



Fondation
contre le Cancer

Transformons l'espoir en victoire !

A qui en parler ?

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

Dans ce cas, appelez Cancerinfo gratuitement et de façon anonyme (du lundi au vendredi, de 9h00 à 18h00).

Des professionnels (médecins, psychologues, infirmiers et assistants sociaux) sont à l'écoute de toute personne confrontée au cancer.

Cancerinfo

Fondation contre le Cancer

📞 0800 15 801
🌐 www.cancer.be/info



Fondation
contre le Cancer

Chaussée de Louvain 479 • 1030 Bruxelles
T. 02 736 99 99 • info@cancer.be • www.cancer.be
Soutenez-nous : IBAN : BE45 0000 0000 8989 • BIC : BPOTBEB1



Suivez-nous sur
www.facebook.com/fondationcontrelecancer



Fondation
contre le Cancer

Les cancers de l'intestin



Table des matières

Fréquence	4
Différents types de cancers colorectaux	4
Facteurs de risque	4
Dépistage systématique.....	6
Symptômes	7
Examens de diagnostic	8
Bilan d'extension	10
Traitements	11
Suivi après la fin des traitements	18
Guérison ou rémission ?	18
Encore quelques conseils	19
La Fondation contre le Cancer	
Transformons l'espoir en victoire !	23

Lisez ceci

**Attention : l'information disponible dans ce folder ou sur Internet ne remplace jamais un avis médical !
Parlez-en à votre médecin.**

Un cancer de l'intestin est composé d'une masse de cellules anormales qui se multiplie de façon anarchique. Les cellules cancéreuses peuvent s'échapper de l'intestin et coloniser d'autres organes (foie, poumons, etc.) pour y former des tumeurs secondaires appelées métastases. Ces métastases sont constituées de cellules cancéreuses venant de l'intestin et elles doivent donc être traitées comme un cancer de l'intestin.

Fréquence

En Belgique, on enregistre chaque année 8400 nouveaux cas de cancers du gros intestin (cancer colorectal), un peu plus souvent chez l'homme que chez la femme. Il s'agit du 2^{ème} cancer chez la femme (après les cancers du sein) et du 3^{ème} chez l'homme (après les cancers de la prostate et du poumon).

Exceptionnel avant 40 ans, le cancer colorectal augmente nettement à partir de la cinquantaine.

Différents types de cancers colorectaux

95% des cancers colorectaux (côlon et rectum) sont des adénocarcinomes. Ils prennent naissance dans les cellules de la muqueuse qui recouvre l'intérieur de l'intestin. Cette brochure leur est consacrée.

Facteurs de risque

La majorité des cancers colorectaux atteignent des individus qui ne présentent apparemment pas de risques particuliers. Ils résultent vraisemblablement de nombreuses interactions entre des substances cancérigènes, et de facteurs pré-disposants encore mal identifiés.

L'alimentation joue très probablement un rôle, dans la mesure où ce que nous mangeons expose notre intestin à un cocktail de substances chimiques cancérigènes ou, au contraire, protectrices. Plusieurs études ont montré que les cancers du gros intestin sont plus fréquents chez les individus ayant une alimentation riche en viande rouge et en graisses animales et pauvre en fibres. Reste à comprendre comment ces substances agissent.

Le manque d'exercice physique semble aussi favoriser le développement de ces cancers. Une des hypothèses serait que la sédentarité ralentit le transit intestinal, ce qui augmente le temps de contact entre la paroi intestinale et des molécules cancérigènes présentes dans l'alimentation. Les cancers colorectaux sont un peu plus fréquents chez les fumeurs, d'où un lien possible avec le tabac.

