

Info Cancer



Le cancer du sein et de l'ovaire

Le Plan National Cancer 2014-2018 p. 4

Interview du Pr Martine Piccart p. 8

Kinder- und Jugendtherapie p. 22



Notre conseil d'administration

Présidente d'honneur : S.A.R. la Grande-Duchesse
Président : Dr Carlo Bock
Vice-présidents : Dr Danielle Hansen-Koenig et Dr Jean-Claude Schneider
Membres : Me Tom Loesch, M. Yves Nosbusch et Dr Fernand Ries

Notre équipe

Directrice : Martine Neyen
Collaboratrices : Martina Folscheid, Claudia Gaebel, Maike Nestriepke, Ingrid Plum, Nathalie Rauh, Martine Risch, Barbara Strehler, Lucienne Thommes, Nadine Wagener, Nathalie Wampach et Nathalie Wohlfart

Nos coordonnées

209, route d'Arlon • L-1150 Luxembourg
Tél. 45 30 331 • Fax 45 30 33 33
www.cancer.lu • fondation@cancer.lu

Heures d'ouverture : les jours ouvrables de 8h à 17h

Accès : en bus, ligne 22 (Stade Josy Barthel)
Parking réservé aux patients (derrière la maison)

Info Cancer 78

Nombre d'exemplaires : 90.000
Impression : Imprimerie Saint-Paul
Photos : istock.com / shutterstock.com / Comed / Luc Deflorenne

Toutes les actions de la Fondation Cancer ne sont possibles que grâce à la générosité des donateurs.
Chacun peut, si le cœur lui en dit, soutenir les initiatives de la Fondation Cancer en faisant un don fiscalement déductible au :

CCPL IBAN LU92 1111 0002 8288 0000

La Fondation Cancer est membre fondateur de l'asbl 'Don en Confiance Luxembourg'.



www.cancer.lu



Aurore. Le lever du soleil s'annonce. Lueur dans un océan de nuit, promesse d'un jour nouveau.

AURORA est le nom d'un programme de recherche contre le cancer qui vient d'être lancé. Coïncidence du calendrier, le premier Plan National Cancer a été dévoilé à Luxembourg ces jours-ci. Une ère nouvelle s'ouvre-t-elle ?

En parlant de cancer, il n'est pas fréquent de s'exprimer en termes poétiques. C'est plutôt de guerre qu'il est question depuis bien longtemps, de lutte à remporter. Les métaphores guerrières étaient fréquemment utilisées pour décrire la maladie et les traitements : on éradiquait les cellules, on bombardait les tumeurs. Faute de comprendre les mécanismes à l'œuvre, on se résignait à utiliser l'artillerie lourde dans l'espoir que le mal serait terrassé.

Avec chaque avancée de la recherche, nous nous éloignons de ces temps obscurs. La recherche sur le cancer est un pari sur l'intelligence. Comprendre ce qui se passe à l'intérieur de la cellule cancéreuse, permettra sans doute de développer des stratégies plus fines pour déjouer les processus mortifères sans attaquer les autres cellules du corps. Les traitements pourront ainsi devenir ciblés et intelligents à leur tour.

Une information claire et accessible à tous est une priorité pour la Fondation Cancer. Le réel est moins dangereux, moins angoissant que le fantasme.

Désormais, les articles d'Info Cancer qui ne pourront pas être imprimés dans les deux langues (français et allemand) faute de place, seront accessibles en version traduite sur le site internet de la Fondation ; ils pourront également être envoyés à nos lecteurs sur demande.

Nous espérons ainsi informer mieux, toucher un public plus nombreux. Et par là-même, contribuer à répandre une clarté qui soit source d'espoir et de confiance.



Martine Neyen
Directrice de la Fondation Cancer

Aurora - die Morgenröte. Der Sonnenaufgang kündigt sich an. Ein Lichtschimmer im Ozean der Nacht, Versprechen eines neuen Tages.

AURORA lautet auch der Name eines Forschungsprojekts gegen Krebs, das vor kurzem gestartet wurde. Ungefähr zur gleichen Zeit erblickte der erste 'Plan National Cancer' das Licht der Welt. Der Beginn einer neuen Ära?

Über Krebs spricht man normalerweise nicht mit poetischen Worten. Im Gegenteil. Die Rede geht meist von einem Kampf, der gewonnen werden muss. Kriegerische Metaphern waren an der Tagesordnung, um die Krankheit und deren Behandlung zu beschreiben: Man rottete die Krebszellen aus, man bombardierte den Tumor. Weil man die Mechanismen nicht verstand, die am Werke sind, fügte man sich in den Gebrauch schwerer Geschütze, in der Hoffnung so den Feind überwältigen zu können.

Mit jedem Fortschritt in der Forschung entfernen wir uns von diesen finsternen Zeiten. Die Forschung gegen Krebs voranzutreiben bedeutet, auf Intelligenz zu setzen. Zu verstehen, was im Inneren einer Krebszelle passiert, erlaubt es ohne Zweifel, klügere Strategien zu entwickeln, um tödliche Prozesse zu vereiteln, ohne dabei gesunde Zellen anzugreifen. Die Behandlung kann so zielgenauer und ihrerseits intelligenter werden.

Es gehört zu den Prioritäten der Fondation Cancer, klare und für jedermann zugängliche Informationen zur Verfügung zu stellen. Sich der Wirklichkeit zu stellen ist weniger gefährlich, weniger beängstigend als sich Spekulationen hinzugeben.

Von nun an können die Beiträge, die im 'Info Cancer' aus Platzgründen nicht in zwei Sprachen (Französisch und Deutsch) erscheinen, in der jeweils anderen Sprache auf unserer Webseite aufgerufen werden; sie können darüber hinaus auf Anfrage per Post verschickt werden.

Wir erhoffen uns, so noch besser informieren zu können, ein noch größeres Publikum zu erreichen. Und wir versprechen uns davon, mehr Klarheit zu schaffen, dies als Quelle für Hoffnung und Vertrauen.

Samstag, 4. Oktober 2014
12. Broschkriibslaf

Actifs contre le cancer du sein

Am Samstag, den 4. Oktober 2014 findet der 12. 'Broschkriibslaf' der Vereinigung 'Europa Donna Luxembourg' statt. Er startet um 10 Uhr am 'Abbaye de Neumünster' in der Hauptstadt. Die Strecke durch das Petrustal, die man entweder per Jogging oder (Nordic) Walking zurücklegen kann, umfasst vier Kilometer. Die Anmeldemodalitäten sowie weitere Informationen über Parkplätze etc. findet man unter www.broschkriibslaf.lu.



Die Teilnahmegebühr beträgt 10 Euro pro Person, für Jugendliche ab 12 Jahren und Studenten 5 Euro. Kinder dürfen kostenlos teilnehmen.

Samedi 25 octobre 2014 de 10 à 12 heures 30

Débat / déjeuner :

Jeunes femmes – cancer du sein – besoins spécifiques

Au Luxembourg chaque année, environ 20 femmes atteintes d'un cancer du sein ont moins de 40 ans au moment du diagnostic. Est-ce que ces femmes ont des besoins spécifiques? Si vous êtes une de ces femmes, Europa Donna et la Fondation Cancer aimeraient vous inviter à discuter avec des experts du terrain (oncologue, psychologue et breast care nurse) de vos besoins spécifiques et de votre vécu. Le recueil de ces informations nous guidera dans nos réflexions et actions futures.

Les organisateurs



**Fondation
Cancer**

Info · Aide · Recherche



Vendredi 24 octobre 2014 à 19 heures

Projection Film

« Cordée de Solidarité »

Europa Donna Luxembourg, la Ville de Luxembourg et Cid I Fraen an Gender invitent à la projection du documentaire « Cordée de Solidarité » de la réalisatrice Gabriele Schärer.

Ce film retrace l'incroyable ascension de cent personnes touchées par le cancer du sein, qui montent à l'assaut du Breithorn, une montagne de 4.162 m, en Suisse. Les 4 personnes vivant au Luxembourg et qui y ont participé, assistent au débat qui suit la projection du film.

Lieu: Auditoire du Cercle Cité
2, rue Genistre - Luxembourg
Langues: français, allemand, anglais
Entrée libre

Modération:
Pr Bettina Borisch, Dr Maricel Marin Kuan, Genève
Lieu: Cid I Fraen an Gender
Adresse: 14, rue Beck - Luxembourg
Langues: luxembourgeois, français, allemand
Inscription souhaitable: T. 352 621 47 83 94
europadonna@pt.lu, www.europadonna.lu



Aufruf an die Lehrer

Seit 1997 gibt es den europäischen Wettbewerb 'Smokefree Class Competition', seit 1999 wird er auch in Luxemburg von der Fondation Cancer unter dem Namen 'Mission NICHTRAUCHEN' veranstaltet. Er richtet sich an die Klassen VII^{ème}-IV^{ème} beziehungsweise 7^{ème}-10^{ème}, die sich per Vertrag mit ihrem Lehrer verpflichten, ein halbes Jahr lang nicht zu rauchen. Die Klassen müssen von ihren Lehrern für den Wettbewerb angemeldet werden, die das Thema der 'Mission NICHTRAUCHEN' – die Gefahren, die vom Rauchen ausgehen – nach Belieben in den Unterricht integrieren können. Für die Anmeldung genügt eine E-Mail (ab Ende September) an administration@cancer.lu, die folgende Angaben enthält: Name und Vorname des Lehrers, Name der Schule, Bezeichnung der Klasse, Anzahl der Schüler. Weitere Infos unter Tel. 45 30 331 und www.info-tabac.lu.



Ein gelungenes Finale



An der 15. Ausgabe der 'Mission NICHTRAUCHEN' (2013-2014) der Fondation Cancer beteiligten sich 129 Klassen mit 2.525 Schülern. 89 Klassen erreichten das gesteckte Ziel, ein halbes Jahr rauchfrei zu bleiben. Am 3. Juni fand auf der 'Place d'Armes' ein großes Abschlussfest statt, an dem 992 Schüler teilnahmen. Nach einer Rallye mit Wissenstests und sportlichen Herausforderungen folgten eine Powershow mit Georges Christen und eine 'Fitness-Fiesta' des 'Service des Sports'. Danach wurden die drei Gewinnerklassen des diesjährigen Wettbewerbs gezogen: Die Klasse 7ST3 der 'Ecole Privée Sainte-Anne' in Ettelbrück von Lehrer Alain Richartz gewann den ersten Preis, einen Nachmittag in einem Hochseilgarten. Die Klasse 7MO5 des 'Lycée du Nord' in Wiltz von Lehrerin Sarah Guden freute sich über den zweiten Preis, einen Gutschein für ein Küchenatelier. Der dritte Preis, ein Tanzkurs, ging an die Klasse 703 aus dem 'Atert-Lycée' in Redange von Lehrer Mirko Moreno.



'Plan National Cancer Luxembourg' 2014-2018

10 Handlungsfelder, 30 Maßnahmen, 73 Aktionen

Die Palette reicht von Prävention und Forschung über Diagnosestellung und Behandlung bis hin zum Leben mit Krebs – nun besitzt auch Luxemburg einen ambitionierten 'Plan National Cancer', der bis 2018 festlegt, was der Staat in Sachen Krebs unternehmen will.

