

# Avoir un cancer après 75 ans



Edition :  
Octobre 2017



# Avoir un cancer après 75 ans

## SOMMAIRE

> GÉNÉRALITÉS	5
Qu'est-ce qu'un cancer ?	
Le processus du vieillissement	5
Le risque de cancer augmente-t-il avec l'âge ?	6
> L'ONCOGERIATRIE	8
Plan cancer et Oncogériatrie	8
Le diagnostic d'un cancer pose-t-il des problèmes particuliers chez une personne âgée ?	9
Est-il vrai que les cancers évoluent plus lentement chez la personne âgée ?	9
Comment informer une personne âgée du diagnostic de cancer ?	9
Les traitements sont-ils différents ?	10
> EXEMPLES DE SPÉCIFICITÉS PROPRES À CERTAINS CANCERS	12
Le cancer du sein	12
Le cancer de la prostate	12
Le cancer colorectal	13
Les cancers de la peau	13
> LES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS	14
La chirurgie	14
La radiothérapie	14
La chimiothérapie	15
Les traitements hormonaux	16
> SOINS DE SUPPORT ET PERSONNES ÂGÉES	16
> LE RETOUR À DOMICILE	19
> PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE EN ONCOGÉRIATRIE	20
> EN CONCLUSION	22
> Pour en savoir plus	24

# 2

Ce livret a été rédigé par le **Dr Mathilde GISELBRECHT**,  
Praticien hospitalier, responsable de l'activité d'Oncogériatrie  
Service de gériatrie, Hôpital Européen Georges Pompidou Paris 15

Coordination : **Marie LANTA**

## Introduction

Le médecin vient de vous annoncer que vous avez un cancer.

**Face à cette annonce difficile et avant de prendre votre décision, quel que soit votre âge vous avez le droit de connaître toutes les options thérapeutiques et comprendre comment votre traitement peut affecter votre santé physique et votre vie quotidienne.**

**N'hésitez pas à discuter avec votre médecin des points suivants:**

**> Le type de cancer et son étendue**

**> Toutes les options thérapeutiques, les risques et les bénéfices de chacune d'entre elles.**

**> Est- il possible de continuer le traitement à domicile ?**

Il est aussi très important de prendre en considération votre situation personnelle, notamment:

> Vos difficultés psychiques et sociales: êtes- vous isolé(e) ? qui peut vous aider ? où pouvez-vous trouver un soutien, des aides au quotidien ? Votre situation peut justifier l'intervention d'une assistante sociale, d'un psychologue, de travailleurs sociaux, d'associations..

> N'hésitez pas à vous renseigner auprès des Espaces de Rencontre et d'Information de la Ligue (ERI), dans les espaces Ligue, dont les listes vous sont fournies sur le site de la Ligue Nationale contre le Cancer.

Avant de débiter un traitement (chirurgie, chimiothérapie...) votre état de santé sera évalué et le meilleur traitement pour vous sera établi par le médecin oncologue ou bien quand la structure existe, après concertation entre le gériatre et l'oncologue.

Si vous ne souhaitez pas de traitement agressif, vous pouvez aussi discuter avec votre médecin des alternatives et des traitements symptomatiques\* qui pourront être proposés pour garder une qualité de vie satisfaisante.

Enfin, votre famille, vos amis et vos soignants (infirmière, kinésithérapeute, médecin généraliste...) peuvent avoir des idées différentes quant à votre plan de traitement et ce parce que vous êtes une « personne âgée ». Parlez-en à votre médecin oncologue il peut vous aider à parler à vos proches et à leur expliquer vos choix.

Cette brochure contient des informations et des conseils qui pourront vous aider dans la discussion avec votre médecin mais aussi dans la prise de décision de choix thérapeutiques.

*\*les traitements symptomatiques traitent les symptômes de la maladie mais pas la maladie*

4



## GÉNÉRALITÉS

### QU'EST-CE QU'UN CANCER ?

Notre corps compte des milliers de milliards de cellules, regroupées en tissus et en organes (exemples : les muscles et les os, les seins, la prostate, les poumons, les reins et le foie).

Certaines de nos cellules se multiplient ou meurent chaque jour sous le contrôle de mécanismes de régulation établis par nos gènes.

Le cancer est une maladie caractérisée par la prolifération incontrôlée de cellules en leur faisant perdre leurs caractéristiques initiales.

En se multipliant de façon anarchique, les cellules cancéreuses donnent alors naissance à des tumeurs qui se développent tout d'abord localement. Dans un second temps, des cellules de cette tumeur initiale (appelée tumeur primitive) peuvent essaimer à distance dans un autre organe (on parle alors de métastase) ou circuler « librement » dans le sang ou la lymphe.

L'évolution vers une tumeur décelable à partir d'une cellule anormale peut prendre des années.

### LE PROCESSUS DU VIEILLISSEMENT

Le vieillissement est un processus continu de transformations auquel tout être vivant est soumis tout au long de sa vie et ce depuis sa naissance. Selon une étude américaine publiée en 2015, les tous premiers signes de vieillissement apparaîtraient dès 26 ans !

Existe-t-il une frontière avec une limite d'âge précise? On sait bien que tous les individus ne sont pas égaux devant la vieillesse. Grâce à l'amélioration des conditions de vie et aux progrès de la médecine, l'homme vit plus longtemps et reste actif plus longtemps. Cependant, les perturbations subies par les cellules de l'organisme au fur et à mesure du temps deviennent plus nombreuses et irréversibles.

La vieillesse connaît plusieurs définitions. La perception de sa vieillesse ou de celle des autres est très variable et personnelle. Pour le corps médical l'âge de 75 ans est pertinent.

Selon les données de l'Insee, l'espérance de vie en France, en fonction de l'âge, est décrite dans le tableau de la page suivante.

Ces chiffres justifient que les patients âgés de plus de 75 ans puissent bénéficier d'un traitement adapté à leur état de santé et suffisant pour contrôler leur cancer.

## GENERALITES

Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (intrinsèques) et de facteurs extérieurs (ex : alcool, tabac, exposition aux produits chimiques, aux radiations...) auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des effets des maladies.

L'état de santé d'une personne âgée résulte habituellement des effets du vieillissement et des effets additifs de maladies antérieures (séquelles), actuelles, chroniques ou aiguës.

Les processus de vieillissement et de cancérogenèse sont en fait très semblables : on constate souvent des modifications cellulaires et génomiques communes. Ces modifications sont liées aux mécanismes qui conduisent une cellule saine à se transformer en cellule cancéreuse: la transformation maligne passe par l'accumulation de dommages dans le matériel génétique (ADN) de cellules saines. Plus le temps s'écoule, plus le nombre de lésions susceptibles de s'accumuler augmentent et plus les mécanismes de réparation de ces lésions deviennent difficiles.

