



pour la vie

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

Les lymphomes

Maladie de Hodgkin

et lymphomes non hodgkiniens

G R A N D P U B L I C

LES LYMPHOMES

Maladie de Hodgkin et lymphomes non hodgkiniens

Les lymphomes sont des tumeurs malignes développées à partir du système lymphatique, qui participe aux réactions de défense de l'organisme et comprend :

- des cellules, les lymphocytes*, qui ont un rôle prépondérant dans les réactions de défense immunitaire. Une partie de ces cellules circule dans le sang, d'autres sont réparties dans divers endroits de l'organisme tels les ganglions lymphatiques, les amygdales, la muqueuse intestinale, la rate...
- un réseau lymphatique fait de fins vaisseaux transportant ces cellules dans un liquide translucide, le liquide lymphatique ou lymphe.

Les lymphomes peuvent se développer dans n'importe quel organe contenant du tissu lymphoïde* et participant donc au système lymphatique. Mais les lymphomes se développeront surtout là où ce tissu lymphoïde est le plus dense, plus particulièrement dans les ganglions lymphatiques, les amygdales, la muqueuse de l'intestin grêle.

On distingue deux grands types de lymphomes :

- la maladie de Hodgkin,
- les lymphomes non hodgkiniens.

La maladie de Hodgkin

La maladie de Hodgkin est caractérisée par la présence, au sein des lésions, d'une cellule tumorale bien spécifique, **la cellule de Sternberg***, du nom du médecin qui l'a découverte.

C'est essentiellement, mais non exclusivement, une maladie de l'adulte jeune, surtout entre 20 et 40 ans. Elle est en revanche rare chez l'enfant avant 10 ans. L'incidence annuelle* de la maladie est de l'ordre de 4,8 cas pour 100.000 habitants. Son pronostic* continue à s'améliorer, le taux de mortalité étant de 0,5 pour 100.000 habitants (en 2005), en diminution de 9,8 % entre 2000 et 2005.

Les circonstances de découverte

Trois situations sont possibles :

> la plus fréquente (80% des cas) :

ce sont des adénopathies* superficielles, autrement dit des ganglions palpables, qui vont orienter le diagnostic. Il s'agit soit d'une adénopathie isolée, soit d'un paquet ganglionnaire unique, généralement au niveau du cou, du creux sus-claviculaire* ou du creux inguinal*, dont l'apparition est rapide et le volume d'emblée important (> de 1 à 2 cm de diamètre).

> dans 15% des cas :

les adénopathies ne sont pas cliniquement perceptibles car elles sont profondes, situées dans le médiastin*. C'est donc le plus souvent un cliché radiographique pulmonaire systématique ou demandé en raison de signes cliniques particuliers (toux, gêne respiratoire, gonflement des vaisseaux du cou), liés à d'importantes adénopathies médiastinales, qui va orienter le diagnostic. Ailleurs, il pourra s'agir d'une localisation intra-abdominale de la maladie.

> enfin, dans 5% des cas :

la maladie débute par des signes généraux (fièvre isolée, inexpliquée par une cause infectieuse, des sueurs abondantes, souvent nocturnes, un amaigrissement important, un prurit* sans lésion dermatologique) ou la perception d'une masse abdominale (il peut s'agir d'un gros foie, d'une grosse rate ou d'une masse ganglionnaire abdominale).

Une maladie classée en 4 stades

Cette classification, dite de Ann Harbor, comprend 4 stades :

- > stade I :** atteinte d'un seul groupe ganglionnaire ;
- > stade II :** atteinte de plusieurs groupes ganglionnaires mais d'un seul côté du diaphragme (muscle séparant le thorax et l'abdomen) ;
- > stade III :** atteinte ganglionnaire située de part et d'autre du diaphragme ;
- > stade IV :** atteinte touchant un ou plusieurs viscères.

Les lettres «a» et «b» viennent préciser l'absence (a) ou l'existence (b) de signes inflammatoires biologiques au niveau du sang (accélération de la vitesse de sédimentation). Cette classification a surtout un intérêt pronostique et donc thérapeutique.

