



GUIDE PRATIQUE

Dr. Gonzague de Chabot

Andrée Sidonie Lyeb

Dr. Ana Gutiérrez



PALLIATIFS SANS FRONTIERES CAMEROUN

2016

SOMMAIRE

ABREVIATIONS.....	2
INTRODUCTION.....	4
EPIDEMIOLOGIE	5
DEFINITION.....	7
FACTEURS DE RISQUE.....	10
Les facteurs endogènes.....	10
1. Facteurs génétiques	10
2. Facteurs hormonaux	10
3. Facteurs immunitaires.....	10
Les facteurs exogènes	11
1. Substances chimiques	11
2. Infections virales	11
3. Radiations ionisantes	11
4. Facteurs liés au mode de vie.....	12
PREVENTION.....	14
DEPISTAGE.....	14
POPULATIONS PARTICULIERES	16
1- Les enfants	16
2- Les personnes âgées	16
3- Les personnes vivants avec le VIH	16
SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE.....	17
A- Le patient aux prises avec ses émotions.....	17
B- Les réactions fréquentes.....	21
TRAITEMENT.....	24
1- Chirurgie.....	24
2- Chimiothérapie	24
3- Radiothérapie.....	27
4- Soins palliatifs	28
CONCLUSION	29
ABREVIATIONS	

ADN : Acide Désoxyribo Nucléique

EBV : Ebstein Bar Virus

HPV : Human Papilloma Virus

IARC : International Agency for Research on Cancer

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Le cancer a sans doute été dans le passé le triste apanage des pays riches. Mais ce n'est certainement plus le cas aujourd'hui. Le cancer concerne et va concerner de plus en plus les populations des pays en développement, notamment africains. En effet, avec le changement des comportements et l'amélioration de l'espérance de vie, cette maladie voit son incidence augmenter considérablement en Afrique en général et au Cameroun en particulier. Selon les estimations publiées par Globocan en 2012 une hausse de 45 % de la mortalité par cancer est attendue d'ici 2025.

Une des spécificités de la prise en charge du cancer en Afrique est le retard au diagnostic, qui fait que 80% des malades arrivent à un stade avancé de la maladie. L'absence d'infrastructures, de personnels de santé qualifiés et en assez grand nombre, le coût prohibitif des traitements (il faut compter entre 30 000 et 600 000 F CFA/mois) en sont les principales explications.

Pourtant les cancers sont des maladies qui se soignent. On parle souvent de chimiothérapie (médicaments), de radiothérapie (rayons) et de chirurgie (opérations). Généralement, ces 3 thérapies sont combinées pour avoir plus d'efficacité et pour éviter les récives ou rechutes.

Dès le moment du diagnostic, pendant le traitement et au-delà, l'opportunité de bénéficier d'un accompagnement psychologique permet au malade et à sa famille de mieux vivre la maladie et de mieux appréhender son issue.

Les chances de guérison augment quand la maladie est décelée suffisamment tôt, il ya donc beaucoup à faire en terme de dépistage précoce. On peut aussi éviter beaucoup de types de cancers en modifiant ses comportements, c'est là tout le défi des moyens de prévention.

Il y a donc une véritable urgence à sensibiliser l'opinion et les pouvoirs publics sur cette réalité. Le cancer ne doit plus être considéré comme un mauvais sort dans les populations, sous peine de voir encore des malades condamnés à des souffrances et à une mort qui auraient pu leur être évitées. Il est bon de rappeler également que le cancer n'est pas une maladie contagieuse ! N'abandonnons pas nos proches par crainte qu'il ou elle nous transmette sa maladie!

Informé va de paire avec la formation des personnels soignants bien sûr, qui sont en premières lignes. Il faudra tenir compte des particularités culturelles et religieuses de chaque région. Ainsi nous pourrons lutter plus efficacement contre le cancer et améliorer notre santé et celle de nos proches.

EPIDEMIOLOGIE

Les estimations les plus récentes datent de 2012 et sont fournies par l'IARC, qui dépend de l'OMS. (Cf. : <http://www.afrocancer.org/>)

Pour l'année 2012 donc, 57% (8 millions) des nouveaux cas de cancer, 65% (5.3 millions) des décès par cancer et 48% (15.6 millions) des personnes vivant avec le cancer depuis plus de 5 ans ont été recensés dans les pays en développement.