Seit dem vergangenen Jahr hat das Gesundheitsministerium mit Hilfe von 135 Akteuren aus dem Gesundheitssektor, darunter die Fondation Cancer, eine Bestandsaufnahme durchgeführt, um einen 'Plan National Cancer' aufstellen zu können. Nun ist es so weit: Nachdem andere europäische Länder wie Deutschland oder Frankreich längst über einen nationalen Krebsplan verfügen,

gibt es auch im Großherzogtum ein fest geschnürtes Paket mit einem Zeitrahmen von 2014 bis 2018, das zehn Handlungsfelder mit 30 Maßnahmen und 73 Aktionen umfasst. Die Fondation Cancer begrüßt das Inkrafttreten des Plans: „Wir erhoffen uns vom 'Plan National Cancer', dass er Ressourcen, Energien und Maßnahmen bündelt, damit wir auf einer gemeinsamen Basis effizienter auf Ziele hinarbeiten können. Ganz gleich, ob es sich um Gebiete wie Prävention, Früherkennung, Behandlung und Rehabilitation oder auch die Forschung handelt“, so Martine Neyen, Direktorin der Fondation Cancer. „Wir freuen uns, dass diese Handlungsfelder auf nationaler Ebene vorangetrieben und unsere Anliegen somit unterstützt werden“, so Neyen weiter. So sollen sich beispielsweise die Wartezeiten auf

Laborergebnisse entscheidend verringern oder im Hinblick auf Früherkennung von Krebs ein entsprechendes Programm gegen Darmkrebs aufgelegt werden. Was die Forschung angeht, ist geplant, alle Aktivitäten zukünftig unter nationalen Gesichtspunkten anzugehen. So soll ein nationales Krebsinstitut geschaffen werden, das die einzelnen Initiativen organisiert und koordiniert.

Auf den Folgeseiten finden Sie einen Ausschnitt der Ziele und Maßnahmen des 'Plan National Cancer', die nach Ansicht der Fondation Cancer eine besonders wichtige Rolle spielen und die sich teils auf die Gesamtbevölkerung, teils speziell auf den Patienten richten. In den nächsten Ausgaben des 'Info Cancer' werden wir uns verschiedenen Aspekten näher widmen.

Le Plan National Cancer Luxembourg 2014-2018

10 axes, 30 mesures, 73 actions

Que ce soit dans le domaine de la prévention, du diagnostic, du traitement, de la réhabilitation ou de la recherche – le Luxembourg dispose enfin d'un Plan National Cancer qui fixe jusqu'en 2018 les priorités de l'Etat en matière de lutte contre le cancer.

Depuis l'année dernière, le ministère de la Santé s'est employé à réaliser avec 135 acteurs du secteur de la santé, dont la Fondation Cancer, un inventaire de l'existant et des besoins en matière de cancérologie, dans le but d'élaborer un plan d'action national. C'est désormais chose faite: le Plan National Cancer vient d'être lancé. Alors que d'autres pays européens comme l'Allemagne et la France ont déjà depuis longtemps un plan national contre le cancer, le Grand-Duché dispose enfin d'un paquet

ambitieux de mesures et d'actions qui se déclinent selon dix axes. La Fondation Cancer se félicite de cette nouvelle étape. « Nous espérons que la mise en œuvre du Plan National Cancer sera l'occasion de développer des synergies, de fédérer des ressources, des énergies et des mesures en vue d'atteindre plus rapidement des objectifs communs dans la lutte contre le cancer », a déclaré Martine Neyen, directrice de la Fondation Cancer. « Nous nous réjouissons que tous les domaines soient pris en compte – la prévention, le dépistage, le traitement, la réhabilitation ou encore la recherche – et que les missions de la Fondation Cancer puissent désormais se déployer dans un cadre national structuré. » Ainsi, des efforts particuliers viseront à réduire sensiblement les délais d'obtention

du résultat anatomopathologique et à mettre en place un programme national de dépistage du cancer colorectal. Quant à la recherche, elle sera envisagée à l'avenir dans une perspective nationale. Un institut national de cancérologie sera créé pour organiser et coordonner les différentes initiatives.

Les pages suivantes présentent une partie des mesures et des actions du Plan National Cancer, sélectionnées par la Fondation Cancer en fonction de leur caractère prioritaire et s'adressant aussi bien à la population générale qu'aux personnes atteintes d'un cancer. Dans les prochains numéros d'Info Cancer, nous aurons l'occasion de développer davantage différents axes du Plan National Cancer.

Primärprävention

Ein wichtiges Ziel lautet, die Zahl der Krebserkrankungen zu reduzieren. Die Devise lautet: die Bevölkerung dahingehend unterstützen, einen gesunden Lebensstil zu pflegen. Dazu gehört unter anderem, Rauchen bei der Rauchentwöhnung zu helfen, dem exzessiven Alkoholkonsum besonders von Jugendlichen mit einem Aktionsplan entgegenzuwirken und etwas gegen den besorgniserregenden Trend zu Übergewicht zu unternehmen. Des Weiteren soll das Impfprogramm gegen Humane Papillomaviren weiterentwickelt werden. Gegenwärtig ist lediglich etwa ein Drittel der unter 16-jährigen Mädchen gegen diese Viren geimpft, die Gebärmutterhalskrebs auslösen können. Gemäß des 'Plan National Cancer' soll die Impfbedeckung der Zielgruppe auf 80 % steigen.

Krebsfrüherkennung

Um Krebs in einem frühen Stadium zu diagnostizieren und die Sterblichkeitsrate zu senken, ist die Auflage beziehungsweise Weiterentwicklung mehrerer Früherkennungs-Programme vorgesehen. Den Startschuss erhält zum Beispiel eine Initiative zur Früherkennung von Darmkrebs per Koloskopie, mit dem Bestreben, dass sich mindestens ein Drittel der Zielbevölkerung untersuchen lässt.

Information

Jeder Bürger muss die Möglichkeit haben, sich so umfassend informieren zu können, dass er durch Abwägen von Pro und Contra eine ausgewogene, individuelle Entscheidung treffen kann, was seine Behandlung oder die Wahl eines Leistungsträgers angeht. Gemeint ist unter anderem, dass er Informationen über Behandlungszentren und deren Resultate erhält, inklusive der Wartezeiten dieser.

Prévention

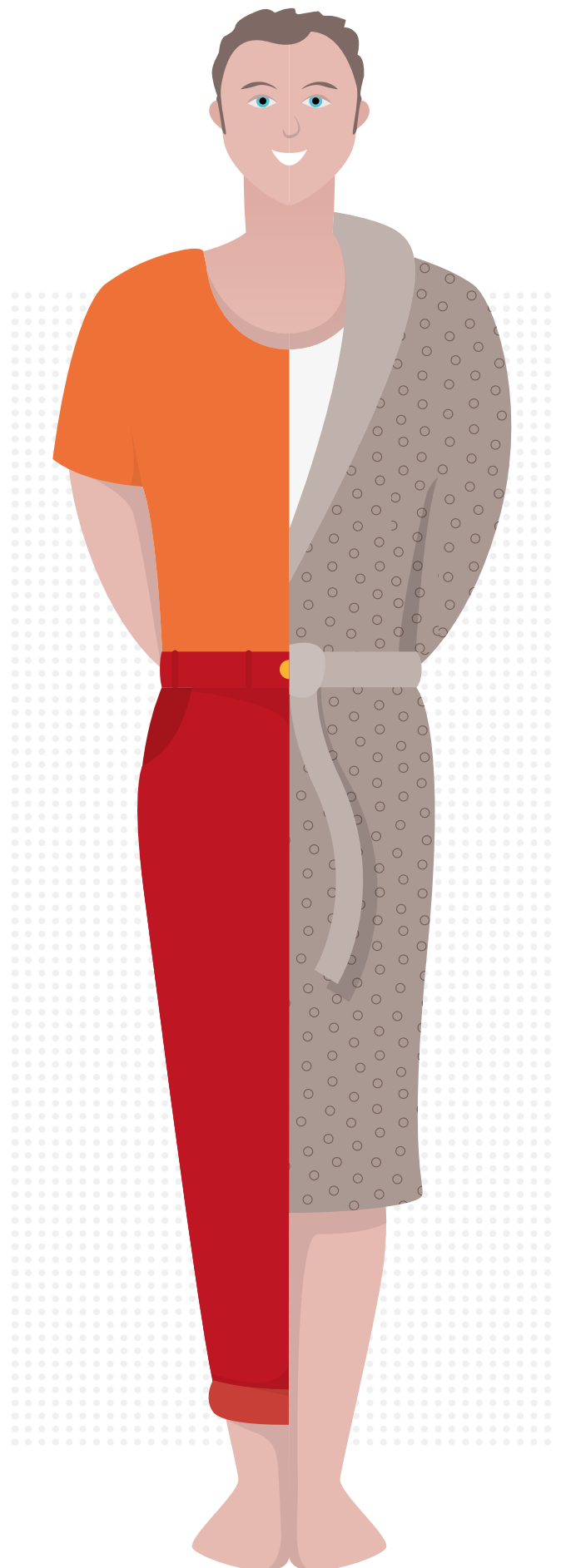
Un objectif prioritaire du Plan National Cancer consiste à réduire le nombre de cas de cancer, tout d'abord en encourageant la population générale à adopter un mode de vie sain et en l'accompagnant dans cette démarche. Cela signifie, entre autres, aider les fumeurs dans leur cessation tabagique, chercher à réduire la consommation excessive d'alcool, surtout chez les jeunes, grâce à un plan d'action et agir contre ce fléau national qu'est devenue l'obésité. En outre, le programme de vaccination contre le virus du papillome humain s'intensifiera : actuellement, seul un tiers des jeunes filles en-dessous de 16 ans est vaccinée contre ces virus à l'origine du cancer du col de l'utérus. Selon le Plan National Cancer, la couverture vaccinale du groupe-cible devrait atteindre les 80 %.

Dépistage du cancer

Afin de diagnostiquer le cancer à un stade précoce et de réduire le taux de mortalité, le maintien voire le développement de plusieurs programmes de dépistage est prévu. Une des premières mesures envisagées est un programme national de dépistage du cancer colorectal par colonoscopie, avec l'objectif d'atteindre un taux de participation minimum de 30 % du groupe-cible.

Droit à l'information

Chaque citoyen doit bénéficier d'une information complète, lui permettant d'effectuer des choix éclairés, en pesant le pour et le contre, au moment de se décider pour un traitement ou un prestataire de soins. Cela implique notamment qu'il dispose d'informations détaillées sur les offres de soins en cancérologie et leurs résultats, y compris les délais d'accès.



Diagnose

Die Verringerung der Wartezeiten auf Laborergebnisse ist ein wichtiger Punkt des Handlungsfeldes Diagnose. Die Bestrebungen gehen dahin, dass Patienten künftig maximal fünf Werktage auf das Resultat einer Biopsie warten müssen – eine immense Erleichterung im Vergleich zur aktuellen Situation, bei der die Betroffenen oft lange Zeit der nervenaufreibenden Ungewissheit ausgesetzt sind, ob sie an Krebs leiden oder nicht, beziehungsweise in welchem Stadium sich der Tumor befindet. Ein weiterer Aspekt im Rahmen der Diagnose ist der Zugang zu Gentests für Personen mit einem deutlich erhöhten familiär bedingten Krebsrisiko.

Behandlung

Die Qualität der Behandlung der Erkrankung selbst sowie der Begleitsymptome (Schmerzen, Müdigkeit, Übelkeit, etc.) steht im Vordergrund. Es geht unter anderem darum, allen Krebspatienten die sogenannte 'Réunion de concertation pluridisciplinaire' zu garantieren. Die Interdisziplinarität des Teams soll einen auf den Patienten zugeschnittenen, umfassenden Behandlungsplan gewährleisten. Darüber hinaus soll jedem Patienten der Zugang zu Palliativpflege beziehungsweise Euthanasie garantiert werden.

