



NOTRE ÉQUIPE
dans l'Ain
2 permanentes
14 délégations cantonales très actives
D^r Jean BRUHIÈRE, Président
M. Simon MOYAL, Vice-Président d'honneur
D^r Pierre JANODY, Vice-Président
Commission d'Aide aux malades et proches
Commission Ressources/Communication
Commission Coordination bénévoles
Commission Prévention
Commission Recherche

Près de chez vous,

**dans votre département de l'Ain,
vous pouvez aider tous les malades du cancer.**

Le Comité de l'Ain de la Ligue contre le cancer consacre son énergie, ses ressources, à soutenir la recherche en finançant des équipes lyonnaises, du Centre Léon Bérard, des Hospices Civils de Lyon, du Centre de Recherche en Cancérologie de Lyon.

Nous veillons à gérer vos dons de manière économe, parcimonieuse : nos frais généraux n'excèdent pas 5%.

Chaque jour dans l'Ain, nos bénévoles se mobilisent pour trouver des financements, pour que la recherche progresse plus vite, pour aider les malades et leurs proches, pour informer sur la prévention et le dépistage. Mais ceci n'est possible que grâce à vous et à vos dons. Merci de vous liquer ainsi contre le cancer.

Merci de poursuivre votre effort

*Docteur Jean Bruhière
Président bénévole du Comité de l'Ain*

Dans l'Ain, tout ce qu'il est possible de faire contre le cancer, la Ligue le fait.

OUI JE FAIS UN DON À LA LIGUE CONTRE LE CANCER DE L'AIN
« Conformément à la loi informatique et liberté, complétée du RGPD vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression de vos données, en contactant le DPO par e-mail : DPO@ligue-cancer.fr ou par courrier adressé à : DPO de la Ligue Contre le Cancer, 14 Rue Corvisart – 75013 PARIS »

Je verse un don de :

☐ 15 € ☐ 25 € ☐ 35 €

☐ 50 € ☐ 80 € ou _____ € (autre somme)

☐ Je m'abonne à la revue "Vivre" : 10 € (pour 4 numéros)

☐ J'adhère au Comité départemental, cotisation 8 €.

Je joins mon règlement à l'ordre du Comité de l'Ain de la Ligue contre le cancer par :

☐ chèque bancaire ☐ chèque postal ☐ en numéraire

Votre NOUVELLE déduction fiscale
66% de vos versements à la Ligue sont déductibles de vos impôts,
dans la limite de 20% de votre revenu imposable.
Ainsi, un don de 50 € ne vous coûte que 17 €. Dès réception de votre don,
nous vous enverrons votre reçu fiscal dans les plus brefs délais.

Votre don comprend, sauf avis contraire de votre part, un montant d'adhésion de 8 €, déductible aussi de vos impôts.

LIGUE NATIONALE CONTRE LE CANCER
Immeuble MSA, 15 avenue du Champ de foire
01000 BOURG-EN-BRESSE
Tél : 04 74 22 58 96

www.liguecancer01.net



L'Espoir, le bulletin de notre comité départemental de la Ligue est le moyen privilégié pour vous informer sur les progrès réalisés par les chercheurs dans la lutte contre le cancer. Il est encore un outil d'information sur les actions de prévention ou d'aide aux malades dans le département de l'Ain. Il est enfin un lien entre malades, familles, personnels soignants et tous ceux qui luttent contre le cancer. La priorité de nos actions reste bien entendu la recherche nécessaire à l'aboutissement d'une volonté solidaire.

Notre vœux le plus cher est que tous ensemble nous réussissions..

Docteur Jean BRUHIÈRE
Président bénévole

DÉTECTION DU CANCER DE LA PROSTATE (SUITE)

En l'absence de symptômes urinaires ou de signes cliniques évocateurs, le TR apporte peu d'informations. Son utilisation systématique expose en outre à des faux positifs, pouvant majorer l'anxiété du patient et conduire à des explorations inutiles

Le toucher rectal n'a pas de valeur de dépistage mais conserve un intérêt contextuel. Le taux de détection des cancers par le toucher rectal est inférieur à celui du PSA et l'association TR + PSA n'est pas supérieure au PSA seul.

L'IRM prostatique, clef du diagnostic :

L'IRM prostatique permet de définir les indications des biopsies prostatiques.

Une IRM normale élimine un cancer agressif. Des images anormales permettent des biopsies ciblées performantes.

Un taux de PSA élevé et confirmé doit conduire à l'IRM qui décidera ou non de la nécessité de biopsies. Le recours à l'IRM avant biopsies et la généralisation des biopsies ciblées ont permis de réduire considérablement les sur-diagnostics et les sur-traitements.