Les chiffres de la mortalité par cancer pourraient s'accroître de 50% pour atteindre 15 millions d'ici à 2030 selon l'OMS, dont presque 1 million en Afrique. A cette date, près de 70% des nouveaux cas de cancer se produiront dans les pays en développement.

En ce qui concerne le Cameroun, on estimait le nombre de nouveaux cas de cancers à 13 800 en 2012 et le nombre de personnes décédées à 9400, ce qui représente 8% des causes de mortalité. (Figure 1)

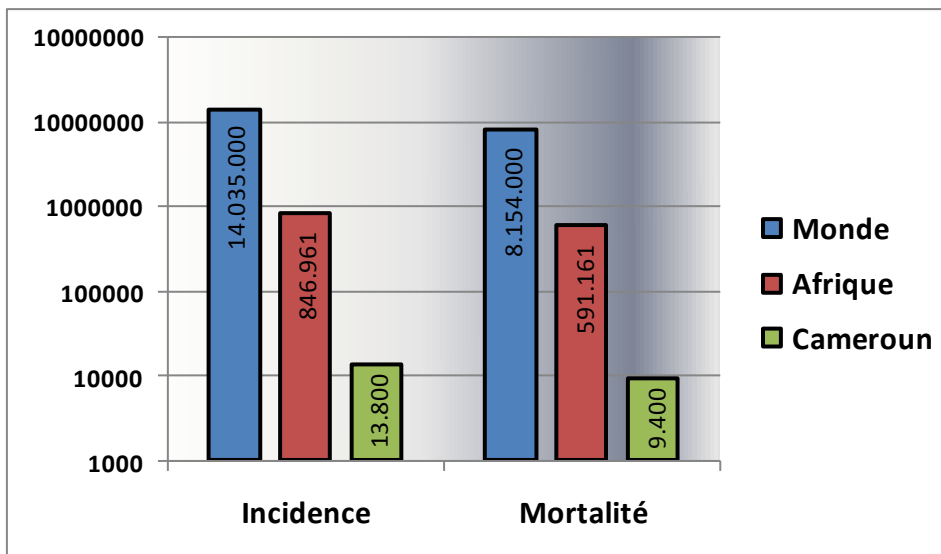


Figure 1 : Incidence et mortalité par cancer en 2012, dans le monde, en Afrique et au Cameroun (selon l'IARC).

Ce sont les femmes qui paient le plus lourd tribut à cette maladie, notamment les femmes entre 45 et 55 ans.

Les 5 cancers les plus fréquents en Afrique sont les cancers du sein d'abord ; puis ceux du col de l'utérus ; de la prostate ; du foie et enfin le sarcome de Kaposi. Au Cameroun ; on retrouve le même trio de tête, suivi du lymphome de Hodgkin et du cancer de l'ovaire (Figure 2).