D'autres facteurs de risque sont identifiés :

- La **présence d'adénomes** (polypes bénins) sur la muqueuse de l'intestin. En effet, la plupart des cancers colorectaux prennent naissance sur un de ces polypes. Plus un adénome est grand, plus le risque de transformation cancéreuse est important. La fréquence des polypes augmente avec l'âge, comme celle des cancers colorectaux.
- Les **maladies inflammatoires chroniques de l'intestin**. On constate que les cancers colorectaux sont plus fréquents chez des personnes ayant une longue histoire de recto-colite ulcérohémorragique ou, dans une moindre mesure, de maladie de Crohn. Ces cancers peuvent apparaître à un âge plus précoce que la moyenne.
- Un **premier cancer colorectal**. Une personne guérie d'un premier cancer colorectal conserve un risque augmenté de développer ultérieurement un second cancer du gros intestin, sans rapport avec le premier.
- **L'hérédité** joue un rôle non négligeable. On estime que 30% des personnes atteintes par un cancer du gros intestin seraient porteuses d'une anomalie génétique (mutation d'un ou plusieurs gènes particuliers) héritée d'un de leurs parents. Deux tiers de ces anomalies s'accompagnent d'un risque faiblement ou moyennement augmenté de cancer colorectal. On peut donc très bien être porteur d'une anomalie génétique, sans jamais développer la maladie. Par contre, un tiers de ces mutations (cela concerne plus ou moins 10% des patients) exposent les personnes qui en sont porteuses à un risque majeur.

Deux types de maladies sont alors en cause : soit le syndrome de Lynch (anciennement appelé “Cancer Hériditaire Non Polyposique du C6lon”) ou HNPCC, plus rarement une “Polypose Ad6nomateuse Familiale”. Ces deux derni6res anomalies sont suspect6es lorsqu’un cancer colorectal se d6veloppe à un 6ge beaucoup plus jeune que la moyenne. Plusieurs mutations g6n6tiques responsables de ces maladies ont 6t6 identifi6es. Le risque de les transmettre à sa descendance est de 50% pour chaque naissance, raison pour laquelle il est fortement conseill6 aux membres de la famille de ces patients de pratiquer un d6pistage g6n6tique. Les individus porteurs du g6ne mut6 feront l’objet d’une 6troite surveillance et, si n6cessaire, de traitements pr6ventifs (d6s l’enfance en cas de polypose familiale).

Pour plus de renseignements, contactez la FAPA (Familial Adenomatous Polyposis Association) :

Belgian Polyposis Project - Hereditary Colorectal Cancer Project

Chauss6e de Louvain 479 - 1030 Bruxelles
T6l: 02 743 45 94 - Fax: 02 734 92 50
info@belgianfapa.be - www.belgianfapa.be

D6pistage syst6matique

À Bruxelles et en Wallonie, le d6pistage syst6matique des cancers du gros intestin est propos6 gratuitement, tous les deux ans, aux hommes et aux femmes 6g6s de 50 à 74 ans qui ne pr6sentent pas de risque particulier (en Flandre à partir de 56 ans). Il leur est propos6 de r6aliser un **test immunologique** (iFOBT, pour Immunological Faecal Occult Blood Test).

Les personnes pr6sentant des sympt6mes ou ayant des ant6c6dents personnels ou familiaux doivent faire l’objet d’un suivi sp6cifique, et ne sont pas concern6es par le d6pistage syst6matique tel que d6crit ci-dessus.

Pour savoir quelle technique de d6pistage est adapt6e à votre situation personnelle, parlez-en avec votre m6decin traitant.

Des d6tails sur le d6pistage sont disponibles sur le site www.cancer.be ou au Cancerinfo : 0800 15 801.

Sympt6mes

Aucun sympt6me n’est automatiquement le signe d’un cancer colorectal mais, en cas d’anomalie persistante, il est conseill6 de consulter son m6decin.

Les cancers situ6s sur la partie terminale de l’intestin (sigmoïde et rectum) peuvent s’accompagner de pertes de sang par l’anus, de traces de sang dans les selles ou sur le papier toilette. On peut aussi constater un changement inexplic6 et persistant du rythme des selles (constipation, diarrh6e, ou alternance des deux), des “faux besoins”, ou une diminution du calibre des selles.

Les tumeurs situ6es plus haut dans l’intestin (c6lon ascendant) peuvent passer longtemps inaperçues. Elles s’accompagnent plut6t de fatigue (souvent li6e à l’an6mie caus6e par les petites pertes chroniques de sang au niveau de la tumeur), d’un amaigrissement inexplic6 ou de maux de ventre persistants (souvent sous forme de crampes intermittentes).

