



Fondation
contre le Cancer

Transformons l'espoir en victoire !

À 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

3.127



Fondation
contre le Cancer

Cancers de la bouche et des glandes salivaires



E.R. : Benoît Koerperich - Fondation contre le Cancer - Chaussée de Louvain 479, B-1030 Bruxelles - Fondation d'utilité publique - 0873.268.432 - P&R 20.08 CDN Communication 19.4.102

Table des matières

| | |
|--|----|
| Cancers de la bouche et de l'oropharynx | 4 |
| Fréquence | 4 |
| Différents types de cancers de la bouche et de l'oropharynx | 4 |
| Facteurs de risques | 4 |
| Cancers des glandes salivaires | 7 |
| Fréquence | 7 |
| Différents types de cancers des glandes salivaires | 7 |
| Facteurs de risque | 8 |
| Cancers de la bouche et de l'oropharynx ET Cancers des glandes salivaires | 9 |
| Symptômes | 9 |
| Examens de diagnostic et bilan d'extension | 10 |
| Traitements | 12 |
| Suivi après la fin des traitements | 21 |
| Prévention des rechutes | 22 |
| Guérison ou rémission ? | 22 |
| Encore quelques conseils | 23 |
| La Fondation contre le Cancer Transformons l'espoir en victoire ! | 27 |

Lisez ceci

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

Un cancer de la bouche ou des glandes salivaires est composé d'une masse de cellules anormales qui se multiplient de façon anarchique. Les cellules cancéreuses peuvent envahir d'autres tissus de proche en proche ou s'échapper de la tumeur et coloniser d'autres organes à distance (poumons, os, foie...) pour y former des tumeurs secondaires appelées métastases. Ces métastases sont constituées de cellules cancéreuses venant de la bouche ou des glandes salivaires et elles doivent donc être traitées comme telles.

Cette brochure traite de ces deux cancers car les symptômes et le traitement se ressemblent souvent. Cependant, nous aborderons d'abord les deux séparément concernant la fréquence, les différents types et les facteurs de risque.

Fréquence

En Belgique, on diagnostique annuellement plus de 1 500 cas de cancers de la bouche et de l'oropharynx. Ils touchent deux fois plus d'hommes que de femmes, le plus souvent après l'âge de 60 ans (sauf pour les cancers liés au virus HPV qui touchent des personnes plus jeunes – voir page 5).

Différents types de cancers de la bouche et de l'oropharynx

90 % de ces cancers sont des “carcinomes épidermoïdes”. Cette brochure leur est consacrée. Chez un petit nombre de patients, un autre type de cancer peut être découvert dans une région anatomique plus ou moins proche (larynx, œsophage ou poumon) en même temps que le cancer de la bouche ou de l'oropharynx. Il ne s'agit pas d'une métastase du premier cancer, mais bien d'une tumeur différente. C'est ce qu'on appelle **un cancer synchrone**. Pour cette raison, le diagnostic d'un cancer de la sphère buccale ou oropharyngée doit toujours être suivi d'examen complémentaires pour s'assurer qu'il n'y a pas une telle tumeur synchrone.

Facteurs de risques

Le **tabac** et l'**alcool** sont les deux facteurs de risque principaux des cancers de la bouche ou de l'oropharynx.

Tabac

La plupart des gens touchés par ces cancers consomment du tabac (fumé ou chiqué). Plus la consommation est importante, plus le risque est grand. Cela vaut aussi bien pour la cigarette que pour le cigare ou la pipe.

Alcool

L'alcool est un autre facteur augmentant le risque des ces cancers. Et un usage combiné d'alcool et de tabac multiplie ce risque de façon très importante. Il est 100 fois plus élevé chez les personnes qui boivent et fument régulièrement par rapport à celles qui évitent ces comportements.

