



pour la vie

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

Le cancer de la prostate

G R A N D P U B L I C

Le cancer de la prostate

Le cancer de la prostate est aujourd'hui le plus fréquent avec 62.245 nouveaux cas par an en France (2005). Il représente la deuxième cause de mortalité chez l'homme avec 9.202 décès annuels (2005).

Ce cancer touche essentiellement l'homme mûr ; rare avant 50 ans, sa fréquence augmente avec l'âge. C'est principalement l'allongement de l'espérance de vie des hommes qui explique l'augmentation progressive de son incidence* (estimée à + 6,3 % entre 1980 et 2005).

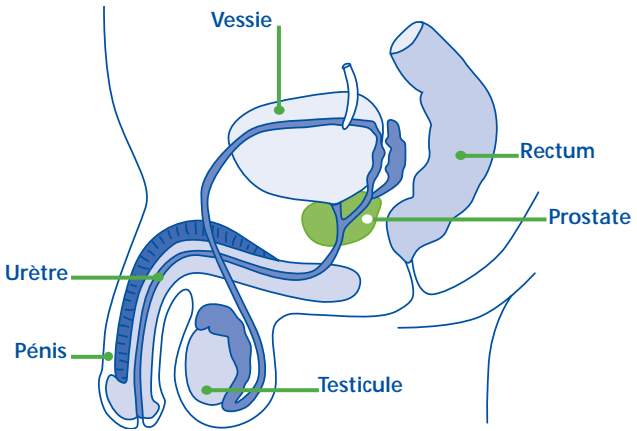
A quoi sert la prostate ?

La prostate est une glande située à la sortie de la vessie sur l'urètre. L'urètre est le canal qui prolonge la sortie de la vessie et s'étend jusqu'à l'extrémité du pénis. Il permet l'évacuation de l'urine et traverse donc la prostate. Autrement dit, la prostate entoure l'origine de l'urètre comme un manchon.

Anatomiquement, la prostate se situe juste en avant du rectum, si bien qu'au cours d'un toucher rectal, le médecin peut en apprécier le volume et la consistance.

La fonction essentielle de la prostate est de sécréter une composante du liquide spermatique qui, avec les spermatozoïdes fabriqués dans les testicules, constitue le sperme ; c'est la contraction de la prostate qui permet l'éjaculation.

La prostate est sous la dépendance de l'hormone masculine appelée testostérone.



Les tumeurs bénignes de la prostate

La prostate, comme tout organe, peut être le siège d'un développement tumoral. Ces tumeurs ne sont pas forcément malignes. La plus fréquente est une tumeur bénigne, l'adénome*, qui correspond à une augmentation de taille du centre de la prostate (les médecins parlent alors d'hypertrophie bénigne de la prostate). L'adénome de la prostate est très fréquent. Après l'âge de 50 ans, près de la moitié des hommes en sont atteints. Il peut être décelé par le médecin lors d'un toucher rectal.

L'adénome peut entraîner des troubles urinaires, surtout lorsqu'il est volumineux. Les troubles sont facilement expliqués par les notions anatomiques exposées plus haut. Comme la prostate entoure l'urètre, une tumeur prostatique peut le comprimer, gênant l'évacuation de l'urine qui se fait plus difficilement (jet de moindre puissance) et incomplètement (résidu post-mictionnel*). Tardivement, une rétention chronique d'urines peut altérer le fonctionnement des reins et aboutir à une insuffisance rénale. La présence d'une tumeur prostatique provoque également des envies plus fréquentes (besoin

de se lever une ou plusieurs fois la nuit), ou de fausses envies d'uriner, tant la nuit que le jour. Le traitement de l'adénome prostatique peut dans un premier temps relever d'un simple traitement médicamenteux, mais le recours à la chirurgie peut être nécessaire au bout d'un certain temps. Le fait d'avoir été opéré d'un adénome de la prostate ne met pas à l'abri de la survenue d'un cancer.

Le cancer de la prostate

PRÉVENTION, FACTEURS DE RISQUE

Il n'existe pas de mesure préventive spécifique du cancer de la prostate.

Le fait d'avoir un adénome prostatique n'expose pas à un risque accru de cancer de la prostate.