Rehabilitation

In der Zeit nach der Behandlung der Krebserkrankung gilt es, die Lebensqualität der Patienten auf persönlicher und familiärer Ebene zu verbessern. Des Weiteren geht es in diesem Handlungsfeld um den Wiedereinstieg von Krebspatienten ins Berufsleben in Form eines individuellen Plans zur Wiedereingliederung, der zwischen Arbeitnehmer, Amtsarzt, Arbeitgeber und Hausarzt ausgehandelt wird.

Diagnostic

L'axe Diagnostic promet des efforts conséquents pour viser à réduire le délai d'obtention des résultats du laboratoire anatomopathologique. Il est prévu qu'à terme les patients ne doivent plus attendre le résultat d'une biopsie pendant plus de cinq jours ouvrables – ce qui représentera un énorme soulagement par comparaison à la situation actuelle où les personnes concernées doivent faire face à une longue période d'incertitude pleine d'angoisse pour se voir confirmer ou infirmer le diagnostic de cancer. Un autre volet de l'axe Diagnostic vise à garantir un accès équitable aux examens génétiques pour les personnes présentant un risque familial de cancer significativement élevé.

Traitement

La qualité de la prise en charge sera au centre des préoccupations, que ce soit pour le traitement de la maladie cancéreuse elle-même ou celui des symptômes associés tels que la douleur, la fatigue ou les nausées. Tous les patients atteints de cancer devront aussi, sans exception, bénéficier d'une réunion de concertation pluridisciplinaire. Cette réunion interdisciplinaire doit garantir qu'un plan de traitement personnalisé et détaillé soit établi. Enfin, tous les patients devront avoir désormais un accès équitable aux soins de fin de vie et à l'euthanasie.

Réhabilitation

Dans la période après le traitement, il est essentiel d'améliorer la qualité de vie des patients en diminuant l'impact du cancer sur leur vie personnelle et familiale. Une priorité sera accordée aux mesures qui faciliteront la réinsertion professionnelle des personnes traitées pour un cancer, entre autres en développant le concept d'un plan individuel négocié entre la personne, l'employeur, le médecin du travail et le médecin traitant.

Deutsche Fassung auf
www.cancer.lu.

Auf Anfrage schicken
wir Ihnen auch gerne
eine Papierausgabe.



Interview du Professeur Martine Piccart

Le cancer du sein aujourd'hui, et demain...

Le Professeur Martine Piccart, oncologue, est chef du service de médecine à l'Institut Jules Bordet à Bruxelles. Elle est aussi une chercheuse de renommée mondiale dans le domaine du cancer du sein.

Professeur Piccart, qu'est-ce qui vous a conduit à porter votre attention en priorité sur le cancer du sein, au début de votre carrière de chercheuse ?

Martine Piccart : Ce fut surtout pour des raisons personnelles et familiales. Quand j'ai commencé ma formation en oncologie, un cancer du sein a été diagnostiqué chez ma mère. C'est clairement un des facteurs qui m'a beaucoup influencée. Nous sommes en plus une famille de femmes, j'ai trois filles, j'ai quatre petites-filles : cette maladie représente donc une menace très claire pour mes proches et moi-même. Je suis donc très motivée à faire avancer plus vite la recherche pour ce cancer encore très meurtrier.

Quels sont les facteurs de risque connus pour le cancer du sein ? Les femmes se posent beaucoup de questions au sujet de la contraception, des déodorants contenant des sels d'aluminium, du traitement hormonal de la ménopause ...

Martine Piccart : Je crois que l'augmentation de l'incidence du cancer du sein est fortement liée au bouleversement de la vie de la femme, qui a sa première grossesse beaucoup plus tard qu'avant, qui a moins de grossesses, qui allaite moins longtemps. C'est pourquoi je suis intimement convaincue que la stratégie de prévention dramatiquement la plus efficace serait de faire fonctionner la glande mammaire au moment où elle est censée commencer à fonctionner, c'est-à-dire très tôt dans la vie de la femme.

On pense en effet qu'une grossesse menée à terme, suivie d'un allaitement de un à deux ans, permet un développement de la glande mammaire qui la met à l'abri, dans une certaine mesure, de facteurs extérieurs cancérigènes. Le fait que cette glande mammaire est aujourd'hui inutilisée pendant très longtemps et qu'en outre beaucoup de jeunes filles prennent la pilule contraceptive, augmente le risque de développer un cancer du sein. Et cela est préoccupant parce qu'on ne voit pas vraiment comment trouver une solution. Il est impensable en effet de revenir à un mode de vie ancestral de la femme !

Il y a bien sûr aussi des cancers du sein qui ont une cause génétique. Dans 5 à 7 % des cancers du sein, on peut mettre le doigt sur une anomalie génétique héréditaire. On a identifié deux gènes mutés qui sont très souvent responsables, mais je crois qu'avec le progrès de la science, on va probablement en identifier d'autres. Cela ne va pas expliquer tous les cancers du sein, cela va en expliquer au maximum 10 %. Et pour ceux-là, il y a une prévention qui est pour l'instant un geste mutilant, consistant en une mastectomie bilatérale « préventive ».

En ce qui concerne les déodorants contenant des sels d'aluminium, je ne pense pas qu'il y ait une évidence scientifique très solide derrière cette hypothèse. Comme il est très difficile de prouver un lien entre cause et effet, je pense qu'il est néanmoins prudent de ne pas utiliser ces déodorants.

Le traitement hormonal de la ménopause est associé à une augmentation de risque du cancer du sein. Ce n'est pas un facteur dramatiquement important, c'est une légère augmentation de risque, mais je trouve assez aberrant qu'il y ait encore énormément de gynécologues qui prescrivent des traitements hormonaux substitutifs à la ménopause pendant de très nombreuses années, parfois pour des raisons qui ne sont pas très claires. En d'autres termes, je peux comprendre qu'on prescrive ces traitements chez des femmes qui ont une qualité de vie effondrée au moment de la ménopause (avec des bouffées de chaleur toutes les cinq minutes, avec une impossibilité de se concentrer etc.). Mais il y a aussi des femmes à qui on prescrit ces traitements hormonaux parce qu'on pense qu'ils vont prolonger la jeunesse, qu'ils ont toutes sortes de vertus qu'ils n'ont en fait pas. On a conduit en effet de grandes études qui ne montrent pas du tout d'effets bénéfiques à long terme.

Enfin, l'obésité et l'alcool sont des facteurs de risque qui augmentent légèrement le risque d'un cancer du sein, sans représenter le même poids que tout ce qui précède. Cependant, essayer de limiter la consommation d'alcool et la prise de poids

(l'obésité devient un facteur de risque après la ménopause), sont des conseils judicieux.

Signalons ici qu'il ne faut pas confondre « facteur de risque » et « cause » d'un cancer : on peut avoir des facteurs de risque sans jamais développer de cancer, tout comme on peut adopter un mode de vie sain et développer un cancer malgré tout. A l'heure actuelle, nous ne pouvons pas encore tracer la « route » des événements moléculaires qui conduisent au cancer du sein.

L'intérêt de la mammographie comme examen de dépistage du cancer du sein est actuellement contesté par certains spécialistes, qu'en pensez-vous ?

Martine Piccart : Comme je ne suis pas une spécialiste de ce domaine, je vais me limiter à deux ou trois messages à ce sujet. Il est vrai que certaines études récentes mettent en question les bienfaits de la mammographie de dépistage, mais il y a aussi des études positives.

Je crois que ce qui pose problème, c'est le fait que, quand on réalise ces mammographies de dépistage, une fois sur quatre, on dépiste le fameux « cancer *in situ* » du sein. Comme le mot l'indique, c'est un cancer du sein qui n'est pas invasif : les cellules cancéreuses sont dans les canaux de la glande et n'ont pas encore pénétré en profondeur. Ce sont des cancers du sein tout à fait différents des cancers du sein invasifs, et moins menaçants. Mais on n'a pas avancé dans la compréhension de la biologie de ces cancers : on ne sait pas pourquoi certains cancers *in situ* vont devenir invasifs et pourquoi d'autres ne vont jamais évoluer. Et c'est évidemment cette lacune dans notre compréhension de la maladie qui a comme conséquence le fréquent « surtraitement » des femmes : quand on est en face d'un diagnostic d'un cancer *in situ*, on va évidemment le traiter, donc un grand nombre de femmes sont opérées, parfois irradiées, parfois même mastectomisées, avec un coût pour la société et un grand point d'interrogation quant aux réels bénéfices. Il faut mieux comprendre le cancer *in situ* pour ne pas être amené à opérer les cancers qui sont complètement anodins. Et pour cela, nous avons besoin d'investir dans la recherche, les gouvernements surtout devraient financer ce type de recherche. Les cancers *in situ*, s'ils doivent évoluer, vont le faire sur 15 - 20 ans. Donc toutes les études qu'on est amené à faire pour ces femmes prennent un temps considérable avant de donner une réponse, ce qui n'intéresse pas l'industrie pharmaceutique.

De même, on devrait développer des outils qui pourraient mieux individualiser le dépistage, mais cela demande aussi beaucoup d'investissement au niveau de la recherche.

D’après vous, quelle est la place de l’IRM dans le dépistage du cancer du sein ?

Martine Piccart : L’IRM est indiquée principalement dans le cadre du cancer du sein héréditaire, c’est-à-dire dès la démonstration de l’existence d’un gène BRCA anormal, muté. Ces femmes-là ont évidemment un haut risque de cancer du sein à un très jeune âge, à un âge où la glande mammaire n’est pas très adipeuse, ce qui diminue la performance de la mammographie.

L’IRM est aussi utile dans le suivi des femmes ayant des prothèses mammaires ou des cancers d’un type particulier, appelés « lobulaires ».

Quel est l’intérêt de l’autopalpation du sein par les femmes ?

Martine Piccart : Je pense que l’autopalpation, ce n’est pas inintéressant à condition que cela ne devienne pas une obsession. Une fois par mois, après les règles, ce n’est probablement pas inintéressant. Ce que les femmes doivent savoir en revanche, c’est que l’autopalpation ne doit supplanter en aucun cas le dépistage par la mammographie. C’est nettement moins efficace, le but du dépistage étant de diagnostiquer un cancer du sein qui n’est pas palpable. Palper une masse, c’est être déjà plus loin dans l’histoire du cancer. L’autopalpation peut être un complément. Cependant le danger est de créer beaucoup d’anxiété chez la femme, donc c’est aussi une option de confier la palpation des seins à son médecin généraliste ou à son gynécologue.

Le cancer du sein ne frappe-t-il que les femmes ?

Martine Piccart : Le cancer du sein peut frapper les hommes, c’est néanmoins une maladie beaucoup, beaucoup plus rare que chez la femme: de l’ordre d’un homme sur 800 (au lieu d’une femme sur 8). C’est donc 100 fois moins fréquent chez l’homme. Mais la maladie existe et doit être connue du public et suspectée par les médecins généralistes. On voit, hélas, des retards de diagnostic chez les hommes parce qu’en présence d’une masse au niveau de la glande mammaire d’un homme, on n’a pas les mêmes reflexes que chez la femme. C’est un diagnostic auquel il faudra penser plus souvent, si on est en présence d’une famille où il y a une démonstration de ces gènes BRCA mutés. Dans ces familles, il y a plus de risques que les hommes développent des cancers du sein ou éventuellement aussi des cancers de la prostate.