À un stade avanc6, le cancer colorectal peut obstruer le passage des selles causant une constipation s6v6re, voire une occlusion intestinale.

Examens de diagnostic

Le diagnostic de cancer colorectal est généralement posé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie ou par un chirurgien digestif.

Après avoir interrogé et examiné le patient, le médecin demandera si nécessaire un ou plusieurs des examens suivants :

Toucher rectal

Un doigt est introduit dans le rectum pour palper sa paroi. Cet examen un peu inconfortable mais non douloureux permet de repérer une tumeur située près de l'anus.

Endoscopie

Un endoscope est un fin tube flexible muni de fibres optiques, que l'on introduit par l'anus. Cet examen peut être couplé à la réalisation de biopsies (prélèvements) au niveau des lésions suspectes.

L'examen au microscope de ces biopsies permet de confirmer le diagnostic de cancer et de faire la distinction entre les différents types de cancers possibles.

Si l'endoscope remonte jusqu'au sigmoïde, on parle d'une rectosigmoidoscopie. Si l'entièreté de l'intestin est examiné, on parle d'une coloscopie (ou colonoscopie). Pour réaliser cet examen, l'intestin doit être vide de matières fécales.

Coloscopie virtuelle (scanner)

Le médecin peut faire réaliser une coloscopie "virtuelle" à l'aide d'un CT-scan.

Le CT-scan (scanner) utilise des rayons X. Il permet d'obtenir des images détaillées des organes examinés. Son principe consiste à prendre une série de clichés radiographiques successifs de la région à explorer (tomographie). Les données obtenues sont ensuite traitées par informatique pour être transformées en images. Cet examen ne permet pas de prélever une biopsie ou de retirer un polype. Si un diagnostic de cancer est suspecté, il faudra donc procéder à une biopsie par endoscopie classique après la coloscopie virtuelle. Pour réaliser cet examen, l'intestin doit être vide de matières fécales.

Lavement baryté

Il s'agit d'une radiographie classique de l'intestin, avec introduction de produit de contraste via une sonde placée dans l'anus.

Pour réaliser cet examen, l'intestin doit être vide de matières fécales.

Dosage du CEA

Le CEA (antigène carcinoembryonnaire) est produit en excès par certains cancers, dont ceux du gros intestin. En langage médical, une telle substance s'appelle un marqueur tumoral. Son dosage s'effectue par prise de sang.

Bilan d'extension

Si le diagnostic de cancer est confirmé, des examens complémentaires sont menés afin de déterminer le degré de développement local de la tumeur, la présence ou l'absence d'envahissement tumoral dans les ganglions et enfin la présence ou l'absence de métastases dans d'autres organes. On appelle ces examens le "bilan d'extension".

Echographie transrectale

En cas de cancer du rectum, une sonde à ultrasons est introduite par l'anus. L'échographie permet d'évaluer l'importance de la tumeur et de voir dans quelle mesure elle a éventuellement envahi les tissus adjacents. L'examen est inconfortable mais non douloureux et ne comporte pas de contre-indications.

CT-scan de l'abdomen ou résonance magnétique (IRM ou RMN)

Ces examens peuvent également être utiles pour donner une idée de la profondeur de l'envahissement tumoral à l'intérieur de la paroi intestinale (c'est très important pour définir le stade de la maladie) et repérer d'éventuelles métastases dans les ganglions lymphatiques qui entourent le gros intestin.

Examen du foie

Le cancer colorectal ayant tendance à envoyer des métastases dans le foie, il est utile d'examiner cet organe. L'examen se fait par échographie, scanner ou résonance magnétique.

Radiographie des poumons

Un examen des poumons peut également s'avérer nécessaire pour la recherche de métastases, surtout dans les cas de cancers du rectum.

PET-scan (tomographie par émission de positons)

Le PET-scan n'est que rarement utilisé en cas de cancer colorectal, et uniquement si les examens précédents n'ont pas donné de résultats concluants. Le PET-scan permet de visualiser les zones où les cellules sont les plus actives grâce à un traceur radioactif.