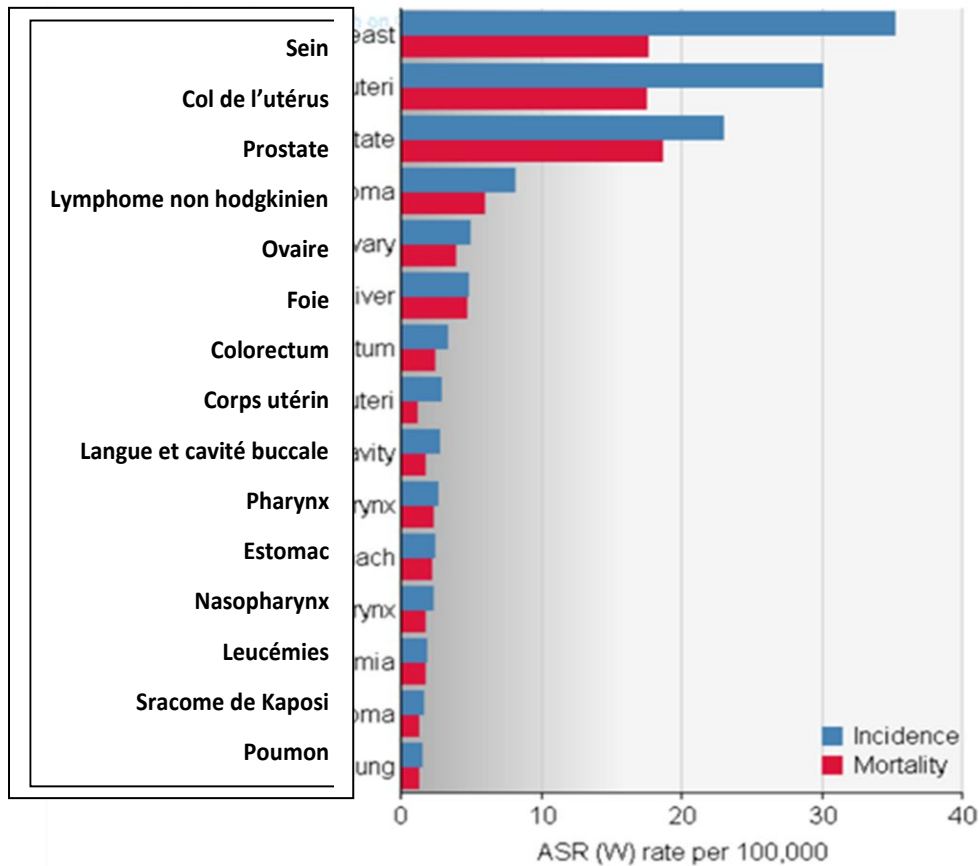


Figure 2 : Incidence et mortalité de chaque type de cancer au Cameroun, quelque soit le sexe, par ordre décroissant (selon Globocan).

On voit bien dans ces listes, la forte influence des infections virales, notamment le VIH, mais aussi l'HPV (virus du papillome humain) et les hépatites, viroses endémiques dans la population africaine. Ainsi on considère que 26% des cancers en Afrique sont liés à une infection chronique.

DEFINITION

Il faut rappeler d'abord brièvement ce qu'est une cellule.

Le corps humain est complexe et présente, globalement, 3 niveaux d'organisation qui sont :

1. **les organes** (par exemple, le cœur, le cerveau, les poumons, etc.) qui ont tous un rôle différent et souvent fondamental dans le fonctionnement du corps
2. **les tissus** qui composent les organes (par exemple, les muscles, les glandes, etc.) et structurent le corps (le squelette, la peau)
3. **les cellules**, enfin, qui sont l'unité de base des tissus, et qui présentent elles même une organisation microscopique complexe

Comme de petites usines autonomes, les cellules cohabitent et communiquent de façon harmonieuse afin de préserver l'architecture et les fonctions propres à chaque organe ou système. Elles sont constituées :

- **d'une enveloppe** : membrane équipée de petites structures (récepteurs) permettant la communication avec l'environnement
- **de différents équipements internes** qui sont essentiels au maintien en vie de la cellule et lui permettent de jouer son rôle dans le corps
- **d'un noyau** situé également à l'intérieur de la cellule et qui contient toute l'information génétique que la cellule utilise pour savoir comment fonctionner: 46 chromosomes organisés en 23 paires et constitués de l'ADN avec tout le génome.

L'apparition d'un cancer commence par la modification d'une seule cellule, atteinte à l'intérieur même de son ADN par addition, soustraction ou mutation (erreur) de gènes. Cette transformation est à l'origine de sa prolifération anarchique c'est-à-dire échappant aux contrôles prévus par l'organisme et qui assurent normalement son développement harmonieux. Au lieu de mourir, cette cellule va continuer à se multiplier en reproduisant les altérations de son code génétique. Emerge alors un groupe ou « clone » cellulaire qui devient immortel et crée un amas, puis grossit pour devenir une tumeur.

Ces premiers regroupements de cellules sont généralement sans danger et sont parfois même détruits par le système immunitaire. Il faut un regroupement d'environ 100.000 cellules pour que l'on commence à parler de tumeur (Figure 3).

Une tumeur devient dangereuse (maligne) lorsqu'elle commence à "s'infiltrer", c'est-à-dire que les cellules cancéreuses commencent à former des extensions vers des zones voisines puis vont envahir et détruire l'organe malade qui perd ses capacités fonctionnelles.