Si les tendances démographiques récentes se maintiennent, en 2060, en France métropolitaine, une personne

sur trois aura plus de 60 ans et près de 16% de la population aura 75 ans et plus (Sources : Insee.)

## LE RISQUE DE CANCER AUGMENTE-T-IL AVEC L'ÂGE ?

Le tableau ci-dessous donne l'incidence des cancers en fonction de l'âge en France. Estimation pour l'année 2008

(Source : [http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations\\_cancers/default.htm](http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations_cancers/default.htm)).

Sexe	75 ans	80 ans	85 ans
Homme	11.5 ans	8.5 ans	6 ans
Femme	14 ans	10.5 ans	7.5 ans

Le risque de développer un cancer augmente avec l'âge, et comme la durée de vie s'allonge, le taux de ces cancers s'accroît également. Près d'1/3 des cancers en France sont diagnostiqués chez des personnes de plus de 75 ans. Mais le vieillissement n'est pas le seul facteur qui augmente l'incidence. Pour de nombreux types de cancer, le risque de survenue augmente avec la durée d'exposition à des facteurs de risque comme par exemple le tabac et l'alcool.

Tous les cancers ne sont pas également concernés par cette courbe ascendante : il s'agit plus particulièrement des cancers les plus courants, notamment les cancers

6

## GENERALITES

de la prostate chez l'homme, le cancer du sein chez la femme, les cancers du colon et du rectum, certains cancers de la peau, des cancers des ganglions et de la moelle osseuse (lymphomes, myélome, leucémies), les cancers de l'ovaire ou encore des cancers plus rares, tels ceux de l'estomac et de la vessie.

	<b>Tous</b>	<b>65 - 74 ans</b>	<b>75 - 84 ans</b>	<b>85 ans et +</b>			
Localisation	Nombre de cas	Nombre de cas	Cas dans la classe d'âge (%)	Nombre de cas	Cas dans la classe d'âge (%)	Nombre de cas	Cas dans la classe d'âge (%)
<b>Poumon</b>	32 431	8 502	26,2	7 430	22,9	1 413	4,35
<b>Colon-rectum</b>	38 923	9 822	25,2	12 452	31,9	5 468	14
<b>Prostate</b>	65 863	25 135	38,2	18 411	28,0	2 254	6,5
<b>Sein</b>	51 012	10 257	20,1	7 557	14,8	2 786	5,5

\* L'ensemble de tous les cancers est calculé en faisant la somme des effectifs estimés pour les différents cancers et en prenant en compte le scénario d'évolution choisi pour chacun d'eux.

## L'ONCOGERIATRIE

Devant l'ampleur de la problématique du cancer chez les personnes âgées, une approche plus globale s'est développée.

L'oncologie gériatrique est une discipline médicale émergente qui réunit à la fois les compétences des gériatres et des oncologues afin de mieux prendre en charge les personnes âgées atteintes de cancer.

(source: <http://www.e-cancer.fr/>)

### PLAN CANCER ET ONCOGÉRIATRIE

Les risques du traitement oncologique par rapport aux bénéfices restent souvent difficile à apprécier avec l'avancée en âge. Le médecin est souvent tiraillé avec l'idée soit de «sous-traiter» soit de «sur-traiter».

C'est pourquoi une bonne évaluation de l'état de santé général et une bonne connaissance des effets secondaires des traitements est nécessaire pour une prise en charge optimale.

Sous l'impulsion de l'Inca, une politique en oncogériatrie s'est progressivement développée en France. Des unités de coordination en onco-gériatrie (UCOG) ou des antennes en onco-gériatrie (AOG) ont été mises en place dans toutes les régions dans le cadre du plan cancer 2009-2013.

Ces unités de coordination en oncogériatrie ont notamment pour objectifs d'améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer et de rendre accessible ce dispositif sur l'ensemble du territoire. Il existe aujourd'hui 24 unités de coordination en oncogériatrie déployées sur le territoire français et quatre antennes d'oncogériatrie (AOG).

Les UCOG ont pour objectifs de :

> **Diffuser**, dans la région (ou le territoire) dont elles ont la charge, des recommandations de bonnes pratiques en oncogériatrie. Parmi ces recommandations, l'une des plus essentielle est la réalisation systématique d'une évaluation préliminaire gériatrique (screening).

Ce screening est établi à partir de l'outil de dépistage gériatrique en oncologie, le G8. Cet outil permet de repérer en quelques minutes les patients à risque de fragilité (score  $\leq$  14) et de leur proposer une consultation adaptée, afin d'ajuster éventuellement le traitement du cancer et la prise en charge globale qui seront décidés lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

> **Développer** la recherche clinique en oncogériatrie avec des essais cliniques spécifiques.

> **Renforcer** la formation en oncogériatrie des professionnels de santé impliqués : oncologues, ,gériatres, médecins généralistes, pharmaciens , infirmiers... ;

> **Diffuser** l'information auprès des patients, de leur famille et du grand public :

- sur les progrès dans la prise en charge des cancers y compris chez la personne âgée,
- sur l'importance d'un diagnostic précoce et de certitude,
- sur la possibilité d'avoir accès à des thérapeutiques innovantes et prometteuses en participant à des essais cliniques.

### LE DIAGNOSTIC D'UN CANCER POSE-T-IL DES PROBLÈMES PARTICULIERS CHEZ UNE PERSONNE ÂGÉE ?

Le piège fréquent est d'attribuer à l'âge un symptôme manifestement anormal et de retarder ainsi la consultation médicale.

C'est ainsi que des symptômes d'alarme tel qu'un amaigrissement, une constipation ou une diarrhée, des troubles urinaires, alors même qu'ils sont durables et résistants aux traitements habituels peuvent être longtemps banalisés.

Le médecin lui-même s'oriente parfois en priorité vers les pathologies fréquentes des sujets âgés : cœur, tension artérielle, etc. L'examen gynécologique n'est plus systématiquement pratiqué.

Ceci joint au fait que le dépistage de la plupart des cancers n'est plus systématique après 74 ans, expliquent un certain nombre de diagnostics tardifs avec une gravité plus importante de la maladie au moment où elle est diagnostiquée.

## L'ONCOGERIATRIE

### EST-IL VRAI QUE LES CANCERS ÉVOLUENT PLUS LENTEMENT CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE ?

Il n'y a pas de règle absolue dans ce domaine, et l'on sait que l'agressivité d'une tumeur varie selon les cas, sans que l'on puisse en donner la cause. Il existe des exemples de cancers qui évoluent plus lentement avec l'avance en âge mais d'autres dans le même organe sont d'évolution rapide, et doivent être enrayerés le plus tôt possible par un traitement adapté.