Le Professeur Martine Piccart, après de brillantes études de médecine à l’U.L.B. (Prix Fleuris Mercier), a débuté sa carrière à l’Institut Jules Bordet à Bruxelles en 1978. Depuis le 1^{er} avril 2005, elle y assure la direction du service de médecine.

Elle a créé en 1996 le Breast International Group (BIG) qu’elle préside, dans le but de fédérer les efforts de recherche à travers le monde dans le domaine du cancer du sein. Le Pr Piccart a joué un rôle actif dans le développement de nouvelles chimiothérapies. Son travail a été récompensé par de nombreuses distinctions honorifiques: citons l’award de l’ESMO (European Society for Medical Oncology) en 1997, reçu pour une « contribution exceptionnelle au progrès de l’oncologie médicale en matière de cancer du sein et cancer de l’ovaire », le « Breast Cancer Research Foundation 2004 Award » à New York, reçu des mains d’Evelyne Lauder, ou encore le « Prix Mois du Cancer du Sein » à Paris. En 2005, son équipe et elle-même ont reçu une des bourses prestigieuses de Bristol Myers Squibb, le « Freedom of Discovery Grants ».

Auteur de nombreuses publications scientifiques, le Pr Piccart est membre de plusieurs sociétés d’oncologie médicale: elle est, depuis 2001, nommée au Comité de l’ASCO (American Society of Clinical Oncology), un événement rare pour les cancérologues européens.

Outre le traitement locorégional (chirurgie, radiothérapie), quand est-ce qu’un traitement adjuvant (chimiothérapie) est indiqué ? Quel en est l’intérêt ?

Martine Piccart : En théorie, un traitement adjuvant ne se prescrit que lorsqu’on a une crainte que la maladie ait déjà pu envoyer des cellules cancéreuses à distance, donc qu’il y ait déjà eu un processus d’essaimage. La grosse difficulté pour l’oncologue est justement de quantifier ce risque.

Il peut se faire aider par un test de « signature de gènes » pour évaluer si une tumeur a un haut potentiel de dissémination métastatique ou un faible potentiel de dissémination métastatique. Ces signatures ne sont malheureusement pas remboursées dans de nombreux pays alors qu’elles sont très largement utilisées aux Etats-Unis. Leur coût est de l’ordre de 2.500 à 3.500 € selon le type de signature. Une des raisons pour lesquelles il n’y a pas encore d’adoption très large de ces tests, c’est que les données qui en montrent l’utilité sont rétrospectives. Certains pays attendent les résultats de deux grandes études prospectives: l’une conduite aux Etats-Unis, dont les résultats seront disponibles en 2016, et l’autre que nous avons conduite avec BIG et l’EORTC, l’étude MINDACT. MINDACT est une étude qui a enrôlé plus de 6.000 femmes



en Europe avec des cancers du sein, ganglions négatifs principalement et dont les résultats seront connus en 2015. L’étude a pour but de démontrer que le test est robuste: c’est-à-dire que quand le test indique qu’une tumeur est à faible potentiel métastatique, il y aura effectivement extrêmement peu de récives. Si l’étude MINDACT valide cette hypothèse, on pourra considérer qu’à l’avenir il ne faudra plus prescrire de chimiothérapie adjuvante à ces femmes-là et on s’attend à une baisse de 10 à 15% des prescriptions de chimiothérapie adjuvante. En revanche, si le test indique un haut potentiel métastatique, ces patientes continueront à recevoir une chimiothérapie. C’est vraiment une très belle étude qui, je l’espère, va confirmer la solidité de ce test parce que ce sera un progrès très important pour les femmes. Compte tenu du fait que la maladie est très fréquente, le progrès sera vraiment substantiel. Rappelons que pour les femmes à qui on fait une chimiothérapie, l’impact du traitement est considérable, surtout quand elles sont mères de famille et toujours actives professionnellement. Il y a un arrêt de travail, il y a une grande fatigue qui peut continuer à exister une année après la chimiothérapie ... et donc l’impact socio-économique est également très lourd. J’espère de tout cœur que ces deux études vont apporter la preuve définitive qu’on peut réellement faire confiance au test génomique. Même s’il a un certain coût, pour moi ce sera largement compensé par le fait qu’il y a aura moins de femmes qui devront arrêter de travailler, solliciter de l’aide pour s’occuper des enfants, etc. En plus, le test est véritablement facile à faire, ce n’est pas une question de difficulté à l’heure actuelle, mais une question de coût.

Quel est le risque du traitement adjuvant ?

Martine Piccart : À côté du risque de fatigue, de l’impact socio-économique que j’ai déjà évoqué, il y a le fait que la chimiothérapie adjuvante va accélérer la ménopause, et donc tous les problèmes de la ménopause tels que les bouffées de chaleur, la prise de poids etc. Certaines chimiothérapies peuvent aussi être associées à un très faible risque d’insuffisance cardiaque.

Les traitements hormonaux adjuvants qui sont donnés en présence de récepteurs hormonaux, pour des durées de plus en plus longues, ont aussi leur cortège d’effets secondaires. D’abord un effet possible sur la qualité de vie: il y a des femmes qui supportent très bien ces traitements, avec peu d’inconvénients, mais d’autres ont beaucoup d’effets secondaires, des troubles de l’humeur, des bouffées de chaleur, des douleurs articulaires. Si c’est le cas, il est très important que

les femmes en parlent à leur médecin parce qu’on finit quand même par trouver une solution dans la majorité des cas. Quand on ne tolère pas bien un traitement hormonal, on peut en trouver un autre qui va être mieux supporté.

Notons encore que le tamoxifène est associé à un très faible risque de cancer de l’utérus. Diagnostiqué à temps, ce cancer est guérissable très facilement. Enfin certains médicaments d’hormonothérapie ont des effets au niveau du squelette : ils peuvent accélérer l’ostéoporose.

Quelles sont les possibilités de traitement une fois que le cancer du sein a atteint le stade métastatique ?

Martine Piccart : Le cancer du sein métastatique a plutôt mauvaise presse parce que dans la très grande majorité des cas, il n’est pas guérissable. Mais ce n’est pas parce qu’il n’est pas guérissable qu’il faut avoir une attitude défaitiste. Nous sommes en présence d’une maladie chronique, avec un contrôle souvent prolongé sur l’évolution de la maladie.

Des progrès importants ont été réalisés ces dernières années et j’entrevois que d’autres progrès vont voir le jour dans les années qui viennent. Il n’en reste pas moins que la maladie est difficile à soigner, et demande énormément de « feeling ». En effet, il n’y a pas encore beaucoup de compréhension de cette maladie. On ne comprend pas pourquoi certains cancers du sein vont migrer dans l’os, d’autres dans le foie et y rester pendant des années, avant d’aller vers d’autres organes. Tous ces comportements très hétérogènes du cancer du sein métastatique sont très mal compris à l’heure actuelle. Comme on ne comprend pas très bien la maladie, les progrès qu’on a faits et qui sont réels, restent relativement modestes. Et les traitements restent encore empiriques. C’est pour cette raison qu’on a pensé qu’il était grand temps d’investir de l’argent et du temps dans la compréhension de la maladie, et notamment dans l’analyse beaucoup plus fine de ces cellules tumorales « en migration ». Dans le programme AURORA, on va comparer grâce à des techniques extrêmement modernes, la carte génétique de la tumeur au départ, et puis la carte génétique d’une métastase. Et nous allons essayer de comprendre ce qui s’est passé, pourquoi certaines cellules, celles qui sont responsables de la récurrence, n’ont pas pu être éradiquées par le traitement adjuvant. On pourra aller plus loin dans la caractérisation de ces cellules et c’est la première étape vers un progrès substantiel dans le traitement de la maladie.

Les progrès les plus marquants sont surtout pour les cancers du sein qui ont des cibles thérapeutiques. Ainsi, pour les

Les progrès de la recherche vont conduire à des thérapies de plus en plus ciblées. Nous nous attendons à des bouleversements dans les 4 à 5 ans.

cancers du sein qui expriment les récepteurs hormonaux, on a fait des progrès très clairs, car on a développé plusieurs hormonothérapies qui, en étant utilisées de façon séquentielle, peuvent contrôler ces cancers du sein métastatiques pendant plusieurs années avec une très bonne qualité de vie. Le deuxième cancer du sein où on a fait des progrès marquants jusqu’à ce jour, est celui qui a aussi une cible bien identifiée, le fameux récepteur Her2/neu. Pour ce type de cancer, on a maintenant cinq à six traitements ciblés qui permettent de contrôler la maladie même à un stade avancé, même en présence de métastases dans le poumon et dans le foie, encore une fois pendant de nombreuses années. En revanche, dans les cancers du sein où ces cibles n’existent pas, les triples négatifs, on est beaucoup plus démunie : on a la chimiothérapie, mais pas de thérapies ciblées. Je suis convaincue que l’investissement dans la recherche va améliorer ce tableau. Depuis trente ans que je fais ce métier, les progrès dans le cancer du sein métastatique sont réels mais très lents, faute d’un investissement conséquent dans la recherche sur ce type de cancer. Ceci est en train de changer !

Peut-on s’attendre à de nouvelles approches thérapeutiques dans un avenir proche ?

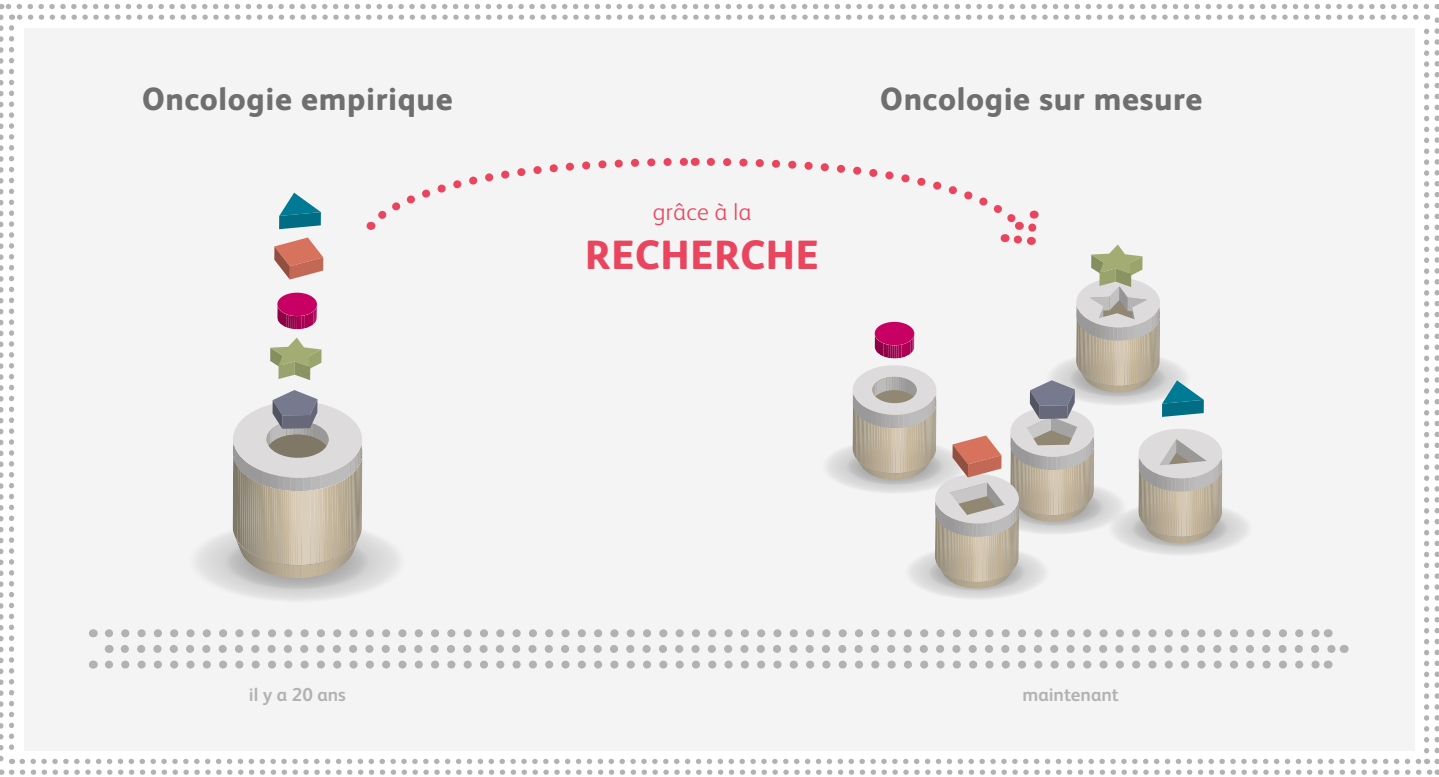
Martine Piccart : Le traitement du cancer du sein métastatique va connaître des bouleversements dans les quatre à cinq ans. D’ici quelques années, surtout si le programme AURORA ouvre des pistes nouvelles pour mieux comprendre la maladie, cela va devenir une habitude de mieux caractériser la carte génétique des métastases. On va faire des efforts diagnostiques plus poussés qu’on ne le fait aujourd’hui, on va devenir plus intelligent dans l’utilisation des traitements ciblés. On va par exemple pouvoir adjoindre à une hormonothérapie un deuxième médicament ciblé qui va permettre à la thérapie d’agir plus longtemps. Ce genre de molécule est déjà devenu une réalité, mais je pense qu’il y en aura beaucoup d’autres qui vont être développées dans les années à venir.