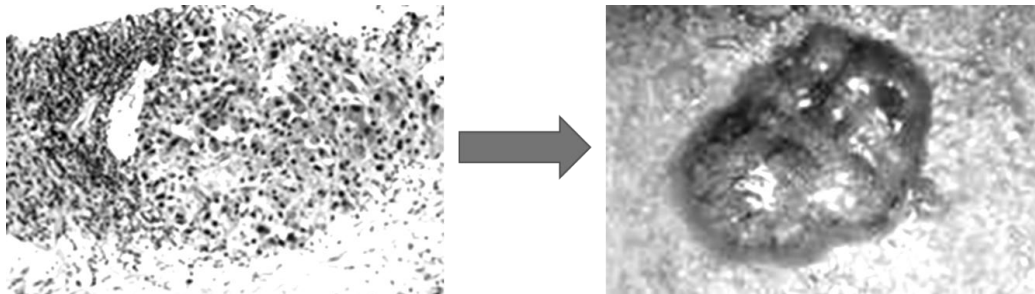


Figure 3 : Amas de cellules anormales vues au microscope (à gauche, en gris foncé) pouvant précéder de plusieurs années l'apparition d'une tumeur visible (à droite, modèle cutané).

Au cours de cette progression, les cellules cancéreuses vont acquérir également la capacité de disséminer, c'est-à-dire de créer de nouvelles lésions dans d'autres organes, appelées « métastases », en empruntant la circulation sanguine ou lymphatique (Figure 4). Ainsi une métastase dans l'os d'un cancer du sein par exemple est constituée des mêmes cellules cancéreuses que celles du sein. La mort de l'organisme peut alors survenir par épuisement des ressources physiques, allouées à la seule croissance de la tumeur.

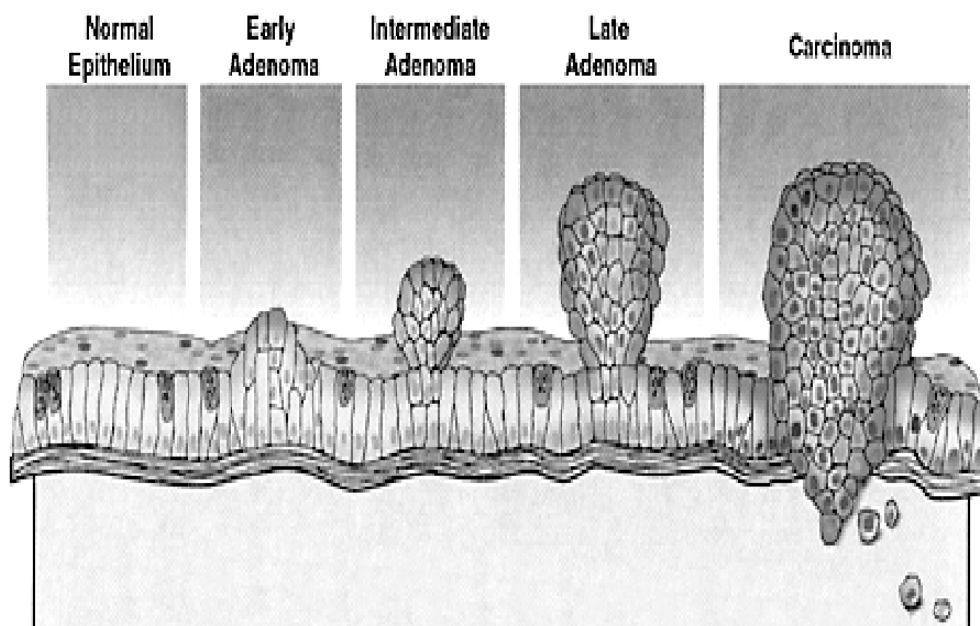


Figure 4 : Exemple d'invasion progressive d'un tissu intestinal par des cellules cancéreuses.

Tous les organes de l'organisme humain sont susceptibles de développer un cancer, et ce à tous les âges de la vie, même si les formes pédiatriques sont moins fréquentes. Quelques rares cas de cancer peuvent avoir une origine héréditaire (cancers du sein, du colon, ovaire...).

Il faut souvent au moins une à deux dizaines d'années avant de pouvoir voir le cancer, autrement dit de pouvoir le dépister.

Suivant le type du cancer, la personne malade peut être alarmée par de multiples symptômes. Cette liste n'est évidemment pas limitative:

- apparition d'une petite « boule » anormale qui grossit progressivement
- ganglion anormalement gros
- modification progressive de la voix
- troubles du transit
- perte inexpliquée de poids ...