Un pronostic qui a bénéficié des progrès de la chimiothérapie

Le pronostic de la maladie de Hodgkin est globalement bon et d'autant meilleur que la maladie est peu étendue. Ainsi, dans les formes localisées (stades I et II), une rémission chronique est obtenue dans 95 % des cas.

Dans les formes plus étendues (stades IIIb et IV), la rémission chronique est obtenue dans 70% des cas. Pour chaque stade, la rapidité et la qualité de la réponse thérapeutique sont les meilleurs critères pronostiques.

Etablir le diagnostic et le bilan d'extension de la maladie

C'est l'examen microscopique du tissu prélevé lors de la cytoponction* d'une adénopathie qui va permettre d'orienter le diagnostic mais ce n'est que l'examen de l'ensemble du ganglion, après son exérèse chirurgicale, qui permettra de poser un diagnostic formel en mettant en évidence les «cellules de Sternberg» au sein d'une «architecture» ganglionnaire évocatrice. Il faudra ensuite faire le bilan d'extension et d'évolutivité de la maladie afin d'en déterminer le stade, lequel conditionnera le traitement.

Diverses explorations seront nécessaires :

- un interrogatoire, recherchant sueurs, fièvre, amaigrissement, fatigue ;
- un examen clinique complet, pratiqué par le médecin, recherchant d'autres adénopathies, un organe augmenté de volume (foie et rate notamment), une altération de l'état général ;
- un scanner du thorax et de l'abdomen ;
- des examens sanguins pour apprécier la fonction hépatique, la fonction rénale, rechercher un syndrome* inflammatoire, une anémie... ;
- une biopsie de moelle osseuse : cet examen est pratiqué sous anesthésie locale, à l'aide d'un trocart (sorte de foret permettant un carottage de l'os). Le médecin réalise une biopsie de l'os iliaque à l'aide de ce trocart afin d'y prélever un échantillon de moelle osseuse qui sera ensuite analysé au microscope.

Traitement de la maladie de Hodgkin

Il est basé sur la combinaison de la chimiothérapie et de la radiothérapie, dont les modalités vont dépendre du stade évolutif et des critères de gravité de la maladie.

Compte tenu de la haute probabilité de guérison de la maladie de Hodgkin (tous stades confondus, on arrive actuellement à guérir plus de 80 % des patients), il s'agit d'opter pour les traitements les moins agressifs possibles permettant aux patients de mener ensuite une vie normale.

Schématiquement, dans les formes localisées (I et II) et de pronostic favorable, le traitement comprend entre 3 et 4 cycles de chimiothérapie, éventuellement associés à une irradiation des zones envahies. Dans les formes étendues (III et IV), 6 à 8 cures de chimiothérapie sont généralement proposées, s'étalant sur une période d'environ 6 mois et ne requérant généralement que des hospitalisations de jour.

Pour les patients jeunes, on proposera une cryopréservation* de sperme pour les hommes. Chez les femmes jeunes, la stérilité est le plus souvent réversible après la chimiothérapie. En cas de radiothérapie pelvienne, une cryopréservation des ovules pourra être proposée.

Les lymphomes non hodgkiniens

Ce sont également des affections malignes du système lymphatique, développées aux dépens d'une lignée de cellules lymphoïdes, mais différentes de la maladie de Hodgkin dans leur histoire naturelle, leur aspect microscopique, leur évolution, leurs diversités et leur prise en charge thérapeutique.

Ces lymphomes non hodgkiniens ont pour point de départ une cellule lymphoïde qui acquiert les caractères de la malignité, c'est-à-dire la capacité à proliférer et/ou s'accumuler de façon incontrôlée et à diffuser dans l'organisme.

Ce sont les plus fréquentes des hémopathies* malignes : 10 224 nouveaux cas recensés en France en 2005, soit une incidence de 20,3 cas pour 100.000 habitants ; avec un taux de progression annuel (entre 1980 et 2005) de 2,7 % chez l'homme, de 2,9 % chez la femme ; elles atteignent aussi bien le sujet âgé, que l'enfant, l'adolescent et l'adulte jeune ; leur profil clinique et évolutif varie surtout selon le type de lymphome non hodgkinien considéré. Entre 2000 et 2005, leur mortalité a baissé de 5,3 %.