On a aussi beaucoup d’enthousiasme pour mieux comprendre l’évolution de la maladie à travers des prises de sang. Essayer de détecter dans le sang du matériel génétique que les cellules cancéreuses libèrent dans le sang, c’est encore expérimental mais très excitant. L’idée est la suivante : si on va analyser ce matériel génétique qui est dans la circulation, on va mieux comprendre quel est le traitement indiqué. On va peut-être dépister très tôt quand une tumeur échappe à un traitement, car c’est ce qui se passe dans la plupart des cas. Sous la pression des traitements, les cellules cancéreuses subissent continuellement des mutations, mutations qui leur permettent en quelque sorte d’échapper à l’action du traitement et de survivre. On a l’espoir que ces tests sanguins permettront de dépister très tôt quand une tumeur développera un mécanisme de résistance au traitement. A ce moment-là, on va arrêter le traitement à temps, on ira vers un meilleur traitement plus tôt et on deviendra globalement plus efficace. Il y a beaucoup d’espoir dans cette technologie d’analyse du matériel génétique libéré par les cellules cancéreuses et cela fait partie du programme AURORA. On va collecter tous les six mois le plasma de patients pour justement aller à la recherche de ce matériel génétique, l’étudier et le comparer alors à l’analyse génétique de la métastase.

Le troisième grand espoir que je vois, surtout dans le cancer du sein où on a fait le moins de progrès, le cancer du sein triple négatif, c’est de développer des médicaments immunologiques efficaces. Ces dernières années, on a fait un bond en avant avec l’immunothérapie parce qu’on a compris que le cancer envoie des signaux inhibants au système immunitaire. Le système immunitaire est paralysé par la tumeur : comme on a compris maintenant la nature de ces substances paralysantes, on peut les neutraliser par des médicaments. On peut lever le frein que la tumeur exerce sur le système immunitaire. Ces médicaments sont utilisés à l’heure actuelle dans le traitement du mélanome et du cancer du poumon. Ils sont en train d’être étudiés dans le cancer du sein triple négatif (complètement dépourvu de récepteurs hormonaux et de récepteurs Her2/neu).

Pour avancer plus vite dans l’exploration de ces thérapies innovantes, il n’y a rien d’aussi efficace que la collaboration entre chercheurs de plusieurs pays.

Propos recueillis par Lucienne Thommes



Le projet de recherche AURORA

1.266 million d'euros de la Fondation Cancer pour la recherche sur le cancer du sein

En avril 2014, le Breast International Group (BIG), plus vaste réseau international de recherche contre le cancer du sein, a officiellement lancé son nouveau programme de recherche nommé AURORA. Ce programme s'adresse aux personnes atteintes d'un cancer du sein métastaté. Une personne sur trois atteinte d'un cancer du sein développera des métastases, c'est-à-dire que les cellules cancéreuses de la tumeur initiale (dite tumeur primitive) vont migrer vers d'autres organes pour y former des métastases.

Jusqu'à présent, la majorité des efforts de recherche s'est focalisée sur les anomalies génétiques des cellules cancéreuses de la tumeur primitive. Ce n'est que récemment que les chercheurs ont commencé à étudier les anomalies des gènes des métastases. En effet le dogme voulait que les anomalies des cellules cancéreuses des métastases se doivent d'être identiques à celles de la tumeur primitive. Mais, même si certaines données suggèrent que l'on retrouve les mêmes anomalies dans les métastases, dans certains cas, ces métastases expriment d'autres caractéristiques que la tumeur initiale. Elles peuvent contenir d'autres anomalies ou mutations génétiques qui les rendent au fil du temps résistantes aux traitements.

Les objectifs du programme AURORA

En utilisant les nouvelles technologies de séquençage, le programme de recherche AURORA a pour but premier de mieux comprendre, au niveau génétique, l'histoire naturelle et la progression de la maladie et d'identifier les anomalies génétiques qui sont à l'origine des métastases. Il devrait aussi mener à la découverte de nouveaux biomarqueurs (ce sont le plus souvent des protéines qu'on retrouve dans le sang ou dans les tissus et qui sont des indicateurs d'un état pathologique particulier) qui permettront de mieux comprendre pourquoi certains patients ré-



pondent extrêmement bien à leur traitement alors que d'autres patients pas du tout, et ce, pour le même traitement. A côté de cela, AURORA prévoit de proposer à certains patients, chez qui une anomalie génétique aura été identifiée, un traitement personnalisé ciblant l'anomalie en question avec l'espoir de prolonger leur espérance de vie et d'améliorer leur qualité de vie.

Les autres patients, pour lesquels aucune anomalie n'aura pu être identifiée ou pour lesquels aucun médicament ciblant leur anomalie n'existe, recevront le meilleur traitement standard existant.

« Une sorte de GPS »

En comprenant mieux la manière dont évolue le cancer du sein métastaté, autrement dit en identifiant les routes qu'il va emprunter pour se propager, on peut installer des obstacles (traitements) aux bons endroits (ciblés) et ainsi ralentir ou stopper son évolution.



Les explications du Pr Piccart lors de la remise de chèque le 4 juillet

Comment s'articule AURORA ?

AURORA a pour but de recruter 1.300 patients souffrant d'un cancer du sein métastaté, pour lequel ils n'ont pas encore été traités ou pour lequel ils n'ont pas reçu plus d'une ligne de traitement.

Environ quatre-vingts hôpitaux de différents pays européens (Allemagne, Autriche, Belgique, Espagne, Finlande, France, Islande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Royaume-Uni, Suède et Suisse) participent au programme.

Pour chaque patient, un échantillon de la tumeur primitive, un échantillon d'une ou de plusieurs métastases et du sang vont être collectés. Une partie de ces échantillons sera envoyée dans un laboratoire spécialisé afin d'être soumise à une analyse génétique pour étudier les gènes qui sont impliqués dans l'apparition et l'évolution du cancer.

Les autres échantillons seront conservés dans une biobanque en vue d'analyses ultérieures. Les données cliniques vont être collectées sur une période de 10 ans. Ces données sont cruciales pour mieux comprendre comment les tumeurs évoluent et se propagent et pourquoi certaines réagissent à un traitement et d'autres pas.

C'est l'IBBL (Integrated Biobank of Luxembourg) qui a été choisie pour stocker tous les échantillons du programme AURORA et pour traiter les biopsies des patients luxembourgeois participant à l'étude.

Fondation Cancer unterstützt 'BIG against breast cancer'

Zur Unterstützung von AURORA, eines weltweiten Programms über metastasierten Brustkrebs, überreichten Dr. Carlo Bock, Präsident der Fondation Cancer, und Martine Neyen, Direktorin der Fondation Cancer, einen Scheck in Höhe von 1.266 Mio. € an Prof. Dr. Martine Piccart und Serge Schmitz von 'BIG against breast cancer'.

'AURORA' ist ein Forschungsprogramm, das von 'BIG against breast cancer' (BIG) lanciert wurde und sich an Menschen richtet, die an einer Form von Brustkrebs leiden, die bereits Metastasen gebildet hat und von der weltweit eine von drei brustkrebserkrankten Frauen betroffen ist. BIG wurde 1999 gegründet und ist mit mehr als 10.000 Medizern und Forschern in mehr als 50 Ländern das weltweit größte akademische Netzwerk im Kampf gegen Brustkrebs. Prof. Dr. Martine Piccart ist eine international renommierte Onkologin und Brustkrebsforscherin und steht BIG als Präsidentin vor. Die Fondation Cancer unterstützt das AURORA Programm von BIG mit einer Summe in Höhe von 1.266 Mio. €.

'AURORA' soll dazu beitragen, genetische Veränderungen zu identifizieren, die die Bildung von Metastasen auslösen. Es soll helfen, Biomarker zu entdecken, die Aufschluss darüber geben, warum manche Patienten sehr gut, andere sehr schlecht auf bestimmte Behandlungen reagieren. Auf der Basis der identifizierten genetischen Abweichungen können verschiedene Patienten von klinischen Studien und in der Folge möglicherweise von einer anderen Behandlungsform profitieren, auf die sie besser ansprechen.

Den Patienten, die teilnehmen, wird der Tumor und eine Metastase entfernt, genetischen Analysen unterzogen (molekulares Screening von 411 Genen) und in einer Biobank

zwecks weiterer Untersuchungen gelagert. Gemäß des genetischen Profils des Tumors kann ein Teil der Probanden, schätzungsweise ein Fünftel, direkt von neuen Behandlungen aus laufenden klinischen Studien profitieren, wenn sie einverstanden sind. Alle anderen erhalten die beste bereits zugelassene Therapie.

Die Tumore der Patienten, die entweder besonders gut oder besonders schlecht auf die Behandlung reagieren, werden einer erneuten, noch detaillierteren Analyse unterzogen, um die Entwicklung der Erkrankung und die zellulären Reaktionen noch genauer zu untersuchen. Dank der Unterstützung der Fondation Cancer können 70 Patienten, darunter auch Patienten aus Luxemburg, an dem vielversprechenden Programm von 'BIG against breast cancer' teilnehmen. BIG hat zur Lagerung der Gewebeproben übrigens die 'Integrated BioBank of Luxembourg' (IBBL) als zentrale europäische Biobank für ihr Projekt ausgewählt.