Stade

Le stade désigne le degré d'extension du cancer. Il est établi en fonction du résultat du bilan d'extension. Le stade, tout comme le type de cellules à l'origine du cancer, est important pour le choix du/des traitements.

Traitements

Face à un cancer, les traitements sont choisis au cas par cas. Chaque malade doit être pris en charge par une équipe médicale pluridisciplinaire spécialisée, ayant une solide expérience dans le traitement de ce type particulier de cancer.

En fonction du stade du cancer, les médecins peuvent faire appel à :

- la chirurgie ;
- la radiothérapie ;
- la chimiothérapie ;
- les thérapies ciblées.

Ces différents traitements peuvent être combinés.

Des détails sur le déroulement des traitements sont disponibles sur le site www.cancer.be ou au Cancerinfo : 0800 15 801.

Chirurgie

Si le cancer peut être enlevé en totalité, le premier traitement est le plus souvent la chirurgie.

Dans certains cas, l'opération sera précédée d'un traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie dit **néo-adjuvant**, destiné à faire régresser la tumeur et à rendre l'opération moins lourde.

Dans le cas d'un cancer du rectum, la chimiothérapie ou la radiothérapie permettent également de réduire les risques de récurrence locale.

La chirurgie peut également être utilisée en cas de cancer avancé, pour éviter une occlusion intestinale (chirurgie palliative).

Le type de chirurgie dépend surtout de la localisation tumorale, du type de tumeur et de son degré d'envahissement local.

Résection locale

Si la tumeur est débutante et superficielle, le chirurgien peut la retirer sans devoir enlever un morceau d'intestin. Il retirera également une marge de muqueuse saine autour de la tumeur pour augmenter les chances d'avoir retiré toutes les cellules cancéreuses. Cette intervention peut se faire par endoscopie.

Colectomie et stomie (cancer du côlon)

Si la tumeur a envahi la paroi, il faudra retirer la partie du côlon (gros intestin) porteuse de la tumeur et les tissus avoisinants éventuellement infiltrés par des cellules cancéreuses. La quantité d'intestin retirée dépend de la taille de la tumeur et de sa localisation.

L'analyse microscopique du cancer et des ganglions enlevés à proximité immédiate de l'intestin permet de décider si d'autres traitements (radiothérapie ou chimiothérapie) sont ou non nécessaires.

Lorsque le chirurgien retire un morceau de l'intestin, il réunit les deux segments par une suture appelée anastomose. Parfois, pour laisser le temps à l'anastomose de guérir, il réalise une ouverture temporaire de l'intestin au niveau de la peau en amont (stomie), avec placement d'une "poche". La stomie restera en place quelques semaines à quelques mois. Si le chirurgien doit retirer une longue portion d'intestin, il arrive qu'il ne soit plus possible de joindre les deux extrémités. Dans ce cas, il faudra que la stomie soit définitive.

Le plus souvent, le chirurgien peut prévoir à l'avance s'il va devoir placer une stomie temporaire ou permanente. Il expliquera en détail ce qui va se passer pendant et après l'opération. Le patient sera également en contact avec un infirmier spécialisé en stomies : un stomathérapeute. Les chirurgiens évitent autant que possible de recourir à la stomie définitive.

Proctectomie (cancer du rectum)

Si la tumeur envahit la paroi du rectum, le chirurgien devra retirer un segment de rectum ainsi qu'une marge de tissu sain autour de la tumeur pour être certain de ne pas laisser de cellules cancéreuses en place. L'analyse microscopique du cancer et des ganglions enlevés à proximité immédiate de l'intestin permet de décider si d'autres traitements sont ou non nécessaires.

Lorsque le cancer se trouve à proximité immédiate de l'anus, le chirurgien est parfois obligé d'enlever ce dernier (résection abdomino-périnéale). En conséquence, un anus artificiel (colostomie en langage médical) définitif devra être réalisé. Pour ce faire, la partie terminale de l'intestin est amenée à la peau (au niveau du ventre) et reliée à une poche amovible chargée de collecter les selles.

Radiothérapie

La radiothérapie est utilisée pour détruire les cellules cancéreuses à l'aide de rayons X de haute énergie.

