeute vous conseille dans le maniement et l'acquisition de moyens auxiliaires tels que rehausseur de toilettes, barres d'appui pour salle de bains, fauteuil roulant électrique ou monte-escalier.

La fatigue

Vous trouverez de plus amples informations sur la fatigue chronique et les mesures qui permettent d'y remédier dans la brochure « Fatigue et cancer » (voir p. 70).

Si vous êtes limité dans l'accomplissement de vos tâches quotidiennes après un traitement, les mesures proposées peuvent vous aider à améliorer la situation. L'ergothérapeute vous montrera comment procéder pour faire votre toilette, le ménage ou la cuisine afin que vous retrouviez une autonomie aussi grande que possible.

Logopédie

Une opération dans la région de la tête ou de la gorge peut avoir des répercussions sur la parole et le langage. Les logopédistes s'intéressent à tous les problèmes, des troubles légers de la parole avec des problèmes de prononciation aux troubles graves du langage, pour que les personnes touchées retrouvent la capacité de se faire comprendre. Pour ce faire, on utilise souvent des programmes assistés par ordinateur aujourd'hui.

Dans le chapitre « Conseils et informations », vous trouverez des brochures de la Ligue contre le cancer sur différents thèmes qui peuvent présenter de l'importance pendant la réadaptation, comme la brochure « Activité physique et cancer ». La Ligue propose en outre un large éventail de stages de plusieurs jours. Votre ligue cantonale vous aidera à trouver un cours près de chez vous (voir p. 68 et suiv.).

La reprise de la vie de tous les jours

Au terme des traitements, le retour à la vie de tous les jours peut s'avérer difficile. L'équipe médicale vous a soutenu et accompagné tout au long des traitements. Vos proches, inquiets, ont partagé vos craintes et vos espoirs et vous ont redonné courage. Pendant longtemps, vous avez été au centre de l'attention. Et voilà que vous vous retrouvez plus souvent seul. Il est donc possible que vous vous sentiez un peu perdu et que vous traversiez un passage à vide.

Vous ne vous sentez peut-être pas encore de taille à reprendre vos activités habituelles. Vous souffrez encore des répercussions physiques et psychiques de la maladie et des traitements. Vous avez mal, vous êtes constamment fatigué et vous ressentez une profonde tristesse. Si vous souhaitez savoir ce que vous pouvez faire pour y remédier, vous trouverez de plus amples informations dans les brochures de la Ligue contre le cancer « Cancer et souffrance psychique », « Les douleurs liées au cancer et leur traitement » ou « Fatigue et cancer » (voir p. 70 et suiv.).

Les proches et les amis

Après un traitement contre le cancer, de nombreuses personnes se sentent fatiguées. Cela n'est sans doute pas seulement dû aux différents traitements, mais aussi au stress psychique. La peur d'une récurrence ou de changements physiques joue souvent un rôle important. Il peut en résulter une baisse de la confiance en soi qui affecte les relations avec les proches et amis.

Demandez conseil à votre médecin ou aux collaborateurs de la Ligue contre le cancer. La fréquentation d'un groupe d'entraide (voir p. 69) peut être utile non seulement pour vous, mais aussi pour vos proches en vous aidant à mieux vivre cette période difficile. En discutant avec des personnes qui ont traversé des épreuves semblables aux vôtres, vous vous sentirez compris et vous aurez l'impression d'être moins seul.

La brochure « Accompanyer un proche atteint de cancer » s'adresse à la famille et aux amis. Elle contient des conseils utiles pour les relations avec la personne touchée et pour gérer ses propres sentiments comme la culpabilité. Il est important en effet que les proches soient attentifs à leurs propres besoins pour ne pas s'épuiser s'ils veulent garder assez d'énergie pour s'occuper du malade.

Soins et soutien à domicile

Le soutien sur lequel vous pourrez compter à votre retour à la maison revêt une importance primordiale. Peut-être devrez-vous réorganiser votre quotidien, redéfinir vos priorités et déléguer certaines tâches. Pouvez-vous et souhaitez-vous être aidé par vos proches ou vos voisins? Pouvez-vous envisager des soins à domicile ou une aide-ménagère? Avez-vous besoin de quelqu'un pour garder les enfants?

Vous aurez sans doute déjà réfléchi à la plupart de ces questions avant l'opération. Il est en effet utile de prévoir le soutien nécessaire à l'avance. L'entretien avec le chirurgien ou le médecin de famille est une excellente occasion pour discuter de votre sortie de l'hôpital et pour vous renseigner sur les possibilités de prise en charge à domicile.