Infection par un Papillomavirus (HPV)

Les Papillomavirus (HPV) sont une famille de virus très répandus. La plupart ne causent que des verrues. Mais si certains de ces virus (comme le HPV16) s'installent de façon chronique, ils augmentent à terme le risque de divers cancers : cancers du col de l'utérus ou de la bouche et de l'oropharynx notamment. Ces types de HPV se propagent principalement par contact sexuel.

On estime qu'actuellement, en Belgique, environ 30 % des cancers de l'oropharynx sont causés par un virus HPV. Les infections par ces virus sont très fréquentes, mais la plupart guérissent spontanément. Seul un très faible pourcentage développera un cancer de l'oropharynx. La multiplicité des partenaires sexuels peut être un facteur de risque.

Le pronostic des cancers oropharyngés liés à un virus HPV, en particulier chez les non-fumeurs, est nettement meilleur que celui des cancers causés par une consommation de tabac et d'alcool.

Lésions potentiellement précancéreuses

La **leucoplasie** et l'**érythroplasie** sont deux sortes de tissus anormaux pouvant apparaître dans la bouche et la gorge :

- une **leucoplasie** se présente comme une plaque grise ou blanche ;
- une **érythroplasie** est une rougeur plate ou légèrement gonflée saignant facilement si elle est grattée.

Ces lésions, relativement inoffensives, présentent parfois des anomalies au niveau des couches de cellules superficielles. On parle alors de **dysplasie (lésion précancéreuse)** qui, si elle n'est pas traitée, peut évoluer vers un cancer invasif. La majorité des cancers de la bouche ne sont pas précédés de leucoplasie ou d'érythroplasie.

La cause la **plus fréquente** de leucoplasie et d'érythroplasie est le **tabac** (fumé ou chiqué). Une prothèse dentaire mal adaptée, qui frotte contre la langue ou les muqueuses, peut également être à l'origine de ces lésions. Si la cause est supprimée, la guérison est généralement spontanée. Parfois, aucune cause n'est identifiable.

Le **lichen plan érosif** est une lésion chronique et douloureuse de la muqueuse de la bouche, qui peut également dégénérer en cancer (dans 1 à 3 % des cas).

On ne connaît pas la cause des lichens plans. Il est possible qu'il s'agisse d'une affection auto-immune.

Fréquence

Les cancers des glandes salivaires sont rares. En Belgique, on compte environ 150 nouveaux cas par an. Les hommes sont presque deux fois plus souvent atteints que les femmes. Ce type de cancers se déclare surtout après 40 ans, mais peut se rencontrer à tout âge, notamment chez des adolescents et jeunes adultes.

Différents types de cancers des glandes salivaires

La classification des tumeurs des glandes salivaires est très complexe. La majorité sont bénignes. Certaines, sont bénignes au départ mais peuvent se transformer en cancer après plusieurs années d'évolution si elles ne sont pas enlevées. Enfin, d'autres sont d'emblée cancéreuses comme par exemple :

- le **carcinome mucoépidermoïde**, qui est un des cancers des glandes salivaires les plus fréquents. Il trouve le plus souvent son origine dans les glandes parotides et plus rarement dans les glandes sous-maxillaires (ou sous-mandibulaires) ou dans les glandes salivaires accessoires. Il en existe une forme peu agressive et une autre nettement plus agressive.
- le **carcinome adénoïde kystique**, souvent d'évolution lente, mais qui tend à se développer en suivant le trajet de certains nerfs, ce qui rend l'opération délicate. Ce cancer est sujet à des rechutes après traitements (le plus souvent chirurgie et radiothérapie), parfois de nombreuses années plus tard (jusqu'à 20 ans et plus).

Il existe encore d'autres formes de carcinomes, de gravité variable et aux noms très complexes.

Pour terminer, il existe des cancers d'autres origines qui se logent dans les glandes salivaires. Il peut alors s'agir de lymphomes, de sarcomes ou de métastases d'autres cancers (notamment d'un mélanome).

Facteurs de risque

Le principal facteur de risque connu de cancer des glandes salivaires est l'exposition à des rayonnements radioactifs, par exemple suite à une radiothérapie ou dans l'environnement professionnel.