Certaines personnes ont un risque plus élevé que la moyenne, il s'agit des individus :

- > ayant deux parents proches (par exemple un père + un grand-père ou un grand-père + un oncle) atteints de cancer de la prostate ;
- > ayant un parent proche atteint de cancer de la prostate à moins de 45 ans ;
- > d'origine africaine ou antillaise.

Pour ces personnes à risque, l'unique précaution actuellement recommandée est d'abaisser de 50 à 45 ans l'âge de début du dépistage annuel.

PAS DE SYMPTÔMES SPÉCIFIQUES

Le cancer de la prostate, bien qu'étant le cancer le plus fréquent chez l'homme, est beaucoup plus rare que l'adénome de la prostate. Le plus souvent, le cancer de la prostate n'occasionne pas de troubles urinaires. En effet, le cancer se développe plutôt en périphérie de la prostate et ne comprime pas l'urètre.

Cependant, il peut arriver que le **cancer occasionne des troubles**, en particulier à un stade avancé. Les troubles liés au cancer sont alors semblables à ceux que provoque l'adénome :

- > fréquence anormale des besoins d'uriner, surtout la nuit ;
- > difficulté à émettre les urines : temps d'attente, jet faible, évacuation incomplète ;
- > blocage complet (rétention aiguë d'urine) ;
- > douleurs en urinant.

Le cancer de la prostate peut aussi **se manifester par des douleurs osseuses**, révélatrices de métastases. Le cancer de la prostate, après un certain temps d'évolution, va en effet s'étendre à distance (métastases), surtout dans les os et les ganglions abdominaux, parfois dans le cerveau, les poumons, le foie. La progression de la tumeur vers le stade métastatique après 10 ans de suivi concerne globalement moins d'1 patient sur 5 (en fonction des caractéristiques tumorales).

Le diagnostic de cancer de la prostate peut aussi se faire de **façon fortuite**, au cours d'un bilan de santé par exemple, alors même qu'il n'existe aucun symptôme clinique.

De nombreux cas de cancer de la prostate survenant chez des personnes âgées sont des **données d'autopsie**, c'est-à-dire que le cancer était cliniquement muet et que le patient est décédé d'une autre cause.

Enfin, il faut savoir que le cancer de la prostate évolue le plus souvent lentement, parfois pendant plus de 10 ans. C'est la raison pour laquelle le dépistage de ce cancer n'est pas recommandé après l'âge de 75 ans, l'espérance de vie à cet âge étant inférieure à 10 ans.

LE DÉPISTAGE

Compte tenu de la fréquence du cancer de la prostate et de sa gravité potentielle, la question de son dépistage par un dosage sanguin du PSA total (Prostatic Specific Antigen*, voir chapitre diagnostic) dans la population générale suscite un vif intérêt. En effet, il n'existe pas, pour l'instant, de démonstration formelle qu'un dépistage systématique permette de diminuer la mortalité liée au cancer de la prostate.

L'opportunité d'un dépistage organisé a fait l'objet de nombreuses évaluations. L'ensemble des agences d'évaluation en santé qui se sont prononcées sur le thème, en France comme à l'étranger, a conclu que le dosage du PSA sérique total n'était pas recommandé dans le cadre d'un dépistage organisé et généralisé.

Néanmoins, les conclusions sont discordantes au niveau des organisations professionnelles. Certaines considèrent que les preuves sont insuffisantes et ne recommandent pas le dosage du PSA dans un cadre de dépistage systématique. Par contre, l'Association Française d'Urologie et l'American Urological Association, sur la base d'un consensus d'experts, recommandent un dépistage individuel annuel entre 50 et 75 ans.

LE DIAGNOSTIC

Le premier moyen de diagnostic du cancer de la prostate est l'**examen clinique**. Celui-ci repose sur la palpation de la prostate lors d'un toucher rectal. Cet examen permet d'apprécier le volume de la glande et sa consistance.

Le **dosage sanguin du PSA** est le deuxième élément fondamental du diagnostic. La mesure du PSA se fait par une simple prise de sang. Normalement, le taux de PSA se situe en dessous de 4 nano-grammes par ml (ng/ml). Ce taux peut être influencé par l'activité sexuelle ; il est donc recommandé d'observer une abstinence de 48 heures avant le dosage.