La palette des lymphomes non hodgkiniens est très large et a imposé une classification internationale reposant notamment sur des critères histologiques et immunologiques :

- **histologiques : sommairement, on parle de :**
- > lymphomes non hodgkiniens diffus si le ganglion est infiltré massivement par les cellules tumorales effaçant l'architecture primitive du ganglion ;
- > lymphomes non hodgkiniens folliculaires si les cellules tumorales sont regroupées en plages distinctes et respectant l'architecture nodulaire (folliculaire) du ganglion ;
- > lymphomes non hodgkiniens à petites ou grandes cellules selon la taille des lymphocytes tumoraux, etc.

- **immunologiques suivant la lignée de lymphocytes atteints (B ou T).**

Sauf exception, la nature du lymphome non hodgkinien est plus importante à considérer que sa localisation anatomique (cou, abdomen...).

Ces distinctions sont très importantes car elles permettent d'évaluer le pronostic*, le mode d'évolution de la maladie et donc de mieux adapter le traitement.

Les circonstances de découverte

Elles sont plus variées que dans la maladie de Hodgkin du fait de la plus grande fréquence des atteintes extra-ganglionnaires et de la variété de leur cinétique* évolutive.

L'attention est bien souvent attirée par l'apparition de ganglions lymphatiques anormalement gros, en règle générale non douloureux. Il peut s'agir d'un seul ou de plusieurs ganglions, siégeant dans les territoires habituels (cou, aisselle, creux inguinal).

Mais si les ganglions sont profonds (dans le thorax ou l'abdomen) ou si, ce qui est plus rare, le lymphome atteint d'emblée un organe tel que l'estomac ou le cerveau, les signes révélateurs peuvent être très divers et ce sont les examens (échographies*, radiographies, scanner, IRM*, endoscopies* suivant les cas) qui révéleront les anomalies.

Parfois encore, c'est une fièvre, une fatigue anormale qui motivent la consultation médicale.

Établir le diagnostic

Le diagnostic nécessite un examen microscopique, ce qui implique le prélèvement d'une lésion accessible (ablation d'un ganglion périphérique, sous simple anesthésie locale ou générale suivant les cas) ou la biopsie d'une zone suspecte profonde, pouvant nécessiter une endoscopie* ou même un geste chirurgical. Cet examen permettra non seulement d'affirmer le diagnostic, mais aussi de préciser le type et les caractéristiques du lymphome non hodgkinien.

Après que le diagnostic aura été porté, le bilan d'extension (scanner* thoraco-abdominal, biopsie de moelle osseuse, éventuellement ponction lombaire) est essentiel pour évaluer le pronostic et décider d'une stratégie thérapeutique. Il recherchera d'autres localisations, une atteinte de certains organes (foie, rate, poumon). Des examens sanguins et d'imagerie médicale permettront de faire ce bilan.

La classification des lymphomes non hodgkiniens

Suivant l'étendue et les localisations, comme pour la maladie de Hodgkin, 4 stades vont être définis :

- > stade I : atteinte d'un seul groupe ganglionnaire ;
- > stade II : atteinte de plusieurs groupes ganglionnaires mais d'un seul côté du diaphragme (muscle séparant le thorax et l'abdomen) ;
- > stade III : atteinte ganglionnaire située de part et d'autre du diaphragme ;
- > stade IV : atteinte touchant un ou plusieurs viscères.

L'aspect histologique permettra aussi de caractériser le type de lymphome non hodgkinien (diffus, folliculaire, à petites ou grandes cellules...) et de définir son grade de malignité et d'évolutivité (faible à élevé).

Un pronostic très différent d'un cas à l'autre

Le pronostic d'un lymphome non hodgkinien dépend bien entendu du type du lymphome mais aussi de l'âge du patient, un âge supérieur à 60 ans signe une gravité accrue de la maladie.