Symptômes

Les premiers signes d'une **lésion (pré)cancéreuse de la sphère buccale** sont souvent repérés par le dentiste ou le médecin traitant. S'il suspecte une anomalie, il dirigera le patient vers un médecin spécialiste ORL (nez-gorge-oreilles), ou un stomatologue (spécialiste des maladies de la bouche).

Symptômes possibles :

- plaie buccale ne guérissant pas (le plus fréquent) ;
- douleur persistante dans la bouche ou la langue ;
- gonflement ou épaissement de la joue ;
- tache blanche ou rouge sur les gencives, la langue, les amygdales ou la muqueuse buccale ;
- gorge douloureuse, sensation d'avoir quelque chose de bloqué dans la gorge ;
- difficultés à mâcher ou avaler ;
- difficultés à bouger la langue ou la mâchoire ;
- insensibilité ou engourdissement de la langue ou d'une partie de la bouche ;
- en cas de port d'une prothèse dentaire : gonflement de la mâchoire entraînant un inconfort ou un mauvais placement de celle-ci ;
- douleurs à la mâchoire et aux dents, déchaussement des dents ;
- modification de la voix ;
- gonflement au niveau du cou ;
- perte de poids inexplicquée ;
- mauvaise haleine persistante.

Les signaux pouvant indiquer la présence d'un **cancer des glandes salivaires** sont :

- un gonflement ou une grosseur dans le visage ou le cou ;
- une douleur persistante dans une partie du visage ou du cou ;
- une différence notable de taille et/ou de forme entre la partie droite et la partie gauche du visage ou du cou ;
- une faiblesse musculaire ou une paralysie d'une moitié du visage.

La plupart de ces symptômes sont le plus souvent dus à des problèmes de santé sans gravité, sans aucun rapport avec un cancer. Si les symptômes persistent plus de deux semaines, mieux vaut consulter son médecin traitant.

Examens de diagnostic et bilan d'extension

Le diagnostic de cancer est généralement posé par un médecin spécialiste ORL (nez-gorge-oreilles), ou un stomatologue (spécialiste des maladies de la bouche). Selon les circonstances, il demandera un ou plusieurs des examens suivants :

Nasofibroscopie (flexible) et autres endoscopies

Un tube flexible contenant des fibres optiques (**fibroscope**) est introduit par le nez, afin d'examiner l'arrière de la cavité nasale (nasopharynx), l'oropharynx, le larynx et l'hypopharynx. Cet examen se pratique en général sous anesthésie locale à l'aide d'un spray ou gel anesthésiant.

Selon les cas, il se peut que le médecin estime nécessaire de procéder également à d'autres examens endoscopiques, soit au niveau de la gorge, soit au niveau d'autres organes.

Si une zone suspecte est repérée, on peut procéder à une biopsie.

Biopsie

La biopsie est un prélèvement de tissu qui sera examiné au microscope pour confirmer le diagnostic de cancer, préciser le degré de malignité (le grade) et le degré d'extension de la maladie (le stade).

Dans le cas des cancers de la sphère buccale et de l'oropharynx, une recherche de virus HPV doit être effectuée sur le prélèvement.

Bilan d'extension

Si le diagnostic de cancer est confirmé, des examens complémentaires sont menés afin de déterminer l'extension de la tumeur, la présence ou l'absence d'atteinte des ganglions du cou et enfin la présence ou l'absence de métastases.