La radiothérapie donnée avant l'opération permet de diminuer les risques de récurrence locale. Elle permet également, dans certains cas, de réduire le volume tumoral, ce qui facilite l'opération ou limite son ampleur (conservation de l'anus).

En fonction des résultats opératoires, des rayons peuvent être donnés après l'opération.

Dans le cas de cancers du rectum, la radiothérapie est généralement employée **en complément de la chirurgie**.

Dans les rares situations où l'état général du patient contre-indique toute opération, la radiothérapie sera destinée à lutter contre, ou à prévenir, une obstruction intestinale.

Radio-chimiothérapie

Le principe de la radio-chimiothérapie (avant ou après la chirurgie) est d'administrer, pendant la période où se déroule la radiothérapie, une ou plusieurs cures de chimiothérapie. Le but est d'ajouter localement (dans la zone irradiée) l'action des deux traitements pour diminuer les risques de récurrence locale et de prévenir la dissémination métastatique.

Effets secondaires de la radiothérapie

Une fatigue progressive peut s'installer. Elle disparaît habituellement après la fin du traitement.

Dans la zone irradiée, on peut observer temporairement une chute des poils ou une irritation de la peau.

En fonction de la localisation de la tumeur, la radiothérapie risque d'endommager les cellules reproductrices. Il est conseillé aux patients qui souhaitent avoir des enfants après une radiothérapie d'en discuter avec leur médecin avant le début du traitement.

Chimiothérapie

La chimiothérapie consiste à utiliser des médicaments afin de tuer les cellules cancéreuses.

La chimiothérapie est utilisée depuis de nombreuses années dans le traitement des cancers avancés du côlon. Plus récemment, l'utilisation de nouveaux médicaments ciblés (voir ci-dessous), en combinaison avec la chimiothérapie, a permis d'améliorer encore les résultats.

Une chimiothérapie peut être appliquée dans différentes circonstances :

- chimiothérapie néo-adjuvante pour diminuer le volume d'une tumeur avant une opération chirurgicale ou une radiothérapie ;

- chimiothérapie adjuvante, après une opération, pour réduire le risque de récurrences locales ou prévenir les métastases à distance ;
- radiochimiothérapie : pour rendre les cellules cancéreuses plus sensibles à la radiothérapie ;
- pour les patients dont le cancer a métastasé (ou en cas de risque de métastases) dans d'autres organes tels que le foie ou les poumons. Dans ce cas, la chimiothérapie peut être utilisée seule ou en combinaison avec une radiothérapie ou des traitements ciblés.

Effets secondaires de la chimiothérapie

Ces médicaments (cytostatiques) agissent non seulement sur les cellules cancéreuses mais également sur les cellules saines qui se divisent.

La chimiothérapie peut de ce fait engendrer des effets secondaires désagréables, tels que :

- une chute des cheveux (rare dans le cas du traitement des cancers colorectaux) ;
- une inflammation de la muqueuse buccale ;
- une perte d'appétit ;
- des nausées et vomissements ;
- de la diarrhée ;
- un risque accru d'infections (suite à la réduction du nombre de globules blancs) ;
- des hémorragies et saignements (suite à la réduction du nombre de plaquettes sanguines) ;
- une fatigue intense (suite à la réduction du nombre de globules rouges).

Il est possible de combattre ou de limiter la plupart de ces effets secondaires par des traitements appropriés. Les effets secondaires disparaissent progressivement après la fin du traitement par cytostatiques.

Certaines chimiothérapies peuvent également causer des dégâts aux nerfs (neuropathie). Les conséquences sont des

perdes d'audition ou des symptômes localisés dans les mains et les pieds tels que des douleurs, une perte de sensibilité, une sensation de brûlure, picotements, hypersensibilité au froid/chaud, sensation de faiblesse. Habituellement, ces troubles disparaissent progressivement à la fin du traitement, mais peuvent perdurer chez certaines personnes. Certaines chimiothérapies peuvent être toxiques pour le cœur, le foie ou les reins. Dans certains cas, il est nécessaire de réduire la dose de chimiothérapie ou même de différer, voire d'arrêter le traitement.