Le diagnostic définitif, la certitude d'être atteint d'un cancer, n'est possible que par analyse au microscope d'un échantillon ou « biopsie » de la tumeur. Cette analyse permet aussi de classer la tumeur en fonction de la profondeur de l'envahissement tissulaire.

On peut aussi classer les cancers selon leur nature liquide (c'est-à-dire développé à partir des cellules sanguines comme les leucémies à partir des globules blancs par exemple) ou solide, en fonction du type de cellules atteintes :

- Une cellule glandulaire donnera un adénocarcinome
- Une cellule épithéliale (de surface) : un carcinome épidermoïde
- Une cellule musculaire: un sarcome
- Une cellule gliale: un glioblastome ...

Il existe aussi une classification internationale standardisée pour chaque cancer, en fonction de son extension ou "stade" :

- **Local** : limité à l'organe atteint
- **Locorégional** : dépasse l'organe atteint vers les organes de voisinage ; notamment les ganglions lymphatiques
- **Métastatique** : atteinte d'autres organes à distance du premier (on parle souvent de cancer « généralisé »)

Cette classification est très importante puisqu'elle est liée au type de traitement qui pourra être réalisé, et aussi au pronostic, c'est-à-dire à l'espérance de vie.

FACTEURS DE RISQUE

On entend par facteurs de risques tous les éléments qui peuvent favoriser l'apparition d'un cancer, qu'ils soient extérieurs à l'organisme, agressions « exogènes », ou provenant de ses propres caractéristiques personnelles et qu'on appelle « endogènes ».

Les facteurs endogènes peuvent être d'origine génétique, hormonale ou immunitaire.

1. Facteurs génétiques

La prédisposition génétique ne suffit pas en soi mais elle réduit le nombre de modifications nécessaires à la transformation d'une cellule normale en cellule cancéreuse. Elle est surtout retrouvée dans les cancers du sein, de l'utérus, de l'ovaire, ou du côlon. Il y a donc des précautions particulières à prendre dans le dépistage des membres de la famille pour ces différents cancers.

Par exemple dans le cancer du sein on considère que 5% des cancers sont d'origine génétique par mutation de gènes spécifiques (BRCA1 ou BRCA2) qui, modifiés, n'assure plus leur rôle normal de protection contre le cancer du sein.

2. Facteurs hormonaux

Les femmes sont particulièrement concernées avec notamment les cancers du sein et du col de l'utérus qui sont très sensibles aux œstrogènes. Les hommes ne sont pas épargnés, les cancers de la prostate étant eux sensibles aux androgènes.

3. Facteurs immunitaires

C'est particulièrement la perte des capacités (ou déficit) du système immunitaire qui est susceptible d'influencer l'apparition d'un cancer. Ce déficit est l'apanage de l'infection par le VIH. Le SIDA, qui est le stade le plus grave de l'infection, est atteint en cas de diagnostic de cancer du col utérin, de lymphome ou de sarcome de Kaposi, qui sont nettement plus fréquents dans cette maladie. Le déficit immunitaire peut être induit également par des médicaments (corticostéroïdes, immunosuppresseurs dans le cas de transplantation d'organes).

Les facteurs exogènes comprennent l'exposition à des substances chimiques, à des radiations, des virus, mais sont également liés au mode de vie.

1. Substances chimiques

Les substances chimiques cancérigènes, c'est-à-dire susceptibles de provoquer un cancer sont souvent rencontrées dans le cadre d'une exposition professionnelle :

- ✓ Le benzène et les leucémies
- ✓ L'amiante et les maladies de la plèvre (mésothéliomes)
- ✓ La poussière de bois et le cancer de l'ethmoïde
- ✓ L'arsenic et les cancers de la peau, des poumons, du foie, de la vessie

Toutes les substances considérées comme cancérigènes ou mutagènes sont listées sur le site de l'INRS (Cf. : <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%20976>).

2. Infections virales

De nombreuses infections virales sont impliquées dans l'apparition de cancers :

- ✓ HPV est impliqué dans les cancers du col utérin, de l'anus, de la vulve, de l'œsophage
- ✓ EBV est impliqué dans les lymphomes de Burkitt, les cancers du nasopharynx
- ✓ Les infections chroniques par les virus des hépatites B et C sont responsables d'une fibrose puis d'une cirrhose du foie, qui fait le lit du carcinome hépatocellulaire.