Les principaux examens sont :

- Le **scanner (CT-scan)** (avec ou sans produit de contraste) permet d'obtenir des images extrêmement détaillées des différents organes. Un CT-scan de la tête et du cou permet de déterminer la taille, la forme et la localisation de la tumeur, ou de voir si la tumeur s'est étendue à certains os qui sont à proximité (mâchoire par exemple). Il permet également de voir si des ganglions lymphatiques ont augmenté de volume.
- Un CT-scan du thorax permet de visualiser un cancer simultané au niveau des bronches et la présence de métastases dans les ganglions du médiastin ou les poumons.
- Le **La RMN (imagerie par résonance magnétique nucléaire)** ressemble à un scanner, dont on aurait remplacé les rayons X par des champs magnétiques. Les différents organes sont visualisés sur un écran d'ordinateur.
- Le **PET-scan (tomographie par émission de positrons)** permet de détecter des métastases à un stade précoce.
- **L'analyse sanguine** peut être utile pour déterminer l'état de santé général, par exemple avant une opération chirurgicale. Elle permet également de donner des indications sur la présence éventuelle de métastases dans le foie ou les os.
- **L'examen dentaire** est systématiquement conseillée, avant une radiothérapie. Une intervention dentaire est en effet parfois nécessaire avant ce type de traitement (par exemple l'extraction de certaines dents).

Des détails sur le déroulement de ces différents examens sont disponibles sur le site www.cancer.be ou par téléphone au Cancerinfo : 0800 15 801.

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.

Les traitements les plus fréquemment appliqués en cas de cancers de la cavité buccale ou de l'oropharynx, sont :

- la chirurgie ;
- la radiothérapie ;
- la chimiothérapie ;
- les médicaments ciblés.

Une combinaison de plusieurs traitements est également possible.

Des détails sur le déroulement de ces différents traitements sont disponibles sur le site www.cancer.be ou par téléphone au Cancerinfo : 0800 15 801.

La chirurgie

Différentes opérations peuvent être pratiquées, en fonction du stade et de l'emplacement de la tumeur. Dans la majorité des cas, l'opération devra non seulement enlever la tumeur mais

aussi les ganglions au niveau du cou. Une chirurgie reconstructrice est parfois nécessaire après l'ablation de la tumeur, afin de réparer la perte de substance et préserver au mieux les fonctions des zones opérées.

Résection de la tumeur

Lors de l'opération, on enlève la tumeur et toute la zone qui l'entoure, afin d'éviter que d'éventuelles cellules cancéreuses ne restent en place dans les tissus avoisinants.

En fonction de la taille et de la localisation de la tumeur, l'opération peut se faire par la bouche ou par une incision au niveau du cou et une ouverture au niveau de la mâchoire (mandibulotomie).

Quelques cas particuliers :

Glossectomie (ablation de la langue)

En cas de cancer de la langue peu étendu, il suffit de retirer une partie de la langue (glossectomie partielle). La plaie est refermée en rapprochant les tissus autour de la partie enlevée. Si la tumeur est plus étendue, il est parfois nécessaire d'enlever la moitié de la langue (hémiglossectomie), voire presque toute la langue (glossectomie subtotal) et même toute la langue (glossectomie totale). Une chirurgie reconstructrice est indispensable, réalisée à l'aide de greffes de tissu prélevé sur diverses zones du corps.

Mandibulectomie (ablation de la mâchoire inférieure)

En cas de tumeur qui envahit l'os de la mâchoire inférieure (mandibule), il est parfois nécessaire de la retirer en partie ou en totalité. La partie enlevée peut être remplacée par un fragment d'os provenant d'un autre os du corps. Ce tissu est prélevé chez le patient lui-même. Parfois, c'est une plaque métallique qui est utilisée pour remplacer la partie manquante.

Maxillectomie (ablation de la mâchoire supérieure)

Si le cancer s'est étendu au palais dur (partie antérieure du plafond de la bouche), il faut procéder à l'ablation complète ou partielle de la zone touchée de la mâchoire supérieure. Cette opération laisse un trou dans le plafond de la bouche. Il peut, en général, être obturé à l'aide d'une prothèse spéciale. Dans certains cas, on utilisera aussi des greffes osseuses.