1.266 Mio. € für AURORA Forschung über Brustkrebs



Foto (v. li. n. re.): Serge Schmitz von 'BIG against breast cancer', Martine Neyen, Direktorin der Fondation Cancer, Pr. Martine Piccart, Präsidentin von BIG und Dr. Carlo Bock, Präsident der Fondation Cancer



Cancer de l’ovaire



Dr Caroline DUHEM

Oncologue
Membre de la Société Luxembourgeoise d’Oncologie SLO

Le cancer de l’ovaire n’est pas une tumeur très fréquente puisqu’il représente le 5^{ème} cancer de la femme en termes de fréquence (ce qui représente 20 à 25 nouveaux cas par an à Luxembourg). Par contre, il s’agit d’une tumeur redoutable, se hissant à la 3^{ème} place en termes de mortalité par cancer, souvent à cause d’une découverte tardive.

Diagnostiquée le plus souvent vers 60-65 ans, les symptômes de cette maladie n’apparaissent la plupart du temps qu’à un stade avancé ; d’autre part, l’absence de test de diagnostic précoce fiable et la rareté de la maladie ne permettent pas d’en envisager un dépistage efficace à grande échelle.

Histoire naturelle et symptômes de la maladie

Initialement, les cellules tumorales se développent sous la capsule de l’ovaire qu’elles finissent par rompre. Elles peuvent alors se propager par continuité, en « glissant » dans la cavité abdominale, puis s’étendre aux organes voisins tels que l’utérus, le rectum ou la vessie. Les dépôts tumoraux peuvent enfin entraîner une production parfois abondante d’un liquide abdominal appelé ascite. Dans les stades initiaux de la maladie, les symptômes sont très peu spécifiques et s’aggravent

progressivement : inconfort dans le petit bassin (un peu comme les vagues douleurs précédant les règles) puis véritable ballonnement abdominal, impression d’estomac plein, perte d’appétit, impression de devoir uriner fréquemment.

Facteurs de risque

Les principaux facteurs de risque sont

- :: les antécédents de cancer de l’ovaire dans la famille, risque d’autant plus élevé qu’il s’agit d’une parente du 1^{er} degré (sœur ou mère), surtout s’il existe des notions de prédisposition génétique (en particulier entrant dans le cadre d’une mutation des gènes BRCA1 ou BRCA2) ;
- :: le fait de n’avoir jamais eu d’enfant ou d’avoir eu une première grossesse tardive ;

- :: comme dans de nombreux cancers, le surpoids et un âge avancé sont également des facteurs de risque ;
- :: par contre, les grossesses à répétition et la prise de contraceptifs oraux (en cours ou par le passé) protègent du cancer de l’ovaire.

Prévention et dépistage

Etant donné que les facteurs de risque connus sont essentiellement non « modifiables » (que ce soit pour le bagage génétique ou les antécédents personnels ou familiaux), peu de recommandations peuvent être faites en termes de prévention, si ce n’est celle de perdre du poids si l’on est trop enveloppé.

Par contre, chez les patientes à (très) haut risque, une chirurgie de prévention peut raisonnablement être proposée (résection par laparoscopie des annexes, c’est-à-dire des ovaires, mais également des trompes utérines).

En conséquence, plusieurs études se sont concentrées à développer une stratégie de dépistage efficace.

Un test de dépistage approprié doit détecter les femmes porteuses du problème dépisté et ne pas le retrouver chez les personnes indemnes de cette condition. Dans le cadre du cancer de l’ovaire, il est particulièrement important d’éviter les « faux-positifs » (c’est-à-dire un test qui revient positif alors que la maladie n’est pas présente) puisque ceux-ci impliquent le plus souvent la réalisation d’une chirurgie, dans le but de détecter le cancer à un stade pré-symptomatique et surtout curable, réduisant les risques de décéder de la maladie.

A ce jour, les études réalisées à la recherche de la meilleure combinaison et stratégie de dépistage permettent d’arriver aux conditions suivantes : deux tests peuvent être utiles pour les femmes à haut risque de cancer de l’ovaire : combinaison d’un test sanguin évaluant le marqueur tumoral CA125 et/ou échographie pelvienne (ou du petit bassin).

- :: Le dosage sanguin du marqueur CA125 est très sensible (c’est-à-dire qu’il est augmenté dans la plupart des cas de cancers de l’ovaire, surtout à un stade avancé). Par contre, il manque de spécificité et peut être anormalement élevé dans une série d’autres circonstances : maladies gynécologiques bénignes, maladies du foie, autres cancers (tels que le cancer du sein, du pancréas), certaines pleurésies. En outre, cette valeur peut être élevée (au-delà de 2,5x la normale) chez environ 1 % des femmes saines et fluctue durant le cycle menstruel. On ne peut donc recommander ce dosage comme seul test de screening fiable des cancers ovariens.

- :: Echographie pelvienne : le plus souvent, c’est une échographie endovaginale (c’est-à-dire réalisée la plupart du temps par le gynécologue au cabinet) qui est proposée ; cet examen réalisé par un praticien expérimenté permet de visualiser 80 à 100 % des cancers de l’ovaire avec toutefois comme pour le marqueur CA125 de nombreux « faux-positifs », par exemple des tumeurs bénignes de l’ovaire (kystes, endométriose, etc.).
- :: Si la combinaison du marqueur CA125 et de l’échographie pelvienne est théoriquement intéressante, cette combinaison s’est avérée en pratique assez décevante au vu des multiples faux-positifs (ce qui implique la plupart du temps une chirurgie). De plus, aucune étude valable n’a pu en démontrer un impact sur la mortalité par cancer de l’ovaire, du moins dans une population non sélectionnée. Il est donc important de limiter ce dépistage combiné aux patientes à haut risque.

A qui proposer le dépistage ?

Pour l’instant, exclusivement aux patientes à haut risque familial de cancer de l’ovaire. Deux cas de figures peuvent se présenter :

- :: femmes porteuses d’une mutation prédisposant des gènes BRCA1 et 2 : dans ces circonstances, ce sera la recommandation d’une chirurgie préventive (annexectomie bilatérale) qui sera privilégiée puisque cette approche a démontré son efficacité tant en termes d’incidence de cancer de l’ovaire que de réduction de mortalité, à la fois par cancer de l’ovaire mais également par cancer du sein, du moins si cette chirurgie est pratiquée avant l’âge de 40 - 45 ans. Toutefois, le dépistage peut être raisonnablement proposé aux femmes qui refusent la chirurgie ou souhaitent temporiser.
- :: femmes non porteuses de mutation mais ayant une lourde histoire familiale ou femmes ayant refusé de se soumettre à un test génétique : dans ce cas on peut proposer 1 à 2 fois par an un screening combinant test sanguin (dosage du marqueur CA125) et échographie pelvienne à partir de 30-35 ans ou 5 à 10 ans avant l’âge de diagnostic de la personne la plus jeune touchée dans la famille (par exemple à débiter à 40 ans si la mère a présenté un cancer de l’ovaire à 45-50 ans). Pour les autres patientes (à risque « standard »), aucune recommandation en termes de dépistage spécifique ne peut être faite sur base des données scientifiques actuelles.

Nous sommes donc encore bien loin d’un dépistage efficace, spécifique et sécurisé tel qu’actuellement établi dans les tumeurs du côlon, du sein ou du col de l’utérus.

Cancer du sein et de l'ovaire d'origine génétique

Qu'est-ce qu'un cancer d'origine génétique ?

Il est fréquent que les patientes souffrant un cancer du sein aient dans leur famille une ou plusieurs personnes précédemment atteintes de cette maladie, sans que cela suffise pour parler de « cancer d'origine génétique » ; ce terme se limite aux patientes porteuses d'une anomalie génétique (ou « mutation ») transmise par l'un des parents, le père ou la mère, et responsable d'une fréquence nettement majorée de cancer du sein et de l'ovaire. Les gènes mutés les mieux connus sont appelés BRCA1 et BRCA2 (pour BReast CAncer 1 et 2) : l'altération de la fonction de ces gènes entraîne des troubles de réparation de l'ADN, notre code génétique, et permet ainsi l'apparition d'un ou de plusieurs cancers, en l'occurrence au niveau du sein et de l'ovaire. Cependant, le fait d'être porteuse d'une telle mutation n'implique pas que l'on va systématiquement développer un cancer, mais que le risque en est plus élevé que dans la population générale. Ainsi, les femmes porteuses d'une mutation du gène BRCA1 ou 2 ont un risque de l'ordre de 50 à 85 % de développer un cancer du sein au cours de leur vie, souvent à un âge assez jeune (avant 40-50 ans) ou plus tardivement de développer un cancer de l'ovaire (risque estimé de 10 à 40 %). En outre, pour le gène BRCA1, il s'agit souvent de tumeurs du sein de comportement agressif, souvent appelées « tumeurs triples négatives » parce qu'elles sont dépourvues de récepteurs hormonaux et de la protéine Her2, ce qui les rend insensibles à toute thérapie ciblée.

Chez qui soupçonner une telle mutation ?

Une histoire familiale est considérée comme suggestive de l'existence d'une de ces mutations dans plusieurs circonstances :

- :: si deux parentes du 1^{er} degré (mère et/ou sœur) ont eu un cancer du sein diagnostiqué avant l'âge de 50 ans ;

- :: si (au moins) trois parentes du 2^{ème} degré (tantes, nièces, ...) ont eu cette maladie avant l'âge de 60 ans ;

- :: ce degré de suspicion se renforce encore s'il existe dans la famille une notion de cancer du sein bilatéral ou de cancer du sein chez un homme ;

- :: s'il y a eu un/des cancer(s) de l'ovaire (quel que soit l'âge) dans une ou plusieurs générations.

On peut enfin soupçonner une anomalie génétique causale chez les jeunes femmes ayant un cancer du sein avant 35-40 ans, même en l'absence de toute histoire familiale évocatrice.

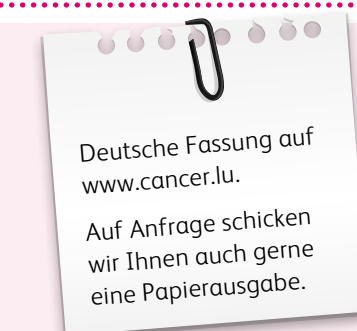
Modalités du test génétique

Les mutations des gènes BRCA1 et 2 sont qualifiées de « germinales », c'est-à-dire qu'elles sont présentes dans toutes les cellules de l'organisme des personnes porteuses dès leur naissance, même si les éventuelles conséquences en termes de cancer ne se manifestent qu'au niveau de certains organes (sein et/ou ovaire). Dès lors, le test génétique peut être réalisé sur une simple prise de sang.

Ces mutations ne sont retrouvées que chez 5 % des patientes porteuses de cancer du sein (en particulier ceux ayant des caractéristiques dites triples négatives chez les femmes jeunes). Donc, le test ne doit certainement pas être proposé à toutes les patientes suivies pour cancer du sein.

De même on peut également le proposer à des femmes n'ayant pas de tumeur, mais demandeuses d'un test parce qu'ayant une lourde histoire de cancer du sein et/ou de l'ovaire dans leur famille, mais que l'on ne peut y tester aucune patiente ayant eu un cancer : patientes décédées, non accessibles ou refusant le test.

Si la réalisation d'un test génétique est somme toute très facile (par prise de sang), la discussion qui doit



impérativement la précéder est beaucoup plus complexe : elle doit aborder avec la personne testée tous les aspects et implications de cette démarche, notamment en termes de décisions lourdes et de détresse psychologique, non seulement pour elle-même mais aussi pour sa famille. Idéalement, ces tests ne devraient être réalisés qu'après consultation d'un onco-généticien, médecin ayant des compétences en génétique du cancer mais également en termes de communication et de conseils.