### COMMENT INFORMER UNE PERSONNE ÂGÉE DU DIAGNOSTIC DE CANCER ?

Comme tout patient, la personne même très âgée doit être clairement informée, le discours doit être adapté à sa culture et à son niveau de compréhension. C'est le principe du dispositif d'annonce, mesure du Plan Cancer, pour tous les patients quel que soit leur âge. Une étroite concertation doit être assurée entre médecins, proches et éventuellement la personne de confiance. Et c'est au terme de ces explications et discussions que le plan de traitement sera établi. Les études ont montré que les patients âgés dans leur ensemble expriment largement une volonté d'information.

Le rôle des proches est important, mais difficile. Ils sont partagés entre le

désir de traiter la maladie, mais sont souvent effrayés par les risques des traitements par rapport à un bénéfice en terme de survie le plus souvent sous-évalué (voir tableau page 2). Ils peuvent conseiller mais sans exercer de pression excessive et en laissant le libre arbitre au patient. Parfois même, une certaine pression est exercée sur le médecin pour cacher le diagnostic de cancer, ce qui est contraire à l'intérêt du malade, sauf si celui-ci a exprimé la volonté de ne pas savoir.

Si le malade est dans l'incapacité psychique de donner son avis, la décision sera prise par l'équipe médicale en accord avec les proches. Il serait souhaitable qu'une personne de confiance, dépositaire de la sensibilité que le malade aurait eu s'il pouvait s'exprimer, soit désignée au préalable, mais cette situation est encore peu fréquente à l'heure actuelle. Le médecin doit écouter attentivement toutes les positions mais en dernier recours il doit décider et assurer la responsabilité de cette décision.

### LES TRAITEMENTS SONT-ILS DIFFÉRENTS ?

Pendant trop longtemps, c'est avec une grande frilosité que l'on traitait les personnes âgées atteintes de cancer. Par peur des risques dûs aux traitements, on sous-traitait les patients, leur enlevant des chances d'années de vie.

# 10

Tout progrès thérapeutique était exclu, puisque aucune recherche clinique n'était entreprise dans ces tranches d'âge. Plus que sur l'analyse individuelle des facteurs de risque ou de fragilité, les décisions étaient prises sur la base de principes généraux.

Plusieurs études ont été entreprises dans le monde et s'accordent pour conclure qu'il n'y a pas de raison pour qu'à priori les personnes âgées ne bénéficient pas des progrès actuels à condition de pratiquer un bilan des grandes fonctions (rénales, cardiaques, hépatiques, neuropsychique...) et d'adapter les traitements à l'état de santé de la personne.

D'une part, le vieillissement étant très individuel et d'autre part le risque de complications liées au traitement étant plus élevé chez la personne âgée, le choix de traitement peut être amélioré par les données d'une évaluation gériatrique approfondie.

### L'ÉVALUATION GÉRIATRIQUE APPROFONDIE REPOSE SUR 8 PRINCIPAUX AXES CLINIQUES :

- L'analyse des pathologies associées (comorbidités) et les risques d'interactions entre différentes pathologies,
  - La révision de l'ordonnance : sachant qu'en 2011 en France l'ordonnance des malades de 80 ans et plus comportait en moyenne 10 médicaments, ce qui aggrave le risque
- de complications liées à des interactions médicamenteuses,
- L'évaluation du statut cognitif (un trouble cognitif est un ensemble de symptômes incluant des troubles de la mémoire, de la perception, un ralentissement des pensées, et des difficultés à résoudre les problèmes.)
  - L'évaluation de l'humeur, pouvant déboucher sur des prises en charge spécifiques,
  - L'analyse du statut nutritionnel,
  - L'analyse de l'équilibre et du risque de chute, en lien avec l'état neurologique et musculaire,
  - L'évaluation de la douleur qui peut nécessiter une prise en charge adaptée,
  - La mesure de l'autonomie fonctionnelle pouvant déboucher sur la mise en place d'aides à la vie quotidienne,
  - Et diverses autres évaluations, allant de la continence à l'état bucco-dentaire.

### LE CANCER DU SEIN

Les personnes âgées constituent une grande partie de la population féminine touchée par ce cancer (80 % des cancers du sein sont diagnostiqués après 50 ans) et nécessitent une prise en charge spécifique adaptée. En effet, le diagnostic est souvent tardif, à un stade localement avancé ou métastatique.

Sur le plan biologique, la grande majorité des tumeurs est sensible aux hormones (les cellules tumorales possèdent à leur surface des "récepteurs hormonaux"). Ceci explique la grande efficacité chez ces femmes des traitements hormonaux. Mais la chirurgie reste le geste primordial lorsque la tumeur est localisée. Les modalités seront discutées en fonction de la taille de la tumeur et des souhaits de la patiente: s'il s'agit d'une petite tumeur, certaines malades préfèrent la mastectomie pour éviter l'astreinte et la fatigue d'une radiothérapie qui demande des déplacements répétés durant plusieurs semaines. En complément de la chirurgie, on peut associer, selon les cas, hormonothérapie et/ou chimiothérapie.

toute chirurgie, qu'une hormonothérapie exclusive sera choisie, en sachant que les résultats immédiats sont souvent bons, mais que le risque de récurrence est important.

### LE CANCER DE LA PROSTATE

Souvent découvert par un dépistage individuel ou encore à l'occasion de troubles urinaires, le cancer de la prostate après 75 ans est extrêmement fréquent. Selon la taille de la tumeur, l'agressivité des cellules (appréciée par le score de Gleason) l'attitude thérapeutique proposée variera de la simple surveillance (petites tumeurs non agressives), à des traitements soit médicamenteux par l'hormonothérapie, soit localisés tels la curiethérapie, le laser ou les ultrasons. La radiothérapie est bien mieux supportée grâce aux techniques de radiothérapie conformationnelle qui permettent de délivrer la dose souhaitée dans un volume défini, avec précision, tout en épargnant le plus possible les tissus sains et les organes à risque environnants.

Ce n'est qu'en cas de refus total de

### LE CANCER COLORECTAL

Il est fréquent chez le sujet âgé. Sa seule spécificité est une plus grande fréquence au niveau du colon droit. L'évolution et le pronostic sont similaires à ceux des sujets plus jeunes. Le traitement chirurgical, grâce aux progrès de l'anesthésie, est en règle générale, bien supporté. Les indications de la chimiothérapie complémentaire seront discutées selon les caractères de la tumeur, l'âge du patient et sa condition physique.