Ablation des ganglions lymphatiques du cou

Les cancers de la bouche et de l'oropharynx s'étendent très souvent vers les ganglions lymphatiques du cou. Il est alors nécessaire de procéder à l'ablation de ces ganglions d'un côté ou des deux côtés du cou. Cette opération est nommée **évidement (ou curage) ganglionnaire**. Elle est effectuée en même temps que l'ablation de la tumeur.

Effets secondaires de la chirurgie

Quand une tumeur infiltre les tissus entourant les nerfs responsables des mouvements du visage ou de la langue, il est parfois nécessaire de les sectionner. Cela entraîne une paralysie d'une partie du visage, ou des difficultés d'élocution et de déglutition qui devront faire l'objet d'une rééducation par un(e) logopède. Une perte du goût, des difficultés à avaler et une anesthésie partielle du cou et de la région où se trouvait la tumeur sont également possibles.

Dans la majorité des cas, les ganglions lymphatiques du cou doivent être enlevés. Cela peut entraîner une **perte de sensibilité** de l'oreille et de certaines zones du cou, une **faiblesse musculaire** rendant difficiles les mouvements du bras au-dessus de la tête ou encore une faiblesse de la lèvre inférieure.

Sonde de gastrostomie

Les opérations des cancers de la **bouche** et de la **gorge** peuvent entraver le processus de déglutition (le fait d'avaler) nécessitant la pose d'une sonde de gastrostomie. Ce tube relié directement à l'estomac, à travers la peau et les muscles, permet d'injecter des aliments liquides. Il sera retiré dès qu'une alimentation normale peut reprendre.

Si les problèmes pour avaler ne sont que très temporaires, on opte plutôt pour un tube d'alimentation nasogastrique, qui passe par la cavité nasale jusque dans l'œsophage et l'estomac.

Chirurgie reconstructrice

Après des opérations étendues, la chirurgie reconstructrice permet de retrouver une apparence et/ou une fonction les plus normales possibles.

Pour des petites lésions de surface, on peut par exemple procéder à une **greffe de peau**, prélevée sur la cuisse, le cou ou encore derrière l'oreille.

Lorsque les dommages sont plus étendus, c'est une partie de **muscle** – avec ou sans la peau qui le recouvre – qui est prélevée. Les options de reconstruction sont désormais plus nombreuses, grâce aux progrès de la microchirurgie vasculaire (qui consiste à recoudre ensemble de très petits vaisseaux sanguins sous un microscope). Des tissus provenant d'autres parties du corps peuvent être employés pour reconstruire des parties de la bouche, de la gorge ou de la mâchoire.

Revalidation

En fonction des interventions qui ont été pratiquées, il est souvent nécessaire de faire appel à des revalidations spécifiques, notamment de la parole et de la déglutition. Interviennent alors, des logopèdes, nutritionnistes et/ou kinésithérapeutes spécialisés.

Note : ceci est également nécessaire après des traitements par radiothérapie ou radio-chimiothérapie, en fonction de la localisation et de l'étendue de la tumeur, ainsi que de l'état général du patient.



Radiothérapie

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

Dans le cas des cancers de la bouche ou de la gorge, la radiothérapie est utilisée dans différents contextes :

- comme **traitement principal** pour les petites tumeurs ;
- après une opération, en **complément** de celle-ci. On parle alors de **radiothérapie adjuvante**. Le but est d'éliminer les éventuelles cellules cancéreuses qui seraient encore présentes après l'opération ;
- dans le cas de cancers étendus que l'on ne peut pas opérer, **en combinaison** avec une chimiothérapie ou une thérapie ciblée ;
- comme moyen **d'alléger les symptômes** d'un cancer plus avancé : douleurs liées aux métastases osseuses.

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.

Brachythérapie (implants de matériel radioactif)

Une autre manière de délivrer des rayons est de placer de fins fils, aiguilles ou grains de métal contenant des matériaux radioactifs directement dans la tumeur. Cela permet de limiter les dégâts causés aux tissus sains environnants. Les implants sont généralement laissés en place quelques jours. On fait appel à la brachythérapie (aussi appelée curiethérapie) pour certaines petites tumeurs, ou en cas de tumeur limitée chez un patient qui a déjà eu une radiothérapie externe à proximité pour un autre cancer.