La liste ci-après vous donne un aperçu des offres de soutien possibles:

- médecin de famille;
- parenté;
- amis;
- voisins;
- ligue cantonale ou régionale contre le cancer;
- service de soins à domicile;

- équipe mobile de soins palliatifs (EMSP);
- service de soins oncologiques extrahospitaliers;
- psycho-oncologue (voir p. 68);
- garde de jour;
- bénévoles;
- service de transports;
- repas à domicile;
- garde de nuit.

L'équipe médicale pourra vous mettre en contact avec le service social de l'hôpital, les soins à domicile, la ligue contre le cancer de votre canton, les groupes d'entraide et autres organisations qui pourraient faciliter votre retour à la vie de tous les jours.

Si vous pensez avoir besoin d'un soutien, discutez-en avec votre médecin si possible avant la fin de votre traitement. Il pourra définir avec vous ce qui vous sera le plus utile et vous renseigner sur les prestations remboursées par la caisse-maladie.

Les contrôles

Après l'opération, vous devrez généralement vous soumettre à plusieurs contrôles. La nature de ces contrôles et l'intervalle entre ceux-ci dépendent du type d'opération et de cancer et du degré d'agressivité de ce dernier.

Dans le cadre du suivi, le médecin vérifiera que la plaie cicatrise bien et, suivant l'opération que vous avez subie, que vous n'êtes pas limité dans vos mouvements. Si plusieurs spécialistes étaient impliqués dans le traitement jusqu'ici, tous ne sont plus concernés de la même manière à présent. Il est par conséquent important que vous sachiez qui est responsable de votre suivi désormais. Si vous avez des doutes, renseignez-vous auprès de votre médecin traitant.

Les contrôles visent à déceler une éventuelle récurrence à un stade où elle pourra être traitée, mais aussi à identifier les séquelles de l'opération pour y remédier.

Si vous avez des douleurs ou d'autres difficultés, si vous observez des changements physiques, si vous perdez du poids ou êtes plus fatigué que d'habitude, consultez votre médecin sans attendre le prochain contrôle.

Les contrôles permettent de clarifier les questions suivantes :

- Le pansement doit-il être changé ? Qui s'en charge ?
- Les fils ou les agrafes doivent-ils être enlevés ? Si oui, qui s'en occupe ?
- Dans quelle mesure puis-je reprendre une activité physique ? Puis-je par exemple soulever des charges, faire le ménage, aller au fitness ?
- Dois-je faire des exercices spécifiques ?
- Quand puis-je reprendre les rapports sexuels ?
- Puis-je prendre un bain ou une douche ?
- Puis-je à nouveau manger normalement ?
- Puis-je conduire ?
- Quand pourrai-je reprendre le travail ?
- Dois-je éviter la lumière ? Si oui, pendant combien de temps ?
- Quels soins dois-je apporter à la plaie ?
- Quels médicaments dois-je continuer à prendre ?
- Qui puis-je contacter en cas de problème ?

Votre médecin vous donnera de plus amples informations sur les contrôles prévus dans votre cas particulier.

La sexualité

Après une opération, les rapports sexuels ne constituent généralement pas la principale préoccupation et ils ne sont souvent pas possibles pendant un certain temps. Le désir reviendra lorsque vous retrouverez petit à petit votre joie de vivre au terme du traitement.

Dans l'intervalle, ne vous mettez pas sous pression : il n'y a pas de normes quant à la fréquence et au type de relations sexuelles. Laissez-vous du temps et profitez peut-être de l'occasion pour discuter avec votre partenaire de vos envies et possibilités.

La sexualité peut être vécue de nombreuses manières, sans forcément toujours impliquer des rapports sexuels. Elle commence par l'attirance réciproque, les gestes intimes envers l'autre, le toucher, les caresses, les massages.

Le cancer peut menacer ou modifier un certain nombre de choses qui vous donnaient un sentiment de sécurité jusque-là, notamment les habitudes et rituels dans votre couple et votre vie sexuelle. Vous vous trouvez confronté à des changements, et vos plans doivent être revus et adaptés.

Peut-être avez-vous besoin d'aide au quotidien dans un premier temps car vos capacités physiques sont diminuées. Cela peut entraîner une inversion des rôles au sein de la famille et du couple. Parfois, un cancer révèle au grand jour des problèmes latents, qui existaient déjà avant la maladie. Dans d'autres cas, le fait d'affronter ensemble la maladie et les traitements peut au contraire consolider la relation.