Les lymphomes dont les cellules ont des critères de haute malignité (grandes cellules, lymphomes diffus) justifient d'un traitement intensif mais guérissent définitivement dans au moins 50 % des cas.

A l'opposé, les lymphomes non hodgkiniens de plus faible malignité comme les lymphomes dits «folliculaires», s'ils ne menacent pas la vie à court terme, ont tendance à fréquemment rechuter mais après une sensibilité initiale aux traitements.

Non pas un, mais des traitements des lymphomes non hodgkiniens

Compte tenu de l'hétérogénéité de la famille des lymphomes non hodgkiniens, il n'existe pas un mais des traitements, adaptés au type de lymphome non hodgkinien, à son niveau d'extension, à l'âge et à l'état général du patient.

La chimiothérapie en est cependant la clef de voûte même si ces dernières années, d'autres méthodes ont fait leurs preuves, notamment certains types d'anticorps* monoclonaux (rituximab) permettant de «bloquer» la croissance de la cellule tumorale (immunothérapie*), pouvant s'utiliser seuls ou en association avec la chimiothérapie.

Globalement, les formes les plus indolentes de lymphome non hodgkinien, notamment chez le sujet âgé, pourront être traitées, souvent de façon satisfaisante, par une chimiothérapie orale* au prix de peu d'effets secondaires. Les lymphomes non hodgkiniens plus agressifs seront quant à eux traités

par des cures de polychimiothérapie intra-veineuse avec une plus grande toxicité, donc plus d'effets secondaires.

Les traitements intensifs (autogreffes de cellules souches sanguines) sont parfois indiqués, soit en première ligne, soit en cas de rechute. La radiothérapie ne conserve que quelques indications de plus en plus limitées.

Les diverses méthodes seront souvent associées ou combinées, et leurs indications varient suivant les situations.

Les progrès constants enregistrés ces dernières années pour le traitement des lymphomes non hodgkiniens sont très encourageants et de nombreux protocoles thérapeutiques en cours d'évaluation sont porteurs d'espoir pour améliorer encore le pronostic de ces affections.

Quelques formes particulières de lymphomes non hodgkiniens

> Lymphome de BURKITT :

il s'agit d'un lymphome non hodgkinien d'évolution très rapide, atteignant souvent les ganglions cervicaux (au niveau du cou), assez spécifique du jeune enfant en Afrique. Il doit être diagnostiqué et traité sans retard. Il est, dans ce contexte, régulièrement associé au virus EBV (agent de la mononucléose infectieuse).

> Lymphome MALT :

infiltration lymphoïde de la muqueuse de l'estomac et dont est responsable une bactérie : *Helicobacter pylori*. Un simple traitement antibiotique permettant d'éliminer cette bactérie peut suffire à guérir un lymphome MALT localisé.

> Lymphome non hodgkinien associé à un déficit immunitaire (SIDA, situation en post-greffe d'organe).

Glossaire

Adénopathie :

une adénopathie est un ganglion lymphatique dont la taille est augmentée, ce qui le rend palpable à l'examen clinique ou visible lors d'examens radiographiques.

Anticorps :

produit sécrété par les lymphocytes de l'organisme en réaction à l'introduction d'une molécule étrangère, que l'on appelle un "antigène". Les cellules tumorales expriment des antigènes contre lesquels on peut diriger un anticorps spécifique (anticorps monoclonal), support de l'immunothérapie.

Cellule de Sternberg :

cellule caractéristique de la maladie de Hodgkin. Cette cellule est reconnaissable à l'examen au microscope d'une adénopathie consécutive à une maladie de Hodgkin.

Chimiothérapie orale :

traitement de chimiothérapie par voie buccale

Cinétique évolutive :

vitesse à laquelle un cancer évolue.

Creux sus-claviculaire :

creux situé en arrière de la clavicule.

Creux inguinal :

creux situé au niveau du pli de l'aîne.