La surveillance active a radicalement modifié le suivi des cancers prostatiques à faible risque. Elle repose sur le dosage du PSA tous les 6 à 12 mois, des examens cliniques complets, une IRM répétée et des biopsies de contrôle.

Cette stratégie permet d'éviter ou de retarder un traitement curatif agressif, sans compromettre l'espérance de vie.

Elle doit être précisément expliquée au patient par une information claire et loyale, sous peine d'un « sentiment d'abandon thérapeutique en raison de l'âge ». Le rôle du médecin généraliste est déterminant qui expliquera les

bénéfices attendus d'une détection précoce, les conséquences possibles des traitements, les raisons d'une éventuelle abstention thérapeutique au profit d'une simple surveillance.

Conclusion :

L'IRM prostatique, jointe à une surveillance active et des thérapies focales ont radicalement modifié le rapport bénéfice-risque du dépistage qui devra rester individuel et non organisé.

Le médecin généraliste joue un rôle primordial dans la stratégie de la détection précoce du cancer de la prostate. Il peut initier la discussion, évaluer le risque individuel du patient, et décider avec lui d'une démarche de détection précoce qui se fera en collaboration étroite avec l'urologue

Pour en savoir plus : Publication VIDAL 10.07.2026 par **Dr Arthur Peyrottes**
Service d'Urologie, Hôpital Saint-Louis, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, Université Paris-Cité
arthur.peyrottes@aphp.fr



Images obtenues par l'IA



Les méthodes diagnostiques et la stratégie thérapeutique du cancer de la prostate ont connu récemment d'importantes avancées.

Certaines de ces décisions peuvent sembler absconses au grand public. En amont du mois de novembre, dédié aux cancers masculins, il nous a semblé utile d'apporter quelques explications.

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme en France, avec 60 000 nouveaux cas annuels.

La détection précoce permettrait de réduire la mortalité de 20 à 30 %, mais pourrait impliquer un risque non négligeable de sur-diagnostics (détection de cancers qui n'auraient jamais eu de conséquence clinique au cours de la vie du patient) et de sur-traitements (sans bénéfice attendu en termes de survie, mais avec un risque d'effets indésirables urinaires, sexuels ou digestifs pouvant altérer durablement la qualité de vie).

Les recommandations actuelles reposent sur une détection précoce, chez des hommes informés des bénéfices et des risques. Cela peut permettre de détecter des cancers à un stade curable, mais avec le risque de diagnostiquer des cancers peu évolutifs, et le risque de traitements non justifiés, aux effets indésirables sévères. C'est en raison de ces risques qu'il n'existe pas, en France, de programme de dépistage organisé du cancer de la prostate.

L'information doit donc être complète et claire. Le médecin généraliste joue un rôle primordial. La décision dépend de l'âge du patient, de ses comorbidités, de ses attentes et de son espérance de vie.

Qui peut bénéficier d'une détection prioritaire ?

Schématiquement cela s'adresse aux hommes ayant une espérance de vie supérieure à 10-15 ans et qui présentent des facteurs de risque de cancer de la prostate :

- Antécédents familiaux de cancer de la prostate
- Origine africaine ou afro-caribéenne
- Présence de mutations génétiques à risque élevé
- Antécédents familiaux de cancers du sein ou de l'ovaire

Ne pas utiliser le test PSA sans explications

Le dosage du PSA (Prostatic Specific Antigen) constitue le moyen de détection précoce. Il est simple, facile, peu coûteux, mais de spécificité limitée car il peut s'élever en cas d'hypertrophie bénigne ou de toute inflammation ou infection de la prostate.



Le PSA ne doit jamais être interprété isolément, mais en fonction du contexte et de l'âge du patient. Il est recommandé de réaliser deux dosages à plus de trois semaines d'intervalle.

Deux dosages modérément élevés imposent un avis spécialisé.

A l'inverse, en cas de PSA normal, un contrôle peut être conseillé tous les 3-4 ans chez les hommes à risque faible et tous les 1 à 2 ans chez les hommes à risque accru.

Le toucher rectal (TR) a longtemps été considéré comme un élément incontournable du dépistage du cancer de la prostate, souvent associé au dosage du PSA. En pratique clinique, il reste comme un examen clinique simple, peu coûteux et immédiatement disponible. Une étude incluant près de 86 000 hommes a montré que la valeur prédictive positive du TR est faible, autour de 20%.