Dans quels cas faut-il s'abstenir de rapports sexuels?

Si vous avez été opéré dans la région du bassin, vous ne devrez pas avoir de rapports sexuels tant que la plaie ne sera pas complètement cicatrisée. Vous pourrez ensuite voir si la masturbation ou les relations sexuelles sont possibles sans problème. Soyez prudent si vous ressentez des douleurs.

Vous trouverez de plus amples informations sur le sujet dans les brochures de la Ligue contre le cancer «Cancer et sexualité au féminin» et «Cancer et sexualité au masculin» (voir p. 70).

Le travail

Avant l'opération, le chirurgien pourra déjà donner une idée de la durée pendant laquelle vous serez dans l'incapacité de travailler; celle-ci dépend de la façon dont votre opération s'est déroulée, d'un éventuel traitement adjuvant, de votre âge et de votre profession.

Les peurs et les difficultés d'ordre psychique, professionnel ou social sont pesantes. En parler peut vous soulager. Il est important de vous faire accompagner dans la recherche de solutions; cela facilitera votre retour à la vie de tous les jours. Si nécessaire, n'hésitez pas à faire appel à un soutien psycho-oncologique ou psychosocial, ou encore à votre médecin de famille.

Dans bien des cas, une absence d'une certaine durée est inévitable. La maladie et ses conséquences ou les effets indésirables du traitement peuvent entraver la reprise professionnelle.

Les personnes qui ont la possibilité de recommencer à travailler retrouvent généralement plus vite leur équilibre. Parfois, il est nécessaire de procéder à certains aménagements au niveau du poste de travail ou des horaires.

Discutez avec votre employeur et votre médecin de la façon dont vous voyez les choses et de votre taux d'activité. Ne fixez pas la barre trop haut au début et prenez le temps de retrouver vos marques.

Si vous avez des questions en relation avec les assurances sociales et les difficultés qui peuvent se poser au travail, la ligue contre le cancer de votre canton (voir p. 74 et suiv.) peut vous conseiller.

Au cas où une réinsertion professionnelle ne serait plus possible, il convient de clarifier la question des finances.

Pour en savoir plus

Vous trouverez de plus amples informations dans la brochure de la Ligue contre le cancer «Cancer – prestations des assurances sociales». Les professionnels des ligues cantonales et régionales contre le cancer vous informeront sur le retour à la vie de tous les jours. Vous pouvez également vous adresser aux conseillères de la Ligne InfoCancer (voir p. 68) ou au service social de l'hôpital.

Les séquelles et conséquences à long terme

Une opération peut avoir des conséquences tant physiques que psychiques. Certains changements sont passagers, d'autres subsisteront toute la vie durant, comme la cicatrice ou la perte d'une partie du corps. Il existe toutes sortes de séquelles différentes. Vous en trouverez quelques exemples dans les paragraphes qui suivent. Discutez de ce à quoi vous devez vous attendre avec l'équipe médicale.

Les changements physiques **Opérations de l'estomac ou de l'intestin**

Une opération de l'estomac ou de l'intestin peut entraîner des troubles digestifs. Ceux-ci peuvent être soulagés par des médicaments ou d'autres mesures thérapeutiques; dans certains cas, une modification des habitudes alimentaires peut apporter une amélioration. Si vous avez une dérivation intestinale (stomie) définitive, il existe toute une série de moyens auxiliaires pour simplifier votre quotidien. Vous trouverez de plus amples informations dans la brochure correspondante de la Ligue contre le cancer.

Opérations du larynx

Il existe des aides vocales électroniques et des mesures de rééducation pour retrouver la parole après une opération du larynx. Vous trouverez de plus amples informations dans la brochure « Vivre sans larynx ».

Opérations de la prostate

Une opération de la prostate peut entraîner des problèmes d'érection ou de l'incontinence urinaire. Certains moyens auxiliaires permettent de remédier aux dysfonctionnements érectiles, tandis que des exercices de renforcement du plancher pelvien peuvent être utiles pour éviter les fuites d'urine.

Opérations de l'utérus

Chez les femmes qui souhaitent avoir des enfants, tout est mis en œuvre pour préserver la fertilité lors d'opérations de l'utérus. Ce n'est toutefois pas possible dans tous les cas; l'ablation de l'utérus avec les deux ovaires et les trompes peut se révéler nécessaire et entraîne alors une infertilité. Pour obtenir des informations détaillées sur la question, vous pouvez vous rendre sur le site www.fertionco.ch.