Médicaments ciblés

Ces médicaments s'attaquent aux cellules cancéreuses en perturbant sélectivement certaines étapes-clés de leur fonctionnement. Ces médicaments ne sont toutefois pas actifs chez tous les patients, c'est pourquoi il faut d'abord déterminer si la tumeur est porteuse des récepteurs spécifiques contre lesquels ces molécules sont actives (les "cibles").

Les thérapies ciblées sont majoritairement utilisées en combinaison avec une chimiothérapie, dans le cas d'une récurrence, ou si le cancer continue à progresser malgré la chimiothérapie.

Comme cette dernière, ils provoquent des effets secondaires, mais ceux-ci sont souvent moins marqués.

Dans le cas des cancers colorectaux, on a généralement recours au cetuximab, au bevacizumab ou au panitumumab. Il s'agit d'anticorps monoclonaux (protéines artificielles identiques à celles produites par le système immunitaire).

Effets secondaires des traitements ciblés

Certains traitements ciblés peuvent être à l'origine de réactions très intenses (allergies, réactions cutanées, etc.) mais la "bonne nouvelle" est que ces effets secondaires sont souvent prédictifs de leur efficacité, ce qui n'est pas le cas avec la chimiothérapie. Parmi les autres effets secondaires possibles, citons notamment : maux de tête, fatigue, fièvre et diarrhée.

La qualité de vie comme but des traitements

Certains cancers ne peuvent pas être définitivement guéris. Les traitements visent alors à stabiliser leur évolution en stoppant leur progression ou en les maintenant sous contrôle. Dans ce cas, on peut dire que le cancer devient une **maladie chronique** avec laquelle il faut vivre. L'équipe médicale met alors tout son savoir-faire au service de la **qualité de vie**.

Quand le cancer progresse malgré tout, ce souci de la **qualité de vie** prend de plus en plus d'importance. Le but du traitement est alors de contrôler les éventuelles **douleurs** et **inconforts** liés à la maladie. Une situation qui peut durer plusieurs années.

Enfin, quand le cancer est trop avancé pour être maîtrisé, on propose des **soins palliatifs** qui visent également à maintenir une qualité maximale de la fin de vie.

Suivi après la fin des traitements

Le suivi après traitement du cancer colorectal est très important. L'équipe médicale proposera un planning de suivi qui comprendra une série de consultations et d'exams complémentaires (prises de sang, imagerie, etc.) à un certain rythme, qui diminuera au fil des années. Il est très important de respecter ce planning. Si de nouveaux troubles ou symptômes font leur apparition dans l'intervalle entre deux contrôles, il faut en informer rapidement le médecin.

Guérison ou rémission ?

Une rémission est une amélioration de l'état du patient, avec diminution des signes de présence du cancer. Lorsque tous les signes de la maladie ont disparu, on parle de **rémission complète**. Cela ne signifie pas toujours que la maladie a été totalement et définitivement éliminée. En effet, même à ce stade, quelques cellules malignes peuvent avoir survécu, mais elles sont trop petites pour être détectées par les examens pratiqués. Seul le temps permettra de s'assurer que ce n'est pas le cas. Et c'est seulement à ce moment qu'on parlera de **guérison**.

Combien de temps faudra-t-il attendre? Tout dépend du type de cancer. Arbitrairement, la barre a été fixée à 5 ans, mais il n'est pas toujours nécessaire de patienter aussi longtemps pour parler de guérison. En règle générale, plus une rémission se prolonge, plus il y a de chances d'être définitivement guéri.

Encore quelques conseils

Lutter contre la fatigue

La fatigue est un effet secondaire très fréquent du cancer et/ou de ses traitements. Cette fatigue peut être ressentie longtemps après la fin des traitements.

Votre médecin et/ou l'équipe médicale, peuvent vous aider à en réduire les effets.

Pratiquer une activité physique adaptée, pendant et après les traitements, permet de retrouver un certain tonus. Cela peut faciliter les petits efforts quotidiens.

Plus d'informations sur l'activité physique pendant et après un cancer sur www.cancer.be ou par téléphone au Cancerinfo : 0800 15 801.