A Luxembourg, ces tests génétiques sont actuellement envoyés pour analyse dans des centres de référence étrangers (la plupart du temps en Belgique) ; ce processus peut durer 6 à 8 mois.

Si le test est positif...

S'il existe bien une mutation des gènes BRCA1 ou 2 (« test positif »), plusieurs attitudes peuvent être discutées :

1) Dépistage et surveillance intensive

Pour le cancer du sein, on recommande aux femmes porteuses de mutations :

- :: un auto-examen (autopalpation) des seins commençant dès l'âge de 18 ans, chaque mois après les règles, et un suivi par un gynécologue dès 25 ans ;
- :: pour les femmes très jeunes (25-35 ans), on préférera la réalisation d'une résonance magnétique (IRM) des seins une fois par an plutôt que de débiter à cet âge les mammographies qui sont des examens irradiants, donc potentiellement dangereux à long terme pour la glande mammaire.

Pour le cancer de l'ovaire, on conseille de combiner test sanguin (dosage du marqueur CA125) et échographie pelvienne une à deux fois par an à partir de l'âge de 35 ans.

2) Chirurgie de prévention

Lorsque le risque est très élevé comme chez les femmes porteuses de mutation et que celles-ci sont demandeuses, une ablation chirurgicale des deux seins (appelée mastectomie bilatérale prophylactique telle que celle réalisée par Angelina Jolie) est un choix raisonnable : cette opération diminue le risque de développer de cancer du sein de plus de 90 % sans toutefois l'annuler. Des modalités de reconstruction immédiate peuvent bien entendu être envisagées, mais ce n'est en aucun cas une décision qu'il faudrait prendre à la légère ou encore moins s'en laisser convaincre dans un mouvement de panique.

La résection des annexes (ovaires et trompes de Fallope) est l'option de choix qui permet de réduire le risque de cancer de l'ovaire de 80 à 90 % et également de cancer du sein (de 30 %), du moins si ce geste est réalisé chez une femme jeune (vers 40 ans ou en tout cas après avoir terminé tout projet de grossesse).

3) Médicaments et mode de vie

Certains médicaments antihormonaux (comme le tamoxifène) peuvent être proposés afin de réduire le risque de cancer du sein, en particulier chez les patientes porteuses de mutation du gène de BRCA2.

Plus simples et surtout très efficaces à titre préventif sont certaines modifications du mode de vie : contrôle d'un éventuel surpoids et surtout, pratique régulière d'un sport y compris chez les très jeunes femmes. Ceci permet de réduire le risque de cancer du sein de plus de 30 %, chez les patientes porteuses d'une mutation ou le risque de rechute après traitement d'un cancer du sein.

Quelle que soit l'option retenue, un soutien psychologique de tout moment devra être assuré à la patiente et à sa famille.

*Dr Caroline Duhem
Oncologue, Membre de la Société Luxembourgeoise d'Oncologie SLO*



Therapie für Kinder und Jugendliche

„Knackpunkt

ist die Selbstwirksamkeit“

Der psychosoziale Dienst der Fondation Cancer hilft nicht nur Krebspatienten, sondern auch deren Angehörigen und damit auch Kindern. Diese leiden oft besonders unter der Situation, dass Mutter oder Vater krank sind. Dipl.-Psychologin Nathalie Wampach verfügt unter anderem über eine systemische Therapieausbildung zur Arbeit mit Kindern und Jugendlichen und berichtet über ihre Erfahrungen.

Welche Sorgen haben die Kinder von Krebspatienten?

Nathalie Wampach: Die Sorgen können sehr unterschiedlicher Natur sein. Da wäre zum einen die Sorge um den erkrankten Elternteil – dass es ihm gut geht, dass er keine Schmerzen hat, dass er nicht traurig ist. Manche Kinder oder Jugendliche sorgen sich aber auch um die Eltern als Paar, denn wenn die Erkrankung zu einer starken Belastungsprobe für die Beziehung wird, kommt bei manchen Kindern die Angst auf, die Eltern könnten sich trennen. Auch finanzielle Sorgen können bei den Kleinen auftreten. Weitere Sorgen betreffen keine dritte Person, sondern sie selbst: die Angst, selber krank zu sein oder Ängste vor der Zukunft, Gefühle wie Langeweile oder Freudlosigkeit, Stimmungsschwankungen von niedergeschlagen und traurig bis hin zu sehr wütend, Konzentrationsschwierigkeiten etc. „Last but not least“ sorgen sich viele Kinder um ihre Geschwister.

Durch welche Symptome äußern sich die Sorgen?

Nathalie Wampach: Es kann sein, dass ein Kind in der Schule an Konzentrationsstörungen leidet, dass es ihm schwer fällt, sich auf den Unterricht zu fokussieren. Bei Mädchen können Ernährungsprobleme auftreten, sie essen aus Kummer entweder zu wenig oder zu viel. Jungen verbringen mitunter viel mehr Zeit mit Computerspielen als ihnen gut tut. Andere Kinder legen aggressives Verhalten an den Tag. Wieder andere ziehen sich komplett zurück, lassen niemanden mehr an sich heran. Manche zeigen körperliche Symptome wie Kopf- oder Bauchschmerzen oder auch Atemnot. Darüber hinaus leiden auch manche Kinder unter starker Panik, so dass es ihnen schwer fallen mag, das Haus zu verlassen.

Wie wird dem Kind in der Therapie geholfen?

Nathalie Wampach: Wir wollen das Kind während der Erkrankung eines Elternteils begleiten, ihm helfen, die Krankheit zu verstehen. Wir möchten ihm dabei zur Seite stehen, die schwierige Situation gemeinsam mit seiner Familie zu bewältigen, und wir wollen es dabei unterstützen, trotz allem Kind zu bleiben. Durch frühe gezielte Interventionen soll verhindert werden, dass sich auffälliges Verhalten entwickelt oder verfestigt. Bereits bestehende psychische Störungen, die sich durch die Krebserkrankung verstärkt haben, können teils bei uns vor Ort, teils in Zusammenarbeit mit anderen Institutionen behandelt werden. Zwei wichtige Schwerpunkte unserer Arbeit bestehen darin, das Sicherheits- und Selbstwirksamkeitsgefühl des Kindes wiederherzustellen.

Was bedeutet denn Selbstwirksamkeit?

Nathalie Wampach: Nun, die Krebserkrankung von Vater oder Mutter ist etwas, das das Kind nicht beeinflussen kann und dem die Familie mehr oder weniger ausgeliefert ist. Aber es gibt andere Dinge, bei denen dies möglich ist. Selbstwirksamkeit bedeutet, dass man sich darüber im Klaren ist, mit dem eigenen Verhalten Einfluss nehmen zu können, dass man Kompetenzen hat, diese einzusetzen vermag und somit Ziele selbstständig erreichen kann. Sei es in der Therapie, in der Schule, im Sport, in der Musik oder bei anderen Aktivitäten. So lässt sich der Ohnmacht und der Ungewissheit, die die Krebserkrankung oft mit sich bringt, etwas entgegensetzen. Selbst kleine Erfolge, die das Kind erzielt, vermitteln ihm Gefühle wie Freude, Stolz und Glück, und machen wiederum stark, auch größeren Herausforderungen zu begegnen. Der Glaube an sich und die eigenen Kompetenzen erhöht nicht nur seine Ausdauer bei der Bewältigung von schwierigen Situationen, sondern wirkt auch Depression und Angst entgegen.

Sie sagten vorhin bereits, Kinder würden sich auch oft um ihre Geschwister sorgen. Arbeiten Sie auch mit Geschwistern?

Nathalie Wampach: Ja, oft sprechen die Kinder das Thema sogar von sich aus an: Sie sorgen sich um Geschwister, wissen nicht recht, wie sie sich ihnen gegenüber in dieser Extremsituation verhalten sollen, oder sie fühlen sich von ihnen missverstanden und im Stich gelassen. In der Geschwisterarbeit kann es darum gehen zu lernen, anders mit Konflikten umzugehen, Verständnis aufzubauen und sich als mögliche gegenseitige Ressource in einer schwierigen Zeit zu erfahren. Es geht darum, „Beziehungsstress“ zu reduzieren und bestenfalls das Zusammengehörigkeitsgefühl der gesamten Familie zu stärken, so dass alle in einem Boot sitzen und keiner außen vor bleibt.

Wie alt sind die Kinder, die zu Ihnen kommen, im Durchschnitt?

Nathalie Wampach: Unser Angebot richtet sich generell an Kinder ab dem Grundschulalter – sie sind aber manchmal auch jünger – bis zur Volljährigkeit. Es kann aber auch eine Eltern-Kind-Arbeit entstehen, je nach Situation und Anliegen der Familie.

Wer schickt die Kinder eigentlich zu Ihnen?

Nathalie Wampach: Meist sind es die Eltern, die um Hilfe bitten. Es gibt aber auch Lehrer oder Erzieher, die Verhaltensauffälligkeiten feststellen und darum die Empfehlung aussprechen, bei der Fondation Cancer um Rat zu fragen. Nicht zu vergessen Mediziner und Psychologen in den Krankenhäusern, in denen Vater oder Mutter behandelt werden, die unsere Adresse weitergeben.

Wie läuft so eine Therapie ab?

Nathalie Wampach: Erst einmal suche ich das Gespräch mit den Eltern, um zu erfahren, was das Kind über die Erkrankung weiß und wie die Familie damit umzugehen wünscht. Danach schaue ich individuell und situationsangepasst mit der Familie gemeinsam, was ihr Anliegen ist und wie wir weiter vorgehen. Es kann dann sein, dass das Kind das erste Mal zusammen mit seinen Eltern oder einem Elternteil hierher kommt. Genauso gut kann es aber der Fall sein, dass ich das Kind von Anfang an allein sehe. Geschwister kommen in der Regel zusammen. Manchmal beziehe ich auch die Großeltern oder andere wichtige Bezugspersonen mit ein, je nachdem, was im Einzelfall Sinn macht. Von der Gestaltung her setze ich natürlich andere Materialien ein als bei Erwachsenen, spielerische und malerische Elemente kommen vermehrt zum Zuge. Eine Ausbildung in Tanz- und Bewegungspädagogik erlaubt es mir des Weiteren, dort, wo Worte und spielerischer Ausdruck schwerfallen, Bewegung mit ins Spiel zu bringen. So können noch zusätzliche Ressourcen und Kräfte bei den Kindern und Jugendlichen freigesetzt werden.

Interview: Martina Folscheid

Bei Interesse wenden Sie sich an den psychosozialen Dienst der Fondation Cancer (Tel. 45 30 331, patients@cancer.lu). In den meisten Fällen kann ein Termin innerhalb von 14 Tagen vergeben werden. Das Angebot der Kindertherapie ist übrigens, genau wie alle anderen Angebote des psychosozialen Dienstes der Fondation Cancer, kostenlos. Eine Sitzung dauert etwa eine Stunde.

Surmonter l'angoisse en retrouvant sa capacité d'agir

A l'annonce d'un diagnostic de cancer, tout parent doit à la fois gérer l'angoisse de sa propre maladie et s'inquiéter de la réaction de sa fille ou de son fils face à cette nouvelle. Car la maladie d'un parent peut affecter les enfants et les adolescents de différentes manières.