Amputation

L'amputation (ablation) consiste à re-trancher une partie du corps. Elle peut être nécessaire lors de certains cancers et peut être partielle ou totale. Dans ce cas, une prothèse pourra remplacer la partie manquante du corps – un bras ou une jambe, par exemple.

La chirurgie plastique peut aider à rétablir l'image corporelle après une ablation du sein, par exemple.

Œdème lymphatique

Lors d'opérations dans la région de l'aîne, du bassin et de l'abdomen ayant nécessité un curage ganglionnaire, du liquide provenant des tissus peut s'accumuler dans les jambes et former une enflure, l'œdème lymphatique. Un drainage lymphatique permet d'y remédier. Vous trouverez de plus amples informations dans le chapitre « Conseils et informations », ainsi que dans la brochure de la Ligue contre le cancer « L'œdème lymphatique en cas de cancer ».

Cicatrices

Toute incision entraîne une cicatrice, sauf la chirurgie mini-invasive lorsqu'elle est pratiquée à travers un orifice naturel. Le chirurgien mettra tout en œuvre pour obtenir un résultat satisfaisant sur le plan esthétique.

L'idée de garder une cicatrice peut être douloureuse; il faut souvent du temps pour s'y habituer. Montrez-vous patient. Le résultat esthétique peut s'améliorer de lui-même la première année après l'opération. Il existe par ailleurs des produits de maquillage spécifiques pour camoufler des cicatrices sur le visage, par exemple. Vous trouverez de plus amples informations dans la brochure de la Ligue contre le cancer « Soigner son apparence durant et après la thérapie ».

Les difficultés psychiques

L'image du corps est intimement liée à l'estime de soi: positive, elle favorise la confiance en soi; négative, elle la sape. Une opération peut ébranler cette image; la personne concernée peut avoir le sentiment que son corps lui est tout à coup étranger parce qu'il n'a plus la même apparence ou ne fonctionne plus comme avant.

Il s'agit d'apprendre à vivre avec ces changements et de se construire petit à petit une nouvelle image corporelle, voire une nouvelle identité. Il peut être nécessaire de revoir et adapter la façon dont on se représentait son corps ou son fonctionnement.

Vous trouverez de plus amples informations sur les difficultés psychiques que le cancer peut engendrer dans la brochure « Cancer et souffrance psychique ».

Si vous avez besoin d'un soutien personnel pour gérer les séquelles de votre opération, adressez-vous à la ligue contre le cancer de votre canton ou région ou à la Ligne Info-Cancer (voir p. 74 et suiv.).

Mes notes

Conseils et informations

Faites-vous conseiller

L'équipe médicale

Elle est là pour vous informer et vous aider à surmonter les problèmes liés à la maladie et au traitement. Il vaut la peine de réfléchir aux mesures qui pourraient vous faire du bien et faciliter votre réadaptation.

Conseils psycho-oncologiques

Le cancer a des conséquences qui vont au-delà des aspects purement médicaux; il a également des répercussions sur le plan psychique et émotionnel et peut entraîner de l'anxiété, de la tristesse, voire de la dépression.

Si vous souffrez de ce genre de symptômes, adressez-vous à une personne formée à la psycho-oncologie. Des professionnels issus d'horizons variés (médecins, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux, accompagnants spirituels ou religieux, etc.) peuvent vous proposer des conseils ou une thérapie pour vous aider à mieux faire face à la maladie. Au bénéfice d'une vaste expérience avec les personnes touchées par le cancer et leurs proches, ils ont suivi une formation spécifique en psycho-oncologie.

Votre ligue cantonale ou régionale contre le cancer

Elle conseille, accompagne et soutient les personnes touchées et leurs proches à travers une large palette de services: des entretiens, des cours et des stages, une aide pour régler les questions d'assurances, un soutien pour rédiger des directives anticipées, etc. Elle peut également vous aiguiller vers un spécialiste,

par exemple un nutritionniste ou un psycho-oncologue.

La Ligne InfoCancer 0800 11 88 11

Au bout du fil, une infirmière spécialisée vous écoute, vous propose des solutions et répond à vos questions sur la maladie et son traitement. Vous pouvez aborder avec elle vos peurs et vos hésitations, parler de votre vécu personnel. L'appel et les renseignements sont gratuits. Les entretiens peuvent aussi s'effectuer via Skype, à l'adresse krebstelefon.ch.

Cancerline: le chat sur le cancer Sous www.liguecancer.ch/cancerline, les enfants, les adolescents et les adultes peuvent chatter en direct avec une conseillère spécialisée (lundi–vendredi, 11 h–16 h) pour s'informer sur la maladie et poser des questions sur ce qui les préoccupe.