### LES CANCERS DE LA PEAU

Ils sont assez fréquents à cette période de la vie. Il en existe 3 types : basocellulaires, strictement localisés, guérissant toujours après l'ablation chirurgicale si elle est complète, les carcinomes spino-cellulaires, qui feront également l'objet d'une chirurgie et justifieront d'une surveillance plus attentive, et les mélanomes, plus rares à cette période de la vie. L'apparition d'une lésion surtout sur les régions découvertes, depuis quelques semaines ou mois, doit amener à consulter.



### LA CHIRURGIE

Elle reste encore aujourd'hui le seul traitement potentiellement curateur pour une grande partie des cancers. De moins en moins mutilante, elle est encadrée par des techniques d'anesthésie et de réanimation très performantes. On ne peut nier toutefois les risques cardiovasculaires, respiratoires, infectieux ainsi que la possibilité de complications propres aux sujets-âgés, comme les thromboses post opératoires, la dénutrition, les escarres, ou encore la confusion post-opératoire. Certains facteurs de risque demandent une grande vigilance : gravité et durée de l'intervention, pathologies associées, antécédents de phlébite, troubles de la mémoire.

L'anesthésiste et le chirurgien en discuteront avec le patient de façon claire et loyale, car la décision finale doit lui revenir. Les traitements préventifs seront mis en route avec un suivi pluridisciplinaire avec la participation d'un gériatre.

En bref, l'indication d'une intervention même lourde, dépendra essentiellement du bilan d'évaluation, plus que de l'âge lui-même. Des essais cliniques ont montré que des personnes âgées ou très âgées ayant un bon état général peuvent supporter comme le

reste de la population des chirurgies lourdes (intervention thoracique, ou digestive).

### LA RADIOTHÉRAPIE

Une radiothérapie est proposée à 60% à 70% des patients au cours du traitement de leur cancer. Il s'agit d'un traitement visant à détruire les cellules cancéreuses par des radiations. La radiothérapie est un traitement local à l'opposé des traitements médicaux comme la chimiothérapie. Elle peut être proposée à visée curative ou à visée palliative par exemple pour traiter des douleurs.

Il existe 2 formes de radiothérapie: si la source de rayonnement est au contact direct de la tumeur on parle de «radiothérapie interne» (curiethérapie), si la source est à distance du patient, dirigée vers le site tumoral à traiter, on parle de «radiothérapie externe». La radiothérapie interne n'est pas une alternative à la radiothérapie externe mais une modalité particulière pour des tumeurs localisées et facilement accessible. La radiothérapie peut être responsable d'effets secondaires souvent difficiles à supporter, notamment lorsqu'elle porte sur les régions abdominales (nausées, vomissements, diarrhée), pelviennes (cystite, rectite) ou ORL (mucite buccale).

## LES DIFFERENTES TRAITEMENTS

La radiothérapie est parfois fatigante. Les contraintes liées à la répétition des séances, au positionnement lors de l'irradiation, aux déplacements nécessaires, les attentes, sont souvent difficilement supportés par les personnes âgées. Des aménagements peuvent toutefois être réalisés avec la possibilité d'une adaptation du protocole de traitement (moins de séances mais dose d'irradiation plus importante à chaque séance). La radiothérapie conformationnelle, définie plus haut, réduit les risques de complications en permettant d'augmenter les doses dans une zone précise à traiter afin d'accroître encore les taux de guérison.

### LA CHIMIOTHÉRAPIE

La chimiothérapie est l'une des thérapeutiques majeures du cancer, soit à titre néo-adjuvant (avant un traitement local, en général la chirurgie) ou adjuvant (après un traitement local, en général la chirurgie) dans un objectif curatif, soit à titre palliatif pour un cancer métastatique ou avancé localement.

Il y a actuellement peu de données sur la chimiothérapie chez le sujet âgé même si les essais spécifiques dans cette population se développent. Encore récemment, les patients de plus de 75 ans étaient systématiquement exclus des essais cliniques et lorsqu'ils étaient inclus, ils n'étaient pas représentatifs de la population gé-

nérale du même âge. C'est pourquoi on était, la plupart du temps, amené à utiliser les connaissances que l'on avait sur l'adulte plus jeune.

Les drogues utilisées sont identiques mais les doses et les fréquences d'administration peuvent être adaptées par rapport à l'adulte jeune en fonction de l'état général, des comorbidités et de la tolérance. Il faut savoir que ces médicaments de chimiothérapie ont souvent une marge thérapeutique étroite et qu'il faut éviter de sous-traiter la personne âgée au risque de rendre le médicament inefficace.

Les effets indésirables de la chimiothérapie sont identiques quelque soit l'âge ( chute des cheveux, nausées, fatigue..) mais peuvent avoir des conséquences différentes chez le patient âgé. Des soins de support sont systématiquement mis en place pour une meilleure tolérance.

Des progrès significatifs ont été acquis dans le domaine de l'oncologie notamment grâce à l'avènement des thérapies ciblées. Leurs modes d'action très spécifiques sur la cellule tumorale leur confèrent une toxicité différente de la chimiothérapie classique auxquels ils peuvent être associés. S'il n'y a pas de contre-indication à leur utilisation chez la personne âgée, le manque de données scientifiques rend l'application des recommandations habituelles difficiles et chaque patient doit faire l'objet

## LES DIFFERENTES TRAITEMENTS

d'une analyse individuelle. Comme exemples, on peut citer l'Imatinib qui a bouleversé la prise en charge de la leucémie myéloïde chronique, de même que le Bortézomib dans la prise en charge du myélome multiple et dont l'utilisation n'est absolument pas restreinte par l'âge du patient.

### LES TRAITEMENTS HORMONAUX

Ils sont une arme précieuse aussi bien dans les cancers du sein chez la femme que dans les cancers de la prostate chez l'homme.

Dans le cancer du sein, les anti-oes-trogènes et les anti-aromatases sont en général bien tolérés. Néanmoins, ils peuvent être responsables d'effets secondaires qui peuvent altérer la qualité de vie, l'autonomie et donc

l'observance. Le tamoxifène est responsable d'une plus grande fréquence d'accident thrombo-emboliques veineux et de cancer de l'endomètre. Les anti-aromatases entraînent des troubles musculo-squelettiques avec des arthralgies parfois invalidantes et une majoration de l'ostéoporose avec risque de fracture.