Cytoponction :

ponction d'un ganglion ou d'un organe, réalisée à l'aide d'une aiguille creuse. La cytoponction permet de recueillir des cellules analysées sous microscope par un médecin anatomo-pathologiste.

Cryopréservation :

conservation des cellules au froid par stockage dans l'azote liquide.

Echographie :

examen d'imagerie médicale s'appuyant sur les ultrasons.

Endoscopie ou fibroscopie :

méthode d'exploration d'un viscère creux, comme une bronche, l'œsophage, l'estomac, l'intestin, la vessie..., à l'aide de l'introduction d'une sonde munie à son extrémité d'un système optique à lumière froide, permettant la visualisation des parois de l'organe ainsi exploré. Les fibroscopies (bronchique, oesophagienne, colique, etc.) permettent également, si besoin, de faire des prélèvements (biopsies) d'une zone suspecte pour examen microscopique (examen histologique).

Hémopathie :

maladie du sang.

Incidence annuelle :

nombre de nouveaux cas par an.

Immunothérapie :

méthode thérapeutique basée sur l'immunologie et l'activation des défenses immunitaires. Il en existe diverses modalités dont notamment l'utilisation d'anticorps monoclonaux spécifiquement dirigés contre un antigène tumoral.

IRM ou Imagerie par Résonance Magnétique :

méthode d'imagerie basée sur les modifications des atomes induits par un champ magnétique. L'IRM est particulièrement performante pour visualiser le cerveau, la moelle épinière et la structure des os.

Lymphocyte :

variété de globule blanc. Les lymphocytes sont de deux principaux types : lymphocytes B et lymphocytes T.

Lymphoïde :

le tissu lymphoïde est un tissu complexe jouant un rôle fondamental dans les réactions de défense de l'organisme. On le trouve soit de façon concentrée et encapsulée dans les ganglions lymphatiques, soit de façon diffuse, d'une part dans des organes hématopoïétiques, c'est-à-dire participant à la fabrication des cellules sanguines, notamment la moelle osseuse mais aussi le foie et la rate, d'autre part dans les muqueuses digestives, respiratoires, urinaires, ORL.

Médiastin :

espace situé dans le thorax, entre les deux poumons et contenant la trachée et les bronches souches, l'œsophage, le cœur et les gros vaisseaux ainsi que le reliquat du thymus.

Polychimiothérapie :

association de plusieurs chimiothérapies.

Pronostic :

qui prévoit les possibilités de l'évolution et le risque de rechute.

Prurit :

démangeaison cutanée. Un prurit peut être localisé ou généralisé.

Scanner :

comme les radiographies classiques, le scanner est une technique d'imagerie médicale utilisant les rayons X. Mais le scanner offre en plus le traitement des images par ordinateur, permettant d'obtenir une grande précision dans la définition des images (notamment plan par plan).

Syndrome :

tableau constitué d'un ensemble plus ou moins vaste de signes ou symptômes. Un syndrome inflammatoire se traduit au plan biologique par l'élévation de certains marqueurs comme la vitesse de sédimentation, une protéine comme la CRP...

Brochure rédigée par le Dr Alain TRÉBUCQ et
le Dr François LEFRÈRE, praticien hospitalier
en hématologie - Hôpital Necker (Paris) -
Novembre 2006
Mise à jour Février 2008 : Dr Marise WEIL,
Dr Henri BASTIEN

Le cancer

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

Quelques chiffres

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

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

Le rôle du médecin

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

Prévention et dépistage

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

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

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

Les signes d'alarme

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

Qu'est-ce que La Ligue ?

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

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

• LA RECHERCHE

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

• L'INFORMATION, LA PRÉVENTION ET LE DÉPISTAGE

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

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

• LES ACTIONS POUR LES PERSONNES MALADES ET LEURS PROCHES

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

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

• AU CŒUR DE LA SOCIÉTÉ

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

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

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



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

La Ligue vous aide et vous informe :



Votre Comité départemental



LIGUE NATIONALE CONTRE LE CANCER

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

www.ligue-cancer.net

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



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

pour la vie