Parler du cancer aux enfants ?

Vous avez appris que vous souffrez d'un cancer et vous avez des enfants? Qu'ils soient petits ou grands, vous vous demanderez bientôt comment aborder le sujet avec eux.

Vous trouverez dans le dépliant « Cancer: comment en parler aux enfants? » des suggestions pour parler de la maladie et de ses conséquences avec vos enfants. Ce document contient aussi des conseils à l'intention des enseignants. Il existe également une brochure qui pourrait vous être utile: « Quand le cancer touche les parents: en parler aux enfants » (voir p. 71).

La Ligne stop-tabac 0848 000 181

Des conseillères spécialisées vous renseignent et vous aident à arrêter de fumer.

Si vous le souhaitez, des entretiens de suivi gratuits peuvent être mis en place.

Cours et stages

La Ligue contre le cancer propose des cours et stages de durée variable aux personnes touchées dans différentes régions de Suisse. Vous trouverez de plus amples informations sous www.liguecancer.ch/cours, ainsi que dans la brochure correspondante (voir p. 71).

Activité physique

L'exercice physique permet souvent de retrouver de l'énergie, de reprendre confiance et de diminuer la fatigue. Il existe des groupes de sport adaptés aux personnes touchées par le cancer; renseignez-vous auprès de votre ligue cantonale ou régionale. Vous trouverez aussi des informations utiles dans la brochure «Activité physique et cancer» (voir p. 71).

Groupes d'entraide et forums

Échanger vos expériences avec des personnes – patients ou proches – qui ont traversé des épreuves semblables peut vous redonner courage. N'oubliez toutefois pas que ce qui a aidé une personne ne vous conviendra pas forcément

Forums de discussion

Il existe sur internet des forums de discussion sur le thème du cancer, notamment le forum de la Ligue contre le cancer www.forumcancer.ch.

Groupes d'entraide

Ces groupes favorisent l'échange d'informations et d'expériences. Le dialogue est souvent plus facile avec des personnes qui font face aux mêmes problèmes.

Votre ligue cantonale ou régionale contre le cancer pourra vous renseigner sur les groupes d'entraide, les groupes de parole ou les offres de cours destinées aux personnes touchées et à leurs proches. Vous pouvez également chercher un groupe d'entraide près de chez vous sur le site de la fondation Info-Entraide Suisse: www.infoentraidesuisse.ch.

Services de soins à domicile

Outre les services classiques d'aide et de soins à domicile, il existe dans plusieurs cantons des services spécialisés dans l'accompagnement et le traitement des personnes touchées par le cancer (équipes mobiles de soins palliatifs, soins oncologiques extra-hospitaliers).

Vous pouvez faire appel à eux durant n'importe quelle phase de la maladie. Ils vous conseillent à domicile entre les cycles de traitement et après, notamment sur les effets secondaires. Votre ligue cantonale contre le cancer pourra vous donner les adresses nécessaires.

Conseils nutritionnels

De nombreux hôpitaux proposent des consultations diététiques. Il existe par ailleurs des professionnels indépendants qui collaborent généralement avec les médecins et qui sont regroupés en une association:

Association suisse des diététiciens et diététiciennes (ASDD)
Altenbergstrasse 29
case postale 686
3000 Berne 8
tél. 031 313 88 70
service@svde-asdd.ch, www.svde-asdd.ch

Sur la page d'accueil, un moteur de recherche vous permet de trouver l'adresse d'un professionnel dans votre canton.

Palliative ch

Vous trouvez au secrétariat ou sur le site de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs les adresses des sections cantonales et des réseaux. Ceux-ci assurent un accompagnement et des soins optimaux aux personnes concernées partout en Suisse.

palliative.ch
Bubenberglplatz 11
3011 Berne
tél. 044 240 16 21
info@palliative.ch
www.palliative.ch

Les assurances

Les traitements contre le cancer sont remboursés par l'assurance-maladie de base pour autant qu'il s'agisse de thérapies reconnues ou que le produit figure sur la liste des spécialités de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Votre médecin vous donnera toutes les précisions nécessaires.

Les frais de traitements avec des substances autorisées sont également pris en charge dans le cadre d'une étude clinique. Lorsque des médicaments ou de nouvelles thérapies non encore homologués sont utilisés ou que d'autres mesures sont nécessaires (tests génétiques, par ex.), les coûts ne sont généralement pas à votre charge; ils sont financés par des fonds de recherche.