Un taux élevé de marqueur tumoral ne signe pas automatiquement un cancer de la prostate ; il peut en effet augmenter dans diverses affections prostatiques (adénome prostatique, prostatite).

Un taux élevé de PSA ou sa progression rapide sont des éléments qui font suspecter un cancer de la prostate. Inversement, un taux normal de PSA ne permet pas d'exclure l'existence d'un cancer de la prostate.

Si le dosage du PSA ne permet pas seul de faire un diagnostic, il peut servir pendant le traitement de témoin de l'efficacité de celui-ci. Après le traitement, une rechute du cancer peut être détectée précocement par la remontée du taux sanguin de PSA.

Des biopsies* de la prostate seront indispensables pour lever un doute secondaire à l'examen clinique et au dosage du PSA. Les biopsies consistent à prélever de petits fragments du tissu prostatique pour les examiner au microscope (examen histologique réalisé par un médecin anatomopathologiste). Ce prélèvement se fait à l'aide d'une aiguille spéciale, par voie

rectale et sous anesthésie locale, en ambulatoire. Les biopsies permettront d'affirmer le diagnostic de cancer et de fournir des informations pronostiques sur l'agressivité des cellules (grade du cancer exprimé par le score de gravité dit de Gleason). En cas de résultat négatif, un nouveau test (le PCA3), non invasif, réalisé sur des urines recueillies après massage de la prostate, peut être proposé. Il permettra d'évaluer la probabilité de détection d'un cancer de la prostate et aidera le médecin à poser l'indication d'une nouvelle série de biopsies.

BILAN AVANT TRAITEMENT

Le bilan d'extension d'un cancer de la prostate est d'abord régional. Un scanner pelvien, voire une IRM, va permettre d'analyser le degré d'extension locale (franchissement de la capsule prostatique*, envahissement ganglionnaire, envahissement d'un organe de voisinage). On recherche également une extension à distance, en particulier par une scintigraphie osseuse et une radiographie des poumons.

Ce bilan va permettre de faire un classement par stade du cancer, en utilisant la classification TNM (T pour *Tumor* [tumeur], N pour *Nodes* [ganglions], M pour *Métastases*).

- > **T1a et T1b** : le cancer est découvert fortuitement lors de l'examen histologique après traitement chirurgical d'un adénome ;
- > **T1c** : le cancer est découvert suite à une élévation du PSA ; il n'est pas palpable au toucher rectal ;
- > **T2** : la tumeur est palpable. Elle atteint moins de la moitié d'un seul lobe prostatique (T2a), un seul lobe mais plus de la moitié du lobe (T2b), ou les deux lobes (T2c) ;
- > **T3** : la tumeur est palpable et s'étend en dehors de la capsule prostatique ;
- > **T4** : la tumeur est palpable et envahit les organes de voisinage (vessie ou rectum) ;

- > **N0** : aucun ganglion envahi ;
- > **N1** : un ganglion pelvien envahi, de moins de 2 cm de diamètre ;
- > **N2** : un ou plusieurs ganglion(s) envahi(s) mais aucun de plus de 5 cm ;
- > **N3** : un ganglion de plus de 5 cm envahi ;
- > **M0** : pas de métastase (hormis le ou les ganglion(s) locaux) ;
- > **M1** : présence de métastases à distance.

Le bilan prend également en compte le taux de PSA initial ainsi que le «score de Gleason» qui permet de classer les cancers de la prostate en fonction des caractéristiques architecturales de la tumeur fournies par l'examen de la biopsie de la prostate. On classe ainsi les tumeurs en 3 catégories (ou groupes pronostiques) :

- > à faible risque ;
- > à risque intermédiaire ;
- > à haut risque.

Le traitement du cancer de la prostate

Il dépend du stade d'extension, du taux initial de PSA, du score de Gleason, du volume de la prostate et de l'âge du patient.

Chaque dossier fera l'objet d'une présentation en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) au cours de laquelle une proposition thérapeutique sera élaborée («programme personnalisé de soins») en fonction de référentiels validés et actualisés.

LE TRAITEMENT DES FORMES LOCALISÉES À FAIBLE RISQUE

Plusieurs options peuvent être envisagées et discutées avec le patient :

> La chirurgie

Il s'agit de la prostatectomie radicale (ablation de la prostate), intervention réalisée sous anesthésie générale ou péridurale. Les inconvénients de cette intervention sont un risque de fuites urinaires, souvent transitoires durant quelques semaines (7 à 25% des cas) et surtout d'impuissance, très fréquente (40 à 80% des cas). Cette impuissance est due en partie à une lésion des nerfs érecteurs durant l'intervention.