Soulager la douleur

Le médecin ou le personnel soignant peuvent vous aider à soulager les douleurs. Suivez toujours strictement leurs recommandations, notamment concernant les doses prescrites d'antidouleurs.

Pour que manger reste un plaisir

Si la maladie ou les traitements perturbent votre alimentation, vous pouvez demander conseil à un diététicien spécialisé en oncologie (oncodiététicien).

Ne suivez pas de votre propre initiative un prétendu régime « anticancer ». L'efficacité de ce type de « régime » est loin d'être démontrée, et cela risque fort d'affaiblir davantage votre corps. Soyez également prudent avant de prendre des compléments alimentaires. Certains d'entre eux peuvent perturber l'efficacité de votre traitement.

Plus d'informations (conseils, recettes, annuaire d'oncodiététiciens, etc.) sur www.cancer.be/alimentation-recettes ou par téléphone au Cancerinfo : 0800 15 801.



Attention aux interactions médicamenteuses !

Certains médicaments (conventionnels ou issus de médecines « douces ») peuvent modifier l'efficacité des traitements anticancéreux.

Faites une liste des traitements que vous suivez (médicaments mais aussi vitamines, plantes, régimes, etc.) et discutez-en avec votre médecin et/ou l'équipe soignante lors de vos consultations.

Ces brochures complémentaires sont disponibles sur www.cancer.be/publications ou par téléphone au Cancerinfo 0800 15 801 :

- Médecines « douces » et cancers.
- Guide des compléments alimentaires.

L'importance d'un bon moral

Pendant la maladie, il est normal d'avoir des hauts et des bas. L'équipe soignante est là pour vous aider à passer ce cap difficile.

Après la fin d'un traitement contre le cancer, il faut reprendre pied dans la vie « normale », parfois retourner au travail, et pourtant vous vous sentez comme rescapé(e) d'une aventure difficile à partager.

Si vous éprouvez des difficultés, parlez-en à un proche, à un membre de l'équipe soignante, à un psychologue ou aux membres d'une association de patients.

La Fondation contre le Cancer propose également un coaching psychologique complémentaire par téléphone. Plus d'informations sur www.cancer.be ou par téléphone au Cancerinfo : 0800 15 801.

L'importance d'une relation de confiance avec ceux qui vous soignent

N'hésitez jamais à interroger votre équipe soignante (médecins, infirmières et autres) et à répéter vos questions jusqu'à obtenir une réponse compréhensible. Construisez un véritable dialogue avec eux. Cela vous permettra de prendre de commun accord et en toute confiance les décisions qui s'imposent.

Le CSO, un partenaire tout au long de votre traitement

Le « Coordinateur de soins en oncologie » (CSO) est un/une infirmier/infirmière spécialisé(e) qui sera votre personne de contact privilégiée tout au long des traitements que vous allez suivre.

Il/elle fait partie intégrante de votre équipe soignante, assiste à toutes les réunions vous concernant et coordonne tous vos rendez-vous. Votre CSO est facilement joignable par téléphone ou par mail pour répondre à vos questions.

La Fondation contre le Cancer Transformons l'espoir en victoire !

Au sein de la Fondation contre le Cancer, nous avons pour missions :

- D'abord et avant tout de financer les meilleures équipes de chercheurs qui travaillent à mieux comprendre les mécanismes d'apparition de la maladie, qui vont ainsi pouvoir **trouver** des méthodes de traitement encore plus performantes, qui améliorent les chances de guérison et la qualité de vie des patients. En effet, pour vaincre le cancer, c'est la recherche scientifique qui transforme petit à petit l'espoir en victoire.
- D'**agir** nous-même quand c'est nécessaire et notamment par le financement de projets psychosociaux qui permettent d'avoir un impact sur la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer ou de leurs proches.
- De **mobiliser** tous les acteurs, car ensemble nous serons plus efficaces et avancerons plus vite.
- D'**informer** en renforçant les connaissances globales sur le cancer, sur les mécanismes d'apparition de la maladie et sur les traitements ; de traduire les résultats de la recherche en informations accessibles et compréhensibles pour le grand public.