Pour les conseils ou les traitements supplémentaires non médicaux et les soins de longue durée, la prise en charge par l'assurance obligatoire ou l'assurance complémentaire n'est pas garantie. Informez-vous avant le début du traitement.

Vous trouverez de plus amples informations sur le sujet dans la brochure «Cancer: prestations des assurances sociales».

Brochures de la Ligue contre le cancer

- **Les traitements médicamenteux du cancer**
Chimiothérapies et autres traitements
- **Le traitement médicamenteux à domicile**
Les chimiothérapies orales du cancer
- **La radiothérapie**
- **Les médecines complémentaires**
- **Cancer: relever les défis au travail**
- **Les douleurs liées au cancer et leur traitement**
- **Fatigue et cancer**
Identifier les causes, chercher des solutions
- **Difficultés alimentaires en cas de cancer**
- **L'œdème lymphatique en cas de cancer**
- **Cancer et sexualité au féminin**
- **Cancer et sexualité au masculin**

- **Soigner son apparence durant et après la thérapie**
Peau, coiffure, couleurs et vêtements
- **Vivre sans larynx**
- **Cancer et souffrance psychique**
Le cancer touche la personne dans sa totalité
- **Activité physique et cancer**
Retrouver confiance en son corps grâce au mouvement
- **La colostomie**
- **L'iléostomie**
- **Cours**
Cours pour les personnes atteintes de cancer
- **Accompagner un proche atteint de cancer**
Suggestions et conseils pour les parents et amis des personnes touchées
- **Soigner un proche et travailler : une mission possible**
Dépliant de 8 pages pour mieux concilier activité professionnelle et soins prodigués à un proche
- **Quand le cancer touche les parents**
En parler aux enfants
- **Cancer : comment en parler aux enfants ?**
Dépliant avec des conseils et des informations pour les parents et les enseignants
- **Prédispositions héréditaires au cancer**
Des réponses aux questions que se posent les familles à risque
- **Cancer : prestations des assurances sociales**
- **Décider jusqu'au bout**
Comment établir ses directives anticipées ?
- **Directives anticipées de la Ligue contre le cancer**
Mes volontés en cas de maladie et de décès
- **Cancer : quand l'espoir de guérir s'amenuise**
Guide de l'offre en soins palliatifs
- **Le temps du deuil : Lorsqu'un être aimé meurt d'un cancer**

Commandes

- Ligue contre le cancer de votre canton
- Téléphone 0844 85 00 00
- Courriel : boutique@liguecancer.ch
- Internet : www.liguecancer.ch/ brochures

Vous trouverez toutes les brochures de la Ligue contre le cancer sur www.liguecancer.ch/brochures. La grande majorité des publications vous sont remises gratuitement et peuvent également être téléchargées. La Ligue suisse contre le cancer et votre ligue cantonale sont en mesure de vous les offrir grâce au soutien de leurs donateurs.

Votre opinion nous intéresse

Vous avez des commentaires à faire sur nos brochures ? Prenez quelques minutes et remplissez le questionnaire à l'adresse www.forumcancer.ch. Vos remarques nous aident à améliorer notre offre.

Autres brochures

Thérapie anticancéreuse dans le cadre d'une étude clinique, 2015, Groupe suisse de recherche clinique sur le cancer SAKK, disponible en ligne sous www.sakk.ch/fr/.

Ressources bibliographiques

Certaines ligues contre le cancer disposent d'une bibliothèque où vous pouvez emprunter des ouvrages gratuitement. Renseignez-vous auprès de la ligue la plus proche de chez vous (voir p. 74 et suiv.).

La Ligue suisse contre le cancer et les ligues bernoise et zurichoise possèdent un catalogue en commun. Il se trouve en ligne et vous permet d'emprunter et de vous faire envoyer des ouvrages dans toute la Suisse.

Accès: www.liguecancer.ch/bibliotheque

Lien vers les livres pour enfants:

www.krebsliga.ch/kinderbibliothek

En introduisant par exemple le terme « opération » ou « chirurgie » dans le moteur de recherche, vous obtiendrez la liste des ouvrages sur le sujet.

Sites internet

(par ordre alphabétique)

[Offres de la Ligue contre le cancer](http://www.forumcancer.ch)

www.forumcancer.ch

Forum internet de la Ligue contre le cancer.

www.liguecancer.ch

Site de la Ligue suisse contre le cancer, avec des liens vers toutes les ligues cantonales et régionales.

www.liguecancer.ch/cancerline

Chat avec conseils en direct pour les enfants, les adolescents et les adultes.

www.liguecancer.ch/migrants

Brèves informations sur les cancers les plus fréquents et les mesures de prévention en albanais, portugais, serbe/croate/bosniaque, espagnol, turc et anglais. L'offre (thèmes et langues) est constamment élargie.

www.liguecancer.ch/cours

Cours pour mieux gérer les problèmes liés à la maladie.