3. Radiations ionisantes

L'exemple typique est l'augmentation de certains cancers (leucémies, cancers de la thyroïde) après les accidents nucléaires. On peut également signaler l'apparition de cancers, notamment de la peau, après les rayons utilisés lors de la radiothérapie.

L'exposition au soleil est un facteur de risque pour les cancers de la peau (mélanomes, carcinomes baso-cellulaires). Ils apparaissent principalement au niveau des zones exposées du visage, des bras et des mains.

4. Facteurs liés au mode de vie

Cela concerne surtout les intoxications tabagique et/ou alcoolique :

- ✓ Le tabac seul est un cancérigène majeur dans les cancers du poumon, de la sphère ORL, de la vessie, du pancréas, de l'estomac et du côlon.
- ✓ L'association du tabac avec l'alcool est retrouvée dans les cancers de la sphère ORL, et de l'œsophage.
- ✓ L'alcool seul est impliqué dans le cancer du foie par le biais de la cirrhose hépatique.

Le changement des comportements alimentaires est également mis en cause dans l'augmentation de la fréquence des cancers. Récemment a été retenue par l'OMS l'implication de la consommation excessive de viande rouge ou de viande transformée dans le cancer du côlon mais aussi dans les cancers du pancréas et de la prostate (Cf. : http://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/pdf/Monographs-Q&A_Vol114.pdf).

L'influence de l'apport en graisses est de plus en plus établie dans le développement des cancers du sein, du côlon, de la prostate et de l'endomètre. L'obésité joue un rôle important dans les cancers du côlon chez l'homme et du sein chez la femme.