Dans le cancer de la prostate localement avancé ou métastatique, l'hormono-suppression est la base du traitement. On doit tenir compte des risques de complications classiques: impuissance, bouffées de chaleur, asthénie, aggravation des pathologies associées mais surtout risque d'ostéoporose fracturaire souvent méconnu. Le médecin jugera si un apport supplémentaire en calcium et vitamine D est utile.

## SOINS DE SUPPORT ET PERSONNES AGEES

Les soins de support sont définis comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, tout au long de la maladie, associés aux traitements onco-hématologiques spécifiques, s'il y en a (circulaire DHOS/SDO/2005/101).

Les personnes âgées ont un risque accru de complications à court et à long terme du cancer et de ses traitements. C'est pourquoi les soins de support

sont particulièrement importants pour elles. Ils peuvent permettre l'administration de traitements efficaces tout en préservant l'autonomie et la qualité de vie. Le concept de soins de support suppose une approche pluri-professionnelle et pluri-disciplinaire, la définition d'un projet de soins et d'un projet de vie partagés avec la personne malade. Une bonne coordination de l'ensemble des intervenants tout au long du parcours

# 16

de soins de la personne malade est nécessaire.

### **LES PRINCIPAUX BESOINS AUXQUELS LES SOINS DE SUPPORT DOIVENT RÉPONDRE SONT :**

> la douleur, la fatigue, les problèmes nutritionnels, les troubles digestifs, les troubles respiratoires et génito-urinaires, les troubles moteurs et les handicaps mais aussi les perturbations de l'image corporelle (ex : l'alopecie liée à la chimiothérapie n'est pas forcément mieux acceptée après 75 ans et il faudra penser à proposer une prothèse capillaire...),

> les difficultés sociales, la souffrance psychique et l'accompagnement de fin de vie des patients.

#### **• SUPPORT SOCIAL / RETOUR À DOMICILE**

Il est essentiel de prendre en compte la situation sociale et économique des patients âgés, d'évaluer leurs besoins ainsi que ceux de leurs aidants pour leur apporter autant que possible les aides nécessaires. Le traitement des cancers se fait de plus en plus en ambulatoire ce qui n'est pas toujours adapté aux patients âgés. L'offre de soins hospitalière et ambulatoire doit être coordonnée et adaptée à l'évolution de l'état de santé du patient et à son mode de vie.

#### **• PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DIGESTIFS : DIARRHÉE, NAUSÉES ET VOMISSEMENTS**

Le risque de diarrhée, de nausées et de vomissements ne semble pas changer avec l'âge. En revanche, leurs complications sont particulièrement redoutables chez le sujet âgé: anorexie, déshydratation, perte de poids, fonte musculaire, alitement et ses complications. Tous les antiémétiques (médicaments contre les vomissements) sont utilisables chez la personne âgée, en faisant toutefois attention à l'utilisation du métoclopramide, de la famille des neuroleptiques, qui peut avoir des effets secondaires néfastes lors de son utilisation prolongée.

#### **• SUPPORT NUTRITIONNEL**

L'importance de la dénutrition est estimée à plus de 50% chez les patients âgés atteints de cancer. Les raisons à l'origine de la malnutrition sont le plus souvent multifactorielle, liée à la maladie elle-même, à certaines comorbidités et au traitement du cancer. Une ré-alimentation par voie orale est en général préférable sauf si le système digestif n'est pas fonctionnel. Une diététicienne peut apporter des conseils utiles et des compléments nutritionnels peuvent être prescrits.

#### **• PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR**

Particulièrement fréquente chez la personne âgée, la douleur peut être

difficile à reconnaître et à évaluer, notamment chez la personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer ou similaire et chez la personne déprimée. On peut observer des modifications du comportement avec un repli sur soi, une communication qui devient difficile ou une grimace de douleur lors de certaines positions ou de certains mouvements.

Les traitements obéissent aux règles habituelles des antalgiques, faisant succéder, selon les besoins :

- des médicaments « légers » (palier I) comme le paracétamol.
- des médicaments morphiniques mineurs (palier II) comme le paracétamol associé à la codéine, le tramadol.
- des médicaments morphiniques d'action brève ou prolongée (palier III).

La tolérance aux morphiniques est souvent réduite: somnolence, vertiges, nausées, constipation apparaissent à des doses plus faibles et sont plus marqués chez le sujet âgé. D'où la nécessité de commencer par des doses nettement plus faibles que chez l'adulte jeune en les augmentant progressivement en fonction de l'efficacité et de la tolérance.

Selon l'étiologie de la douleur, des traitements adjuvants peuvent être associés : antispasmodiques, myorelaxants, biphosphonates, antiépileptiques...

### • TOXICITÉ HÉMATOLOGIQUE : LES TRAITEMENTS DE SUPPORT

Une des principales toxicités de la chimiothérapie reste la toxicité hématologique, se manifestant par une anémie (baisse des globules rouges) une neutropénie (baisse des globules blancs) ou une thrombopénie (baisse des plaquettes). A chimiothérapie d'intensité équivalente, la toxicité hématologique semble plus fréquente et plus sévère chez les patients âgés, ceci étant probablement dû en partie au vieillissement physiologique de la moelle osseuse.

### L'emploi de facteurs de croissance granulocytaire (G-CSF)

injectables a montré son efficacité dans la prévention des neutropénies chimio-induites et des infections secondaires à celles-ci. Il est recommandé chez les patients âgés, d'utiliser de façon plus large et plus précoce ces facteurs de croissance avec les chimiothérapies qui sont à risque de neutropénies fébriles. L'anémie est fréquente au cours des cancers et peut être aggravée par la toxicité des chimiothérapies. L'utilisation de traitements injectables par érythropoïétine a montré une efficacité dans le traitement et la prévention des anémies liées au cancer. Son emploi doit être prudent, avec un ajustement des doses pour éviter une polyglobulie (augmentation des globules rouges) induite.

### • LE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Les conséquences du cancer sont parfois

importantes sur le plan psychologique pouvant atteindre la qualité de vie du malade. La dépression est particulièrement fréquente chez la personne âgée mais plus souvent difficile à diagnostiquer. Lorsque la dépression est confirmée, un traitement efficace à montré son intérêt sur la qualité de vie du patient, la tolérance psychique et physique

des traitements et même parfois sur la survie. Des consultations spécialisées peuvent être proposées au cours de la prise en charge. Un soutien psychologique des aidants est parfois également nécessaire.