> La radiothérapie

Deux options sont possibles :

1. La radiothérapie externe conformationnelle (le champ d'irradiation est focalisé, de façon à réduire l'irradiation des tissus sains avoisinants et donc les effets secondaires). Son inconvénient est le risque de rectite (inflammation chronique du rectum, qui survient dans moins de 10 % des cas) et d'impuissance, un peu retardée (2 à 3 ans).

2. La radiothérapie interne ou curiethérapie (implantation de grains radioactifs dans la prostate). Proposée dans des cas particuliers, ses résultats sont similaires à ceux de la chirurgie et de la radiothérapie externe. Ses principales complications sont la cystite (31 % des cas), la rectite (11 % des cas) et l'impuissance (20 % des cas).

> Le traitement par ultrasons

Il s'agit d'un traitement effectué sous anesthésie générale utilisant des ultrasons focalisés de haute fréquence (HIFU*) délivrés au niveau de la prostate grâce à une sonde introduite dans le rectum sous échographie. L'énergie ainsi transmise aux tissus provoque une nécrose de coagulation à 85°. Cette technique est utilisée chez les patients de plus de 75 ans avec un pronostic de vie évalué à plus de 8 ans et ayant un cancer localisé et peu agressif.

> L'abstention thérapeutique

Elle peut être envisagée dans certains cas particuliers, à condition d'une surveillance étroite et régulière durant plusieurs années.

Il n'existe pas d'argument formel de supériorité d'un traitement par rapport à un autre. Le patient doit avoir une espérance de vie d'au moins 10 ans pour pouvoir tirer bénéfice d'un tel traitement. Lorsque l'espérance de vie est réduite, une simple surveillance clinique et biologique, ou un traitement médical, est proposé.

Dans ces formes localisées à faible risque, le pronostic est bon, avec une survie globale à 10 ans supérieure à 85 % et une bonne qualité de vie.

LE TRAITEMENT DES FORMES LOCALISÉES À HAUT RISQUE OU LOCALEMENT AVANCÉES

Il consiste en une radiothérapie associée à un traitement hormonal pendant 3 ans ou, dans certains cas, en une prostatectomie totale.

LE TRAITEMENT DES FORMES NON LOCALISÉES

Lorsqu'il y a des métastases, le cancer ne peut pas être guéri. Le traitement vise alors à réduire le risque de complications et de décès lié au cancer. L'évolution est souvent lente et les traitements palliatifs permettent une vie quasi-normale pendant plusieurs années.

Les traitements utilisés pour les formes localisées (prostatectomie radicale ou radiothérapie externe) n'ont plus d'indication ici. Ces cancers relèvent alors d'un traitement hormonal.

Le cancer de la prostate est hormono-dépendant : son évolution est sous l'influence de la testostérone. Le traitement des formes non localisées repose donc sur la suppression de la sécrétion de la testostérone par les testicules. Il peut s'agir d'une «castration chirurgicale» (ablation chirurgicale de la partie

centrale des testicules, ou pulpectomie), ou d'une «castration médicale» (administration de substances dites agonistes de la LH-RH*, associées ou non à un anti-androgène*). Le cancer va ainsi pouvoir être freiné pendant plusieurs années.

Quand le cancer non localisé de la prostate échappe au traitement hormonal, une chimiothérapie peut être envisagée.

CAS PARTICULIERS

- > En cas de métastases osseuses, des médicaments agissant sur la fabrication de l'os (diphosphonates) apportent souvent un soulagement de la douleur et permettent une réduction du risque de fractures.
- > Des troubles urinaires importants liés à un envahissement de l'urètre par le cancer peuvent conduire à une résection de la prostate par les voies naturelles.

En conclusion

Même si pour l'instant le dépistage organisé du cancer de la prostate n'est pas recommandé par les autorités de santé, il est vivement conseillé, notamment par les urologues, pour les personnes présentant un risque familial. En effet, le dépistage permet de diagnostiquer des tumeurs à un stade localisé. Ce dépistage repose sur le toucher rectal et le dosage du PSA tous les ans à partir de 50 ans (ou 45 ans en cas d'antécédent familial) et ce jusqu'à l'âge de 75 ans.