Pour beaucoup d'entre eux, un monde va s'écrouler et ils auront besoin de retrouver de nouveaux repères. Le mal-être des jeunes peut trouver des formes d'expression très variées : problèmes de concentration, désintérêt et refus de relations sociales, attaques de panique, douleurs abdominales, troubles de l'alimentation, addiction aux jeux informatiques, etc. Afin de soutenir les familles, le service psychosocial de la Fondation Cancer propose une offre thérapeutique ciblée de manière spécifique sur les enfants et les adolescents. La psychologue diplômée Nathalie Wampach dispose de formations complémentaires dans ce domaine et accompagne les enfants pendant la maladie de leur père ou de leur mère. Avec les adultes de la famille, elle les aide à comprendre la maladie et à mieux faire face à la situation.

Un des objectifs de ce travail thérapeutique consiste à restaurer le sentiment d'auto-efficacité. En effet face au cancer du père ou de la mère, l'enfant se sent impuissant et vulnérable. Mais il y a des domaines où il est possible de retrouver une certaine maîtrise. « L'auto-efficacité signifie qu'on est conscient de son pouvoir d'action, on sait qu'on est capable d'agir et d'atteindre des objectifs, grâce à ses propres compétences », explique Nathalie Wampach. L'enfant peut développer cette conscience dans des domaines aussi divers que la thérapie ou l'école, ou encore dans des activités sportives ou musicales. Ce sentiment d'efficacité personnelle permet de contrebalancer le sentiment d'impuissance et d'incertitude qu'engendre le cancer d'un parent. « Même de petits succès procurent à l'enfant des sentiments de joie, de fierté et de bonheur qui vont le rendre plus fort et le rendre capable de relever des défis plus importants, y compris faire face à la peur et à la dépression ».



Même de petits succès procurent à l'enfant des sentiments de joie, de fierté et de bonheur.

La psychologue ne voit pas l'enfant ou l'adolescent nécessairement seul en consultation – il peut y avoir un travail parent-enfant. Parfois, elle implique d'autres personnes telles que les grands-parents. Les frères et sœurs peuvent aussi venir ensemble à une séance. En fonction de l'âge et des besoins des enfants, la psychologue va intégrer dans la thérapie des éléments comme le jeu, la créativité ou les mouvements corporels. Une salle spécialement adaptée aux besoins des enfants a été aménagée dans les locaux de la Fondation Cancer.

Si vous êtes intéressé, vous pouvez contacter le service psychosocial de la Fondation Cancer (tél. 45 30 331, patients@cancer.lu). Dans la plupart des cas, un rendez-vous peut être fixé dans les quinze jours à partir de la demande. Ce soutien pour les enfants et adolescents est gratuit, comme toutes les autres offres du service psychosocial de la Fondation Cancer. Une séance dure environ une heure.



Recherche de nouveaux bénévoles

Pour renforcer ses équipes de bénévoles dans divers hôpitaux, la Fondation Cancer a besoin de nouvelles recrues. Le bénévolat consiste à tenir compagnie aux personnes atteintes de cancer pendant leur traitement, à les accompagner pour une promenade, voire un examen médical, à être à l'écoute en cas de besoin ou à faire de la lecture.

Les personnes intéressées doivent suivre une formation organisée par la Fondation Cancer et être prêtes à s'engager ensuite une demi-journée par semaine auprès des patients.

Le prochain cycle de formation (7 séances) se tiendra en langue française et débutera le 21 novembre 2014 pour se terminer le 27 février 2015.

Les séances auront lieu les vendredis 21.11., 05.12., 19.12., 16.01., 23.01., 06.02., et 27.02. de 9h30 à 12h30 dans les locaux de la Fondation Cancer.

Informations auprès de la Fondation Cancer
(tél. 45 30 331 ou patients@cancer.lu)

Maike NESTRIEPKE
Krankenschwester
Infirmière

Barbara STREHLER
Dipl. Psychologin
Psychologue diplômée

Nathalie WAMPACH
Dipl. Psychologin
Psychologue diplômée

Martine RISCH
Dipl. Psychologin
Psychologue diplômée

Der psychosoziale Dienst der Fondation Cancer

Die Diagnose „Krebs“ trifft den Patienten und seine Angehörigen häufig unvorbereitet. Die Ängste, Befürchtungen und Sorgen, die durch die Erkrankung entstehen, sind mannigfaltig. Die daraus entstehenden psychischen Belastungen können groß sein und die Lebensveränderungen so einschneidend, dass eine Unterstützung „von außen“ für die Betroffenen und auch die Angehörigen sehr hilfreich sein kann. Professionelle psychologische und psychotherapeutische Hilfe kann entlasten und neue Wege eröffnen.

Informationen zum Lebensalltag mit Krebs können eine weitere Hilfe für Patient und Familie sein.

Genau diese Hilfen bietet der psychosoziale Dienst der Fondation Cancer Patienten und ihren Angehörigen an. Darüber hinaus erhalten diese bei Bedarf Ratschläge hinsichtlich sozialer, praktischer und administrativer Aspekte im Zusammenhang mit der Erkrankung. Das Team besteht aus drei Diplom-Psychologinnen und einer Krankenschwester.

Die Diplom-Psychologinnen verfügen allesamt über psychotherapeutische Zusatzqualifikationen (z. B. Psycho-soziale Onkologie, kognitive Verhaltenstherapie, systemische Beratung und Therapie, Traumatherapie und EMDR, Hypnotherapie, Gesprächs-psychotherapie). Sämtliche Unterstützungsangebote sind in luxemburgischer, französischer, deutscher, englischer und portugiesischer Sprache möglich.

Le service psychosocial de la Fondation Cancer

Personne n'est préparé à un diagnostic de cancer. L'annonce fait naître inmanquablement des peurs et des angoisses chez le patient ainsi que chez ses proches. Le stress psychologique et le bouleversement de la vie de tous les jours qui en résultent, peuvent être si marquants qu'un soutien externe va s'avérer très utile.

Une aide professionnelle psychologique ou psychothérapeutique peut apporter un soulagement et ouvrir de nouvelles perspectives. Apprendre comment gérer au quotidien la vie avec un cancer

constitue une autre forme de soutien, aidant les patients et leurs familles à retrouver des repères et à fixer un cap dans cette situation difficile et inédite.

C'est pour couvrir tous ces besoins – et aussi, le cas échéant, pour apporter des conseils sur les aspects sociaux, pratiques et administratifs liés à la maladie - que le département psychosocial de la Fondation Cancer se met gratuitement au service des patients et de leurs proches. L'équipe se compose d'une infirmière et de trois psychologues diplômées avec

des formations psychothérapeutiques complémentaires telles que, entre autres, la psycho-oncologie, la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie systémique, la psychotraumatologie et l'EMDR, l'hypnotherapie et la thérapie centrée sur la personne. La prise en charge peut être offerte dans les langues suivantes : luxembourgeoise, française, allemande, anglaise et portugaise.

Der psychosoziale Dienst

Hilfe auf vielen Ebenen

Während der Behandlung...

Das Team ist für Patienten und ihre Angehörigen nach der Diagnose und während der Behandlung da. Es leistet Beistand nach der Diagnoseeröffnung, es unterstützt bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Einschränkungen, es betreut bei emotionalen Belastungssituationen und bietet Entspannungstechniken und Stressmanagement an.

Zurechtfinden im neuen Leben...

Die Hilfe hört aber nicht mit dem Ende der Behandlung auf. Die Psychologinnen stehen Betroffenen wie Angehörigen auch nach Abschluss der Behandlung mit entlastenden und stützenden Gesprächen zur Seite.

Hilfe für Kinder und Jugendliche...

Auch die Kinder von Betroffenen benötigen manchmal zusätzliche Hilfe, weil sie mit der neuen Situation nicht zurechtkommen und Ängste haben. Eine der drei Diplom-Psychologinnen der Fondation Cancer verfügt über eine spezielle Zusatzausbildung für die Begleitung und Unterstützung der Kinder von an Krebs erkrankten Eltern.

Hilfe im Rahmen einer Gruppe...

Die Fondation Cancer bietet unter professioneller Anleitung verschiedene Gruppen an, zu denen Patienten sich anmelden können, darunter beispielsweise eine Gesprächsgruppe, Sportgruppen und Kunsttherapie-Gruppen (letztere in Zusammenarbeit mit der Stiftung La Violette unter der Egide der Fondation de Luxembourg).

Beratung zu sozialen und praktischen Fragen...

Die Krankenschwester des Teams berät Patienten und Angehörige zu Fragen, die den praktischen Alltag und auch das Berufsleben mit einer Krebserkrankung betreffen.

Finanzielle Unterstützung...

Je nach finanzieller Situation erhält der Patient finanzielle Unterstützung im Härtefall. Die Krankenschwester des Teams klärt über die Voraussetzungen für die Härtefallregelung auf. Gemeinsam wird ein Antrag gestellt.

Le service psychosocial

Un éventail de services à votre disposition

Pendant le traitement...

L'équipe est à la disposition du patient et de sa famille dans toutes les phases de la maladie. Elle les soutient lors de l'annonce du diagnostic et les aide à faire face le mieux possible aux effets secondaires des traitements. Elle les accompagne aussi dans des situations de détresse émotionnelle et leur apprend à les surmonter grâce à des techniques de relaxation et de gestion du stress.

Pour s'adapter à la nouvelle vie...

Le soutien de la Fondation Cancer ne s'arrête pas avec la fin du traitement. Les psychologues continuent à offrir assistance et soutien à la personne concernée et aux membres de la famille au-delà de la fin du traitement, dans la phase parfois difficile d'un retour au quotidien qu'il faut se réapproprier.

Aide aux enfants et aux adolescents...

Il arrive aussi que les enfants de parents atteints d'un cancer aient besoin d'un soutien particulier pour faire face à cette nouvelle situation déstabilisante, extrêmement angoissante pour eux. L'une des trois psychologues diplômées de la Fondation Cancer a une formation spécifique pour le suivi et le soutien des enfants de parents atteints d'un cancer.

Groupes de patients...

La Fondation Cancer offre la possibilité de participer à divers groupes de patients sous guidance professionnelle, comme par exemple des groupes de parole, de sport ou d'art-thérapie (ce dernier est proposé par la Fondation Cancer en collaboration avec la Fondation La Violette, sous l'égide de la Fondation de Luxembourg).

Réponses à des questions d'ordre social et pratique...

L'infirmière de l'équipe conseille les patients et les membres de leur famille lorsqu'ils doivent résoudre des problèmes de la vie quotidienne et de la vie professionnelle, liés à la maladie.

Le soutien financier...

En fonction de sa situation financière et en cas de difficultés majeures dues à la maladie, le patient peut recevoir une aide financière. L'infirmière de l'équipe fournit tous les renseignements sur les conditions dans lesquelles un soutien financier est accordé. Si les critères d'attribution sont remplis, elle rédige la demande avec la personne concernée.

Nehmen Sie Kontakt auf...

Zur Vereinbarung eines Termins für ein Beratungsgespräch wenden Sie sich an das Sekretariat der Fondation Cancer (Tel. 45 30 33 1) oder senden Sie eine E-Mail an patients@cancer.lu.

Contactez la Fondation Cancer...

La prise de rendez-vous se fait par téléphone au secrétariat de la Fondation Cancer (tél. 45 30 33 1) ou par courrier électronique en envoyant un message à patients@cancer.lu.



Save
the date

'Relais pour la Vie' - 28 et 29 mars 2015

PERIODIQUE	 Post LUXEMBOURG
Envois non distribuables à retourner à: L-3290 BETTEMBOURG	PORT PAYÉ PS/172

Fondation Cancer
209, route d'Arlon
L-1150 Luxembourg