[Autres institutions ou services spécialisés](http://www.avac.ch)

www.avac.ch

Site de l'association « Apprendre à vivre avec le cancer », qui organise des cours pour patients et proches

www.chuv.ch/fertilite

Unité de médecine de la reproduction du CHUV.

www.chuv.ch/oncologie/

Site du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)

www.fertionco.ch

Songez-vous aux options permettant de préserver la fertilité? Ce site propose une aide à la décision pour vous guider dans votre réflexion.

www.hug-ge.ch/centre-cancers

Site des Hôpitaux universitaires genevois (HUG)

www.hug-ge.ch/medecine-reproduction-endocrinologie-gynecologique

Cette unité des HUG propose une consultation spécialisée sur la préservation de la fertilité

www.infoentraidesuisse.ch

Adresses de groupes d'entraide pour personnes touchées et proches

www.palliative.ch

Société suisse de médecine et de soins palliatifs.

www.planetesante.ch

Portail romand sur la santé, destiné au grand public

Sites en anglais

www.cancer.org

American Cancer Society.

www.cancer.gov

National Cancer Institute USA.

www.cancer.net

American Society of Clinical Oncology.

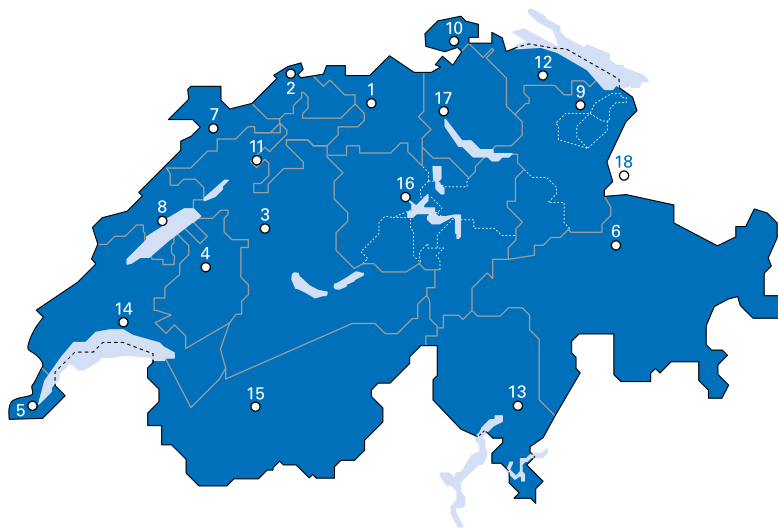
www.cancersupport.ch

Site de l'ESCA (English speaking Cancer Association), qui s'adresse aux anglophones résidant en Suisse.

Sources

Les publications et les sites internet mentionnés dans cette brochure ont également servi de sources pour sa rédaction. Ils correspondent pour l'essentiel aux critères de qualité de la fondation La santé sur Internet (voir charte sur www.hon.ch/HONcode/French).

La ligue contre le cancer de votre région offre conseils et soutien



- 1 Krebsliga Aargau**
Kasernenstrasse 25
Postfach 3225
5001 Aarau
Tel. 062 834 75 75
admin@krebssliga-aargau.ch
www.krebssliga-aargau.ch
PK 50-12121-7
- 2 Krebsliga beider Basel**
Petersplatz 12
4051 Basel
Tel. 061 319 99 88
info@klbb.ch
www.klbb.ch
PK 40-28150-6
- 3 Bernische Krebsliga
Ligue bernoise contre le cancer**
Schwanengasse 5/7
Postfach
3001 Bern
Tel. 031 313 24 24
info@bernischekrebssliga.ch
www.bern.krebssliga.ch
PK 30-22695-4
- 4 Ligue fribourgeoise
contre le cancer
Krebsliga Freiburg**
route St-Nicolas-de-Flüe 2
case postale
1701 Fribourg
tél. 026 426 02 90
info@liguecancer-fr.ch
www.liguecancer-fr.ch
CP 17-6131-3
- 5 Ligue genevoise
contre le cancer**
11, rue Leschot
1205 Genève
tél. 022 322 13 33
ligue.cancer@mediane.ch
www.lgc.ch
CP 12-380-8
- 6 Krebsliga Graubünden**
Ottoplatz 1
Postfach 368
7001 Chur
Tel. 081 300 50 90
info@krebssliga-gr.ch
www.krebssliga-gr.ch
PK 70-1442-0
- 7 Ligue jurassienne contre le cancer**
rue des Moulins 12
2800 Delémont
tél. 032 422 20 30
info@ljcc.ch
www.liguecancer-ju.ch
CP 25-7881-3
- 8 Ligue neuchâteloise
contre le cancer**
faubourg du Lac 17
2000 Neuchâtel
tél. 032 886 85 90
LNCC@ne.ch
www.liguecancer-ne.ch
CP 20-6717-9
- 9 Krebsliga Ostschweiz
SG, AR, AI, GL**
Flurhofstrasse 7
9000 St. Gallen
Tel. 071 242 70 00
info@krebssliga-ostschweiz.ch
www.krebssliga-ostschweiz.ch
PK 90-15390-1