Effets secondaires de la radiothérapie

La radiothérapie a des effets secondaires à court et à long terme. Les premiers sont souvent passagers, et disparaissent

progressivement peu après la fin du traitement. Les seconds sont souvent définitifs.

À court terme

Une radiothérapie peut causer des brûlures de la peau, similaires à des coups de soleil, dans la région de la tête et du cou, ainsi que des douleurs dans la bouche et la gorge (mucite) et une fatigue marquée. Parmi les autres effets secondaires possibles, citons : ulcérations dans la bouche, enrouement, difficultés à avaler, perte du goût.

À long terme

On peut parfois observer une nécrose au niveau des os de la mâchoire.

Les atteintes aux glandes salivaires sont un problème important, pouvant causer une sécheresse buccale fort invalidante. La radiothérapie avec modulation d'intensité (IMRT) permet de réduire nettement la baisse de salive en évitant au maximum d'irradier les glandes salivaires. Un suivi par un dentiste est en tout cas conseillé en cas de radiothérapie de la tête ou du cou.

En cas de radiothérapie du cou, la fonction de la thyroïde peut être affectée. Des médicaments spécifiques sont alors nécessaires. Les carotides (artères du cou) peuvent quant à elles être fragilisées, ce qui entraîne un risque accru d'attaques cérébrales, généralement quelques années après le traitement.

Les nouvelles techniques de radiothérapie, beaucoup plus précises que par le passé, permettent de réduire nettement ces effets secondaires.

Extraction de dents et implants dentaires

Un examen dentaire doit être effectué avant toute radiothérapie. Il est parfois nécessaire de retirer certaines dents, voire même toutes. Des dents cassées ou infectées (abcès) non retirées pourraient causer de graves problèmes (infections sévères) suite au traitement.

Il est éventuellement possible de placer ensuite des implants dentaires après un délai d'un an.

Une hygiène buccale stricte est nécessaire pour le restant de la vie. Il est fortement conseillé d'utiliser régulièrement des gouttières sur lesquelles on applique un peu de fluor, et de se brosser les dents plusieurs fois par jour avec un dentifrice riche en fluor, afin de préserver les dents restantes.

Chimiothérapie

La chimiothérapie consiste à utiliser des médicaments (cytostatiques) afin de tuer les cellules cancéreuses. Ils sont surtout utiles dans les formes avancées de cancer.

Une chimiothérapie peut être administrée dans différentes circonstances :

- comme première étape du traitement, pour faire diminuer le volume d'une tumeur avant une opération chirurgicale ou une radiothérapie. On parle dans ces cas de **chimiothérapie néoadjuvante** ;
- après une opération chirurgicale ou une radiothérapie, dans le but de réduire le risque de récidives locales ou de prévenir les métastases à distance. On parle dans ce cas de **chimiothérapie adjuvante** ;
- en même temps qu'une radiothérapie, car la chimiothérapie permet de rendre les cellules cancéreuses plus sensibles à la radiothérapie. On parle alors de **radiochimiothérapie**. Ce traitement combiné peut être utilisé seul ou précéder une opération ;
- en présence de métastases dans d'autres organes (les poumons, les os ou le foie, ...), la chimiothérapie peut être utilisée seule ou en combinaison avec une radiothérapie ou des traitements ciblés.

La chimiothérapie n'est pas souvent utilisée dans les cancers des **glandes salivaires**. On l'utilise seule ou parfois en combinaison avec la radiothérapie lorsque le cancer est inopérable ou si le cancer a métastasé.