Il est nécessaire de consulter rapidement en cas de symptômes urinaires car un cancer de la prostate peut se révéler par les mêmes troubles que l'adénome de la prostate.

Enfin, de nouvelles stratégies thérapeutiques sont en cours d'évaluation pour le traitement du cancer de la prostate.

Glossaire

Adénome prostatique :

l'adénome prostatique est une tumeur bénigne de la prostate. On parle alors d'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP). Après 50 ans, un homme sur deux en est affecté.

Analogues (ou agonistes) de la LH-RH :

ces médicaments s'opposent à la sécrétion des androgènes en intervenant au niveau cérébral sur les médiateurs hypophysaires.

Anti-androgènes :

ce sont des médicaments qui s'opposent aux effets des androgènes. Les androgènes sont les hormones mâles, dont la principale est la testostérone, essentiellement sécrétée par les testicules. Ces médicaments permettent, pendant un temps variable, de contrôler la croissance d'un cancer prostatique.

Biopsie :

une biopsie est un prélèvement, le plus souvent à l'aiguille, d'un fragment de tissu qui sera analysé au microscope. On parle d'examen histologique réalisé par un médecin anatomopathologiste.

Capsule prostatique :

la prostate se situe sous la vessie, en avant du rectum ; le tissu glandulaire est entouré d'une capsule. Lors du traitement chirurgical de l'adénome prostatique, cette capsule est laissée en place.

HIFU (High Intensity Focalized Ultrasounds) :

technique utilisant des ultrasons focalisés de haute intensité (ex : Ablatherm®).

Incidence:

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

Miction :

action d'uriner.

PSA (Prostatic Specific Antigen) :

antigène spécifique de la prostate, qui circule dans le sang. Le taux sanguin de PSA est augmenté en cas de pathologie prostatique mais il n'est pas spécifique du cancer. Sa valeur normale est inférieure à 4 ng/ml.

Brochure rédigée par le Dr Alain TRÉBUCQ
et Dr Michaël PEYROMAURE DEBORD
(Service d'urologie, Hôpital Cochin, Paris)
Octobre 2004

Mise à jour Mai 2008 : Dr Bruno AUDHUY -
Dr Jean-Luc JUNG - Dr Henri BASTIEN

Le cancer

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

Quelques chiffres

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

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

Le rôle du médecin

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

Prévention et dépistage

La prévention des cancers tend à diminuer ou supprimer l'exposition à des «facteurs de risque». Les actions de prévention ont souvent un caractère éducatif et collectif comme par exemple la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme ; la promotion d'une alimentation saine, d'un exercice physique régulier ; la réduction de l'exposition solaire ou aux cancérogènes lors des activités professionnelles...

Le dépistage consiste à détecter des lésions précancéreuses ou cancéreuses à un stade très précoce, avant même que le patient n'en ressente les premiers symptômes. Par exemple, le cancer du sein peut être dépisté au moyen d'examens tels que la mammographie ; le cancer du col de l'utérus par le frottis cervical ; le cancer colorectal par la recherche de sang dans les selles. Plus le diagnostic est précoce, moins les traitements sont lourds et plus les chances de guérison sont grandes.

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

Les signes d'alarme

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

Qu'est-ce que La Ligue ?

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

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

• LA RECHERCHE

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

• L'INFORMATION, LA PRÉVENTION ET LE DÉPISTAGE

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

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

• LES ACTIONS POUR LES PERSONNES MALADES ET LEURS PROCHES

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

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

• AU CŒUR DE LA SOCIÉTÉ

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

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

Elle édite également une revue trimestrielle «Vivre», vendue en kiosque, informant ses adhérents et le grand public, sur ses actions et celles de ses Comités départementaux et sur les dernières avancées thérapeutiques contre le cancer.



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

La Ligue vous aide et vous informe :



Votre Comité départemental



LIGUE NATIONALE CONTRE LE CANCER

14 rue Corvisart - 75013 Paris - Tél. : 01 53 55 24 00

www.ligue-cancer.net

La Ligue tient à votre disposition
les coordonnées des Comités départementaux.



pour la vie

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