10 Krebsliga Schaffhausen

Mühlentalstrasse 84
8200 Schaffhausen
Tel. 052 741 45 45
info@krebssliga-sh.ch
www.krebssliga-sh.ch
PK 82-3096-2

11 Krebsliga Solothurn

Wengistrasse 16
4500 Solothurn
Tel. 032 628 68 10
info@krebssliga-so.ch
www.krebssliga-so.ch
PK 45-1044-7

12 Thurgauische Krebsliga

Bahnhofstrasse 5
8570 Weinfelden
Tel. 071 626 70 00
info@tgkl.ch
www.tgkl.ch
PK 85-4796-4

**13 Lega ticinese
contro il cancro**

Piazza Nosetto 3
6500 Bellinzona
Tel. 091 820 64 20
info@legacancro-ti.ch
www.legacancro-ti.ch
CP 65-126-6

**14 Ligue vaudoise
contre le cancer**

place Pépinet 1
1003 Lausanne
tél. 021 623 11 11
info@lvc.ch
www.lvc.ch
UBS 243-483205.01Y
CCP UBS 80-2-2

**15 Ligue valaisanne contre le cancer
Krebsliga Wallis**

Siège central :
rue de la Dixence 19
1950 Sion
tél. 027 322 99 74
info@lvcc.ch
www.lvcc.ch
Beratungsbüro :
Spitalzentrum Oberwallis
Überlandstrasse 14
3900 Brig
Tel. 027 604 35 41
Mobile 079 644 80 18
info@krebssliga-wallis.ch
www.krebssliga-wallis.ch
CP/PK 19-340-2

**16 Krebsliga Zentralschweiz
LU, OW, NW, SZ, UR, ZG**

Löwenstrasse 3
6004 Luzern
Tel. 041 210 25 50
info@krebssliga.info
www.krebssliga.info
PK 60-13232-5

17 Krebsliga Zürich

Freiestrasse 71
8032 Zürich
Tel. 044 388 55 00
info@krebssligazuerich.ch
www.krebssligazuerich.ch
PK 80-868-5

18 Krebshilfe Liechtenstein

Im Malarsch 4
FL-9494 Schaan
Tel. 00423 233 18 45
admin@krebshilfe.li
www.krebshilfe.li
PK 90-4828-8

**Ligue suisse
contre le cancer**

Effingerstrasse 40
case postale
3001 Berne
tél. 031 389 91 00
info@liguecancer.ch
www.liguecancer.ch
CP 30-4843-9

Brochures

tél. 0844 85 00 00
boutique@liguecancer.ch
www.liguecancer.ch/
brochures

Forum

www.forumcancer.ch,
le forum internet de la
Ligue contre le cancer

Cancerline

www.liguecancer.ch/
cancerline, le chat sur le
cancer pour les enfants,
les adolescents et
les adultes
du lundi au vendredi
11 h–16 h

Skype

krebstelefon.ch
du lundi au vendredi
11 h–16 h

Ligne stop-tabac

tél. 0848 000 181
max. 8 cts/min.
(sur réseau fixe)
du lundi au vendredi
11 h–19 h

**Vos dons sont
les bienvenus.**

**Ligne InfoCancer
0800 11 88 11**

du lundi au vendredi
9 h–19 h
appel gratuit
helpline@liguecancer.ch

Unis contre le cancer

Cette brochure vous est remise par votre Ligue contre le cancer, qui se tient à votre disposition avec son éventail de prestations de conseil, d'accompagnement et de soutien. Vous trouverez à l'intérieur les adresses de votre ligue cantonale ou régionale.