## LE RETOUR À DOMICILE

### APRÈS UNE HOSPITALISATION PLUS OU MOINS LONGUE POUR LES TRAITEMENTS, LE RETOUR AU DOMICILE SERA-T-IL POSSIBLE ?

Quand le patient le souhaite, cette orientation sera toujours envisagée en priorité. Seront pris en compte l'environnement familial et géographique, la condition physique, les traitements nécessaires, le degré d'autonomie. Si le patient le souhaite et dans la mesure du possible, une prise en charge sera établie en étroite coopération avec le médecin traitant. Elle comportera, selon les besoins, la présence d'une infirmière et/ou d'une aide à domicile, financée respectivement par la Sécurité sociale et par les services sociaux, avec dans ce dernier cas une contribution personnelle calculée en tenant compte des revenus du patient.

Dans certains cas, la sortie de l'hôpital doit être différée de quelques

semaines ou mois pour des raisons médicales. L'indication d'un séjour en service de soins de suite et réadaptation est alors préconisée. Enfin, dans d'autres cas, le retour au domicile apparaît définitivement compromis ou non souhaité et le patient pourra être dirigé vers une maison de retraite (plus ou moins médicalisée selon les besoins, voire vers un service hospitalier de soins de longue durée).

### LORSQUE LA SITUATION EST COMPLEXE POUR DES RAISONS MÉDICALES ET/OU SOCIALES, ON PEUT FAIRE APPEL À UN RÉSEAU GÉRONTOLOGIQUE.

Le **réseau gérontologique** regroupe un ensemble d'intervenants autour d'une **personne âgée dépendante**. Ces professionnels aux compétences complémentaires sanitaires et sociales coordonnent leurs actions au sein d'un réseau de santé. L'objet du réseau est d'apporter une

## LE RETOUR À DOMICILE

réponse adaptée aux besoins des personnes âgées dépendantes désirant vivre à domicile en assurant une prise en charge globale (sanitaire+sociale) et coordonnée en permettant le maintien à domicile dans des conditions sanitaires et sociales optimales.

Au sein du réseau, on retrouve des professionnels de santé libéraux médicaux et paramédicaux, un hôpital de proximité (hôpital local, centre hospitalier), un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et une assistante de sociale.

Il existe actuellement 124 réseaux de santé personnes âgées en France.

### > Médecine physique et réadaptation

L'intervention de l'équipe de rééducation et de réadaptation se justifie dans de nombreuses circonstances,

qu'elles soient liées au cancer lui-même ou à son traitement ou à l'immobilisation: contractures musculaires, lésions nerveuses, musculaires, osseuses, lymphœdème, problèmes respiratoires, douleurs neuropathiques etc... Un bon contrôle de la douleur et un statut nutritionnel correct sont des conditions nécessaires à la réussite de la prise en charge.

Bien qu'imparfaitement évaluées, les techniques de réhabilitation précoce après chirurgie et les programmes de réhabilitation sont intéressantes à promouvoir chez le sujet âgé. Ces techniques visent à un rétablissement rapide des conditions physiques et psychiques après une chirurgie lourde.

## PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE EN ONCOGÉRIATRIE

**Le Plan cancer 2014-2019 prévoit d'améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer, notamment en s'appuyant sur une recherche clinique renforcée pour cette population.**

Aujourd'hui, environ 1 à 2% de la population âgée de 75 à 85 ans est incluse dans des essais cliniques en cancérologie.

Dans le cadre du « suivi du dispositif de prise en charge et de recherche clinique en oncogériatrie » édité par l'INca en janvier 2015 (e-cancer.fr), il a été montré (figure ci-dessous) que le nombre de patients âgés de 75 ans et plus, participants à des essais cliniques a fortement progressé entre 2007 et 2013.

Le taux d'inclusion des patients âgés dans des essais cliniques est estimé

# 20

Avoir un cancer après 75 ans

## PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE EN ONCOGERIATRIE

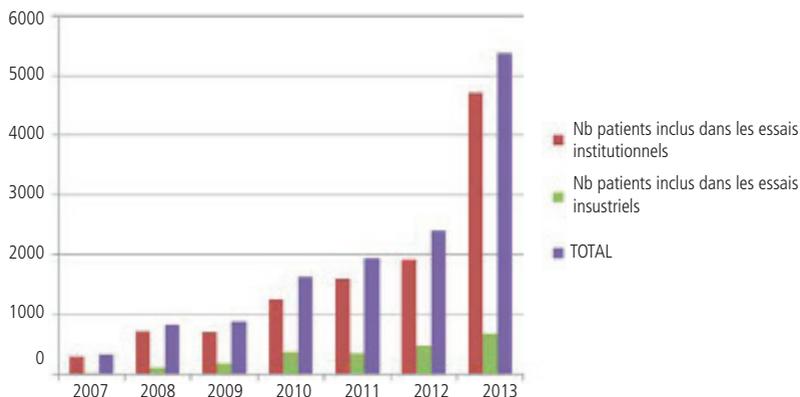
chaque année par l'INCa à partir d'une enquête auprès des établissements de santé. La proportion de patients âgés de  $\geq 75$  ans atteints de cancer inclus dans un essai clinique dédié à cette population a été retenue comme un des indicateurs du Plan cancer 2014-2019.

Une meilleure structuration de la recherche clinique en oncogériatrie devrait permettre de développer des essais cliniques dédiés à cette population de patients, avec des objectifs et des critères de jugement adaptés, portant notamment sur la tolérance des traitements, la qualité de vie, le maintien d'un état fonctionnel correct, et les attentes du patient.

Créé en 2014 sous l'impulsion du groupe GERICO/Unicancer et des UCOG, représentées par la commis-

sion recherche de la société Francophone d'Onco Gériatrie (SoFOG), l'intergroupe DIALOG(GERICO-UCOG) de recherche en Oncogériatrie est un groupe coopérateur français, labellisé par l'Inca, qui a pour mission de stimuler la recherche en Oncogériatrie.

Ses objectifs sont notamment de décider les questions prioritaires de recherche, de faciliter l'accès à la recherche clinique et à l'innovation sur l'ensemble du territoire national, de travailler avec d'autres groupes coopérateurs de recherche clinique, de mettre en place une base de données nationale et de structurer des collaborations internationales.



## EN CONCLUSION

La problématique du cancer chez la personne de plus de 75 ans est un défi majeur en oncologie et en Santé Publique du fait de la tendance démographique actuelle et future avec 5.2 millions de personnes de plus de 75 ans en 2007 à 11.9millions en 2016 ; de 1.3millions de plus de 85 ans en 2007 à 5.4millions en 2060 (INSEE Première n°1320 Octobre 2010)

Le développement de l'oncogériatrie doit permettre une meilleure approche et une prise en charge individualisée basée sur des données carcinologiques mais aussi sur des données de l'évaluation gériatrique, tout en bénéficiant des progrès croissants de l'oncologie dans la population générale.