[suite dernière page](#)

CANCER DU PANCRÉAS : ECLAIRCIE PRONOSTIQUE

Relativement rare, 1,8 % des cancers en France, soit 10 000 nouveaux cas par an. L'incidence augmente dans les pays développés. Des prédispositions génétiques familiales existent mais n'expliquent que 5 à 10 % des cas. D'autres facteurs de risque sont le tabagisme et la consommation d'alcool, la consommation de viande transformée et de viande rouge, probablement l'obésité, un régime alimentaire riche en glucides et en viande et pauvre en fruits et légumes, de même que la pancréatite chronique (qui a d'ailleurs souvent les mêmes causes).

Il touche presque deux fois plus souvent l'homme que la femme avec une incidence qui augmente à partir de 50 ans (pic de fréquence à 75 ans pour l'homme, 80 ans pour la femme). Le cancer du pancréas représente 3 % de tous les cancers et 10 % des cancers digestifs. Toutes les tumeurs ne sont pas opérables et les complications post-opératoires restent importantes, si bien qu'il reste un des cancers dont le taux de survie est le plus faible (< 5 % à 5 ans). Plusieurs facteurs interviennent dans ce pronostic sombre et contribuent à des diagnostics tardifs : symptômes peu évocateurs, absence d'examens paracliniques ou biologiques d'usage facile, faible efficacité des traitements classiques.

Cependant, en 2025–2026, il y a enfin plusieurs avancées importantes dans le cancer du pancréas, surtout dans le cancer de type adénocarcinome canalaire. Elles ne constituent pas encore une « guérison » générale, mais certaines pourraient modifier assez profondément la prise en charge et le pronostic dans les prochaines années.



1. La grande nouveauté : cibler KRAS

Le gène KRAS est muté dans plus de 90 % des adénocarcinomes pancréatiques. C'est aujourd'hui l'une des pistes les plus prometteuses : un inhibiteur expérimental de KRAS, le daraxonrasib (RMC-6236, a produit en 2026 des résultats très encourageants dans les formes métastatiques. C'est probablement l'évolution thérapeutique la plus importante actuellement.

2. Les vaccins thérapeutiques personnalisés

Une autre approche très intéressante consiste à utiliser le système immunitaire contre les mutations de la tumeur, notamment KRAS. Ainsi, dans l'essai de phase I AMPLIFY-201, un vaccin ciblant des mutations KRAS a déclenché des réponses importantes des lymphocytes T chez des patients ayant un cancer du pancréas. Chez les patients développant une forte réponse immunitaire, les résultats sans récurrence ont été particulièrement encourageants. Mais ce n'est pas encore un traitement standard. Des vaccins à ARN messager personnalisés sont également étudiés en association avec chimiothérapie et immunothérapie.

3. L'immunothérapie est décevante dans la majorité des cancers du pancréas.

Contrairement à certains cancers (mélanome, poumon, rein...), l'immunothérapie classique fonctionne relativement peu dans le cancer du pancréas. Une autre approche consiste à fabriquer en laboratoire des lymphocytes T génétiquement modifiés capables de reconnaître une mutation KRAS. Des premiers résultats chez des patients sont encourageants, mais restent très préliminaires.

4. Meilleure personnalisation du traitement

On progresse aussi vers une médecine beaucoup plus individualisée. Pour une personne atteinte d'un cancer du pancréas, l'analyse moléculaire de la tumeur peut permettre parfois d'orienter vers une thérapie ciblée ou un essai clinique plutôt que de s'en tenir uniquement à la chimiothérapie.

5. Les progrès de la chirurgie et de la chimiothérapie restent essentiels

Il ne faut surtout pas sous-estimer les progrès moins spectaculaires :

- meilleure sélection des patients pouvant bénéficier d'une chirurgie ;
- chimiothérapie avant chirurgie dans certaines tumeurs dites « borderline » ou localement avancées ;
- protocoles à base de FOLFIRINOX chez les patients suffisamment robustes ;
- amélioration des soins nutritionnels, de la prise en charge de la douleur et de l'insuffisance pancréatique.

La chirurgie reste aujourd'hui le traitement offrant la meilleure possibilité de guérison lorsqu'une résection complète est possible.

6. Détection précoce : probablement le changement le plus important à long terme

Le problème majeur du cancer du pancréas est qu'il est souvent découvert tardivement. La recherche porte donc essentiellement sur :

- ADN tumoral circulant dans le sang ;
- protéines et biomarqueurs sanguins ;
- imagerie améliorée ;
- Intelligence Artificielle pour analyser scanner et anatomopathologie.

NOUS AVONS BESOIN DE VOUS !

Quelques heures de votre temps peuvent faire une vraie différence.