Effets secondaires de la chimiothérapie

Ces médicaments (cytostatiques) agissent non seulement sur les cellules cancéreuses mais également sur les cellules saines qui se multiplient. La chimiothérapie peut de ce fait engendrer des effets secondaires désagréables, tels que :

- une fatigue intense (suite à la réduction du nombre de globules rouges) ;
- 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 inflammation douloureuse de la muqueuse buccale ;
- des nausées et vomissements ;
- de la diarrhée ;
- une perte d'appétit ;
- une chute des cheveux (pour les cancers ORL, uniquement avec les taxanes).

L'efficacité de la chimiothérapie sur les cellules cancéreuses n'est en rien liée à la présence ou l'absence de ces effets secondaires.

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

Certaines chimiothérapies peuvent également causer des dégâts aux nerfs (neuropathie). Ils peuvent se manifester par 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 après la fin du traitement. Il arrive aussi que l'atteinte des nerfs entraîne une perte d'audition.

Par ailleurs, certaines chimiothérapies peuvent être toxiques pour le cœur, le foie ou les reins. En raison de ces toxicités, il

est parfois nécessaire de réduire les doses de chimiothérapie ou même de différer, voire de changer le traitement.

Médicaments ciblés

Ces médicaments s'attaquent aux cellules cancéreuses en perturbant sélectivement certaines étapes-clés de leur fonctionnement. Toutefois, les traitements ciblés ne sont utiles qu'en présence de l'anomalie spécifique qu'ils sont capables de reconnaître. C'est pourquoi il faut d'abord déterminer si la tumeur est porteuse des récepteurs ou anomalies particulières (les « cibles ») contre lesquelles ces molécules sont actives.

Les thérapies ciblées sont le plus souvent utilisées en combinaison avec une chimiothérapie, par exemple en cas de récurrence ou si le cancer continue à progresser malgré la chimiothérapie.

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. 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, le cancer peut devenir une **maladie chronique** avec laquelle il faut apprendre à vivre. L'équipe médicale met alors tout son savoir-faire au service de la qualité de vie à court, moyen et long terme.

Quand le cancer progresse malgré tout, ce souci de la **qualité de vie** prend encore plus d'importance. Le but du traitement est alors de contrôler les éventuelles **douleurs** et **inconforts** liés à la maladie.

Enfin, quand le cancer est trop avancé pour être maîtrisé, on propose des **soins palliatifs** dont la priorité est de maintenir une qualité de vie maximale pendant toute la période – parfois longue – de la fin de vie.

Suivi après la fin des traitements

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

Après une radiothérapie, le suivi consiste en des examens du sang contrôlant la fonction de la thyroïde. Il est également conseillé de faire contrôler régulièrement ses dents chez un dentiste.

Prévention des rechutes

Même si un cancer de la sphère buccale ou oropharyngée est guéri, il reste possible qu'un nouveau cancer, différent du premier, se déclenche ultérieurement dans la bouche ou dans des organes avoisinants (pharynx, larynx, etc.). Il est donc important de pratiquer des examens de suivi (ou de « follow-up ») tout au long de sa vie. La consommation de tabac et d'alcool reste fortement déconseillée car tabac et alcool augmentent fortement le risque de ces cancers secondaires.

Après un cancer de la bouche ou de l'oropharynx, aucune mesure de prévention des récurrences du cancer n'est aussi efficace que l'arrêt du tabac : demandez de l'aide à votre médecin ou appelez la ligne **Tabacstop (0800 111 00)** de la Fondation contre le Cancer pour y recevoir un suivi personnalisé gratuit par téléphone.

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. Elle 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 et/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 ». Leur efficacité 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 du 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.

Arrêter de fumer

Si vous fumez, pensez à arrêter. Arrêter de fumer a souvent un effet positif sur l'efficacité du traitement chez les patients atteints d'un cancer.

Tabacstop

Fondation contre le Cancer

0800 111 00
www.tabacstop.be

Les tabacologues de Tabacstop vous fournissent **gratuitement** des informations, des conseils et un accompagnement pour arrêter de fumer. Contactez-les au **0800 111 00** ou via conseil@tabacstop.be.

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 l'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 du 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 psycho-sociaux 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.