La prise en charge d'une personne malade âgée, atteinte de cancer ne peut pas se limiter au soin du cancer. En terme de recherche, l'objectif national est de renforcer l'inclusion des patients âgés dans les essais cliniques mais aussi de promouvoir des essais spécifiques avec un rationnel oncologique classique: données sur l'efficacité, la survie globale, la tolérance mais aussi un rationnel plus gériatrique sur la préservation de l'autonomie, la qualité de vie.

La démarche pour un diagnostic plus précoce doit pouvoir être améliorée par des campagnes de sensibilisation touchant les professionnels de santé mais aussi les personnes âgées et leur entourage.

# 22

Avoir un cancer  
après 75 ans



## La Ligue contre le cancer

1<sup>er</sup> financeur associatif indépendant de la recherche contre le cancer, **la Ligue** est une organisation non gouvernementale indépendante reposant sur la générosité du public et sur l'engagement de ses militants.

Forte de près de 64 000 adhérents et 13000 bénévoles, **la Ligue** est un mouvement populaire organisé en une fédération de 103 comités départementaux.

Ensemble, ils luttent dans trois directions complémentaires: chercher pour guérir, prévenir pour protéger, accompagner pour aider, mobiliser pour agir.

Aujourd'hui, **la Ligue** fait de la lutte contre le cancer un enjeu sociétal rassemblant le plus grand nombre possible d'acteurs sanitaires, mais aussi économiques, sociaux ou politiques, sur tous les territoires.

En brisant les tabous et les peurs, **la Ligue** contribue au changement de l'image du cancer et de ceux qui en sont atteints.

**TOUT CE QU'IL EST POSSIBLE DE FAIRE CONTRE LE CANCER,  
LA LIGUE LE FAIT.**

## Pour en savoir plus

- Les guides de l'Institut du cancer sur les différents cancers :  
<http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Cancer-Info>
- Pour connaître vos droits :  
<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F732> (HAD)
- Hospitalisation à domicile :  
<http://www.hopital.fr/Vos-dossiers-sante/Prises-en-charge/L-hospitalisation-a-domicile>  
<http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-ehpad>
- Qu'est-ce qu'un cancer ?  
[https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/questions-cancer-2009-02\\_0.pdf](https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/questions-cancer-2009-02_0.pdf)
- Plan cancer et Oncogériatrie OUTIL G8.pdf  
[www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)
- Soins de support  
[https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/soutien-psychologique\\_0.pdf](https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/soutien-psychologique_0.pdf)  
<https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/soins-de-support-2009-08.pdf>  
[https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/alimentation-cancer\\_2016-03-\\_0.pdf](https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/alimentation-cancer_2016-03-_0.pdf)  
[https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/preparer-consultations-pendant-apres-cancer\\_2016-03-\\_0.pdf](https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/preparer-consultations-pendant-apres-cancer_2016-03-_0.pdf)  
<http://www.sfgg.fr/missions/groupes-de-travail/groupe-des-equipes-mobiles-de-geriatrie>
- Le Groupe « Réseau » de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie a constitué un annuaire de ces réseaux.  
[http://www.sfgg.fr/wpcontent/uploads/2011/07/Annuaire\\_national\\_reseaux\\_PA\\_mai\\_2011.pdf](http://www.sfgg.fr/wpcontent/uploads/2011/07/Annuaire_national_reseaux_PA_mai_2011.pdf)

- Site des réseaux gérontologiques :  
[http://www.reseaux-gerontologiques.fr/»](http://www.reseaux-gerontologiques.fr/)

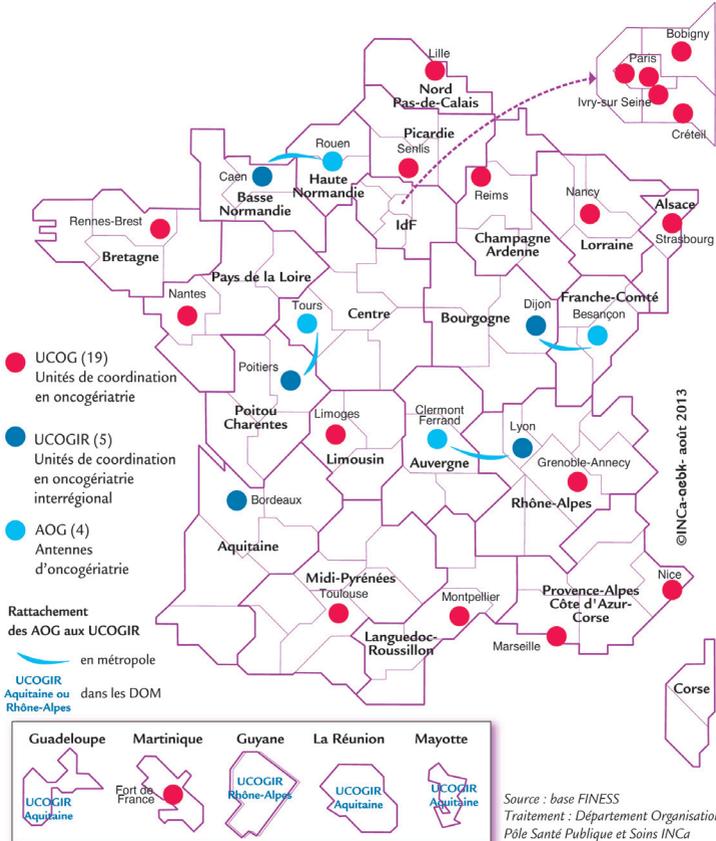


- Participer à un essai clinique  
<http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Participer-a-un-essai-clinique-en-cancerologie>  
<http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Le-registre-des-essais-cliniques/Le-registre-des-essais-cliniques/Resultats-de-recherche-d-essais-cliniques>
- Pour mieux comprendre la recherche clinique :  
[https://www.ligue-cancer.net/article/28002\\_comprendre-les-essais-cliniques-et-le-comite-de-patients](https://www.ligue-cancer.net/article/28002_comprendre-les-essais-cliniques-et-le-comite-de-patients)
- Les Centres labellisés INCa de phase précoce (CLIP2)  
(<http://www.e-cancer.fr/recherche/recherche-clinique/structuration-de-la-recherche-clinique/les-centres-labellises-de-phase-precoce-clips>).
- Pour trouver un Espace de Rencontres et d'information (ERI) dans certains établissements de soins :  
[https://www.ligue-cancer.net/article/3308\\_l-eri-proche-de-chez-vous](https://www.ligue-cancer.net/article/3308_l-eri-proche-de-chez-vous)
- Pour trouver un Espace Ligue près de chez vous :  
[https://www.ligue-cancer.net/article/27777\\_espace-ligue](https://www.ligue-cancer.net/article/27777_espace-ligue)