La Ligue contre le cancer de l'Ain recherche des bénévoles motivés, disponibles et bienveillants pour nous aider à faire vivre nos actions et nos projets. Pas besoin d'être expert : **il suffit d'avoir envie d'aider, de partager vos compétences ou simplement de donner un peu de votre temps.**

- Que vous soyez disponible quelques heures par semaine, ponctuellement pour un événement, ou prêt à vous investir davantage, **chaque coup de main compte !**

Votre temps est précieux. Offrir un peu de ce temps peut changer beaucoup de choses.

DEVENEZ PATIENT-RESSOURCE

Vous avez traversé un parcours que personne ne choisit, mais votre expérience peut devenir une ressource précieuse pour quelqu'un qui commence aujourd'hui le même chemin. Devenir Patient-Ressource, ce n'est pas donner des conseils médicaux : c'est écouter, partager son expérience et montrer qu'on peut avancer, étape après étape.

Devenir « Patient-Ressource » c'est :

- **Être utile aux autres** : partager son vécu pour aider une personne qui vient de recevoir un diagnostic à se sentir moins seule.
- **Transformer une expérience difficile en aide concrète** : ce que vous avez appris au cours de votre parcours peut servir à d'autres patients.

L'AGENDA DES MANIFESTATIONS

25 septembre : concert variété française à Dompierre/Veyle à 20h30

26 septembre : Zumbathon à St Genis Pouilly à 19h

4 octobre : marche rose à Valserhône

11 octobre : marche à Chalamont

8 novembre : concert du Chœur de l'Armée française à Thoiry à 19h

Dans le cadre d'Octobre Rose notamment, d'autres manifestations au profit de la Ligue contre le cancer seront organisées dans le département, rendez-vous sur notre site internet et la page Facebook du comité pour ne rien rater.

L'IA commence notamment à être étudiée pour déterminer plus précisément si une tumeur est résécable ou non à partir de l'imagerie. Elle aide surtout au diagnostic, au pronostic et à la thérapeutique. Le point vraiment nouveau en 2026 est que KRAS, longtemps considéré comme une cible « impossible », est désormais attaqué directement chez l'homme, avec des résultats cliniques suffisamment importants pour changer potentiellement le paysage thérapeutique.

Pourquoi nous rejoindre ?

- Être utile et agir concrètement
- Rencontrer de nouvelles personnes
- Participer à un projet qui a du sens
- Vivre une expérience humaine et enrichissante

Rejoignez-nous ! Ensemble, nous pouvons aller plus loin.

- Contact par téléphone, mail ou visite au Comité : 04 74 22 58 96- cd01@ligue-cancer.net - Immeuble MSA 15 avenue du Champ de Foire 01000 BOURG-en-BRESSE

L'AIDE A LA RECHERCHE CONTRE LE CANCER est un poste majeur dans l'utilisation des fonds qui nous sont adressés. Le Conseil d'Administration, chaque année, choisit les thèmes et les équipes qui seront soutenus par la Ligue de l'Ain. Ces équipes sont très minutieusement jugées et évaluées par des Conseils Scientifiques d'une compétence indiscutable.

En 2026, ce sont :

 	Professeur Gilles FREYER NIRVANA : Essai clinique international majeur pour guérir davantage de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire.		Benoît YOU IMMUNORARE : projet de recherche clinique concernant 5 types de cancers « rares », ouvert dans 12 villes de France, et coordonné par les Hospices Civils de Lyon.
 	Vahan KEPENEKIAN - Guillaume PASSOT HCL - Cancers colo-recto : Facteurs de risque et facteurs pronostiques : Mise en place d'un registre multimodal.	 	ARNAUD BONNAFFOUX CRCL - Développement de l'intelligence artificielle pour prévenir les cancers, leurs rechutes et améliorer les possibilités thérapeutiques
	Virginie MARCEL CRCL - Rôle des modifications chimiques des ribosomes dans la récurrence métastatique chez les patientes atteintes d'un cancer du sein.		Sylvain LEFORT CRCL - Contribution des granules de stress aux mécanismes de résistance aux thérapies des leucémies aiguës myéloblastiques (LAM).
	Yenkel GRINBERG-BLEYER CRCL - Fonctions de NF-kappaB dans l'échappement immunitaire et la résistance à la chimiothérapie dans le cancer du pancréas.		Cécile VERCHERAT Chargée de recherche au CRCL-CLB, qui travaille sur la plateforme de Single Cell et étudie l'évolution des cellules cancéreuses et leur diversité
	Jenny VALLADEAU-GUILEMOND Stéphane DEPIL CRCL - Apport de l'édition génique dans l'extension de l'immunothérapie dans les cancers du sein, de l'ovaire, du pancréas et le mélanome		