### Les sociétés savantes en France :

- Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG)  
[www.sfgg.fr](http://www.sfgg.fr)
- Société Internationale d'Oncologie Gériatrique (SIOG)  
[www.siog.org](http://www.siog.org)
- Société Francophone d'Oncogériatrie (SOFOG)  
[www.sofog.org](http://www.sofog.org)

28 UNITÉS DE COORDINATION EN ONCOGÉRIATRIE DONT 4 ANTENNES  
AOÛT 2013



### Liste des UCOG et AOG et de leurs coordonnateurs (janvier 2015)

Région	Ville	Coordonnateur(s) onco	Coordonnateur(s)gériatre
UCOG Alsace	Strasbourg	Pr Jean-Emmanuel Kurtz Hôpitaux universitaires de Strasbourg	Dr Damien Heitz Hôpitaux universitaires de Strasbourg
UCOGIR Aquitaine	Bordeaux	Pr Pierre Soubeyran Institut Bergonié	Pr Muriel Rainfray CHU de Bordeaux
AOG Auvergne	Clermont-Ferrand	Dr Xavier Durando Centre Jean Perrin	Dr Marie-Odile Hager CHU de Clermont-Ferrand
UCOGIR Basse-Normandie	Caen	Dr Emmanuel Sevin Centre François Baclesse	Dr Bérengère Beauplet CHU de Caen
UCOGIR Bourgogne	Dijon	Dr Aurélie Lagrange Centre Georges-François Leclerc	Dr Valérie Quipourt CHRU Dijon
UCOG Bretagne	Rennes Brest	Dr Daniel Gedouin CRLC Eugène Maquis	Pr Armelle Gentric CHRU de Brest
AOG Centre	Tours	Pr Etienne Dorval CHRU de Tours	Dr Véronique Dardaine-Giraud CHRU de Tours
UCOG Champagne-Ardenne	Reims		Dr Rachid Mahmoudi CHU de Reims
AOG Franche-Comté	Besançon	Dr Laurent Cals CHRU de Besançon	Dr Florent Monnier CHRU de Besançon
AOG Haute-Normandie	Rouen	Dr Olivier Rigal Centre Henri Becquerel Pr Pierre Michel CHU de Rouen	Dr Fatiha Idrissi CHU de Rouen
UCOG Ile-de-France	Paris- Ouest	Dr Etienne Brain Hôpital René Huguenin - Institut Curie	Pr Olivier Saint-Jean Hôpital Européen Georges Pompidou (AP-HP)
UCOG Ile-de-France	Paris-Sud (Créteil)	Pr Jean-Léon Lagrange Groupe Hospitalier Henri Mondor - Albert Chenevier (AP-HP)	Pr Elena Paillard Groupe Hospitalier Henri Mondor - Albert Chenevier (AP-HP)
UCOG Ile-de-France	Paris Denis-Saint-Denis (Bobigny)	Dr Gaëtan Des Guetz Hôpital Avicenne (AP-HP)	Dr Georges Sebbane Hôpital René Muret (AP-HP)
UCOG Ile-de-France	Paris Est (Ivry-sur-Seine)	Dr Danièle Avenin Hôpital Tenon (AP-HP)	Dr Pascal Chaïbi Hôpital Charles Foix (AP-HP)
UCOG Ile-de-France	Paris Nord	Pr Stéphane Culine GH Saint-Louis-Lariboisière-Fernand Widal	Dr Virginie Fossey-Diaz GHU Nord-Val-de-Seine (AP-HP)
UCOG Languedoc-Roussillon	Montpellier	Pr David Azria Centre Val d'Aurelle - Paul Lamarque	Pr Claude Jeandel CHRU de Montpellier
UCOG Limousin	Limoges	En attente nouvelle coordination	
UCOG Lorraine	Nancy	Pr Ivan Krakowski CLCC Alexis Vautrin	Pr Christine Perret-Guillette/ Dr Jean-Yves Niemer CHRU de Nancy
UCOG Martinique	Fort-de-France	Dr Patrick Escarmant CHU de Fort-de-France	Dr Lidvine Godaert-Simon CHU de Fort-de-France
UCOG Midi-Pyrénées	Toulouse	Dr Loïc Mourey Institut Claudius Regaud	Dr Laurent Balardy CHU Toulouse
UCOG Nord-Pas-de-Calais	Lille	Dr Véronique Servent Centre Oscar Lambret	Dr Cédric Gaxatte CHRU de Lille
UCOG Pays de la Loire	Angers - Nantes	Dr Sophie Abadie-Lacourtoisie Institut de cancérologie de l'ouest - site Angers (Paul Papin) Dr Emmanuelle Bourbouloux Institut de cancérologie de l'ouest - site Nantes (René Gauducheau)	Dr Laure de Decker CHU de Nantes
UCOG Picardie	Creil-Senlis	Dr Elisabeth Carola GH public du sud de l'Oise	Dr Florence Woerth GH public du sud de l'Oise
UCOGIR Poitou-Charentes	Poitiers	Pr Jean-Marc Tourani CHU de Poitiers	Dr Simon Valero CHU de Poitiers
UCOG Provence-Alpes- Côte d'Azur/Corse	PACA Ouest (Marseille)	Dr Frédérique Rousseau Institut Paoli-Calmettes	Dr Elodie Cretel Hôpital de la Timone (AP-HM)
Provence-Alpes- Côte d'Azur/Corse	PACA Est (Nice)	Dr Eric François Centre Antoine Lacassagne	Pr Olivier Guerin CHU de Nice
Rhône-Alpes	UCOGAlp (Annecy-Grenoble)	Dr Laetitia Stefani CHR d'Annecy	Pr Gaëtan Gavazzi CHU de Grenoble
Rhône-Alpes	UCOGIR Rhodanienne	Dr Catherine Terret	Dr Gilles Albrand



## Votre comité départemental

### La Ligue contre le cancer :



Ecrire au siège de la fédération :  
Ligue contre le cancer, 14 rue Corvisart 75013 PARIS



0 800 940 939 (numéro gratuit) : Soutien psychologique –  
Aide et conseil pour emprunter – Conseil juridique



[www.ligue-cancer.net](http://www.ligue-cancer.net) : Toutes les informations sur les cancer –  
Forum de discussion, actualités de la Ligue – faire un don



[Facebook.com/laliguecontrecancer](https://www.facebook.com/laliguecontrecancer)



[Twitter.com/laligecancer](https://twitter.com/laligecancer)