AUTOPSIE D'UN MEURTRIER

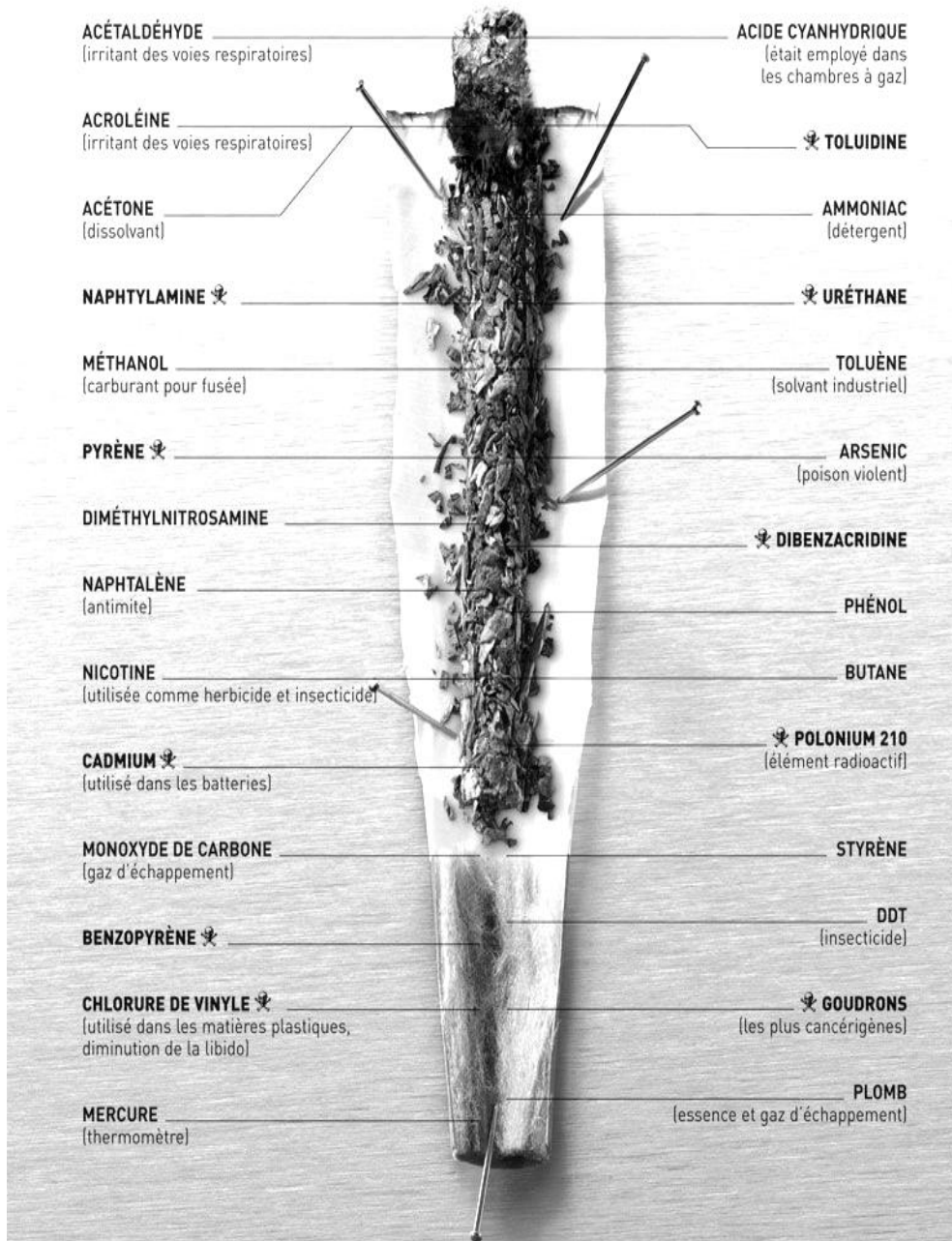


Figure 5 : Cancérigènes contenus dans la cigarette.

PREVENTION

Identifier les différents facteurs de risque au niveau de la population ou de l'individu permet de mettre en place des mesures de préventions afin d'éviter la survenue des cancers.

1. **La prévention primaire** des cancers concerne le grand public et s'articule autour de campagnes d'information. La lutte contre le tabagisme s'intègre dans ce type de prévention. C'est aussi le cas de la lutte contre l'alcoolisme, des conseils nutritionnels qui tendent à modérer la consommation de graisses animales et à augmenter la consommation de fruits et légumes ou la protection des travailleurs dans certains emplois exposé à des agents cancérigènes.
2. **La prévention secondaire** c'est le dépistage, la recherche systématique de cancers latents dans une population en bonne santé. Le but du dépistage est d'abaisser la mortalité liée au cancer, seul critère permettant de juger de son efficacité.
3. **La prévention tertiaire** des cancers s'adresse directement aux malades afin qu'ils abandonnent tout comportement à risque face au cancer.

Un certain nombre de règles sont proposées pour limiter le risque de cancer :

- ∇ Il faut limiter l'exposition à la pollution atmosphérique et les différentes expositions professionnelles à risque, en insistant sur le fait que le risque pour ces produits de provoquer des cancers est majoré chez les fumeurs.
- ∇ Il est conseillé de limiter sa consommation d'alcool à moins de deux verres par jour pour les hommes et moins d'un verre par jour pour les femmes.
- ∇ Le tabagisme actif et/ou passif est le premier risque à éradiquer.
- ∇ Surveiller son poids et son alimentation est essentiel. L'alimentation doit être variée et équilibrée, adaptée aux besoins métaboliques individuels.
- ∇ Une activité physique adaptée à la condition de chacun s'impose. Moralement et physiquement, les bienfaits de l'activité sportive sont démontrés. Elle contribue à l'entretien et au maintien de la santé. Une demi-heure de marche chaque jour ou une heure d'activité sportive

vigoureuse par semaine sont de bonnes habitudes à adopter pour limiter les risques de cancer.

- ▽ Chez les personnes à peau claire, notamment la population albinos, le port de vêtements longs, d'un couvre-chef et l'utilisation de crèmes solaires à forts indices de protection sont vivement encouragés.

DEPISTAGE

La détection d'un cancer à une phase précoce de son développement augmente considérablement les chances de réussite du traitement. Elle repose sur le dépistage, mais aussi sur l'éducation des patients au diagnostic précoce : les « signes d'alerte ».

Le dépistage est l'identification précoce, c'est-à-dire avant l'apparition de symptômes cliniques, d'un cancer ou de lésions précancéreuses au moyen de tests ou d'exams fiables et pouvant être appliqués rapidement. Ce dépistage est réalisable facilement pour les cancers du sein, du côlon et du col de l'utérus.

- ✓ Le frottis cervico-vaginal diminue la morbidité des cancers du col utérin. Réalisé tous les trois ans (ou plus chez les femmes à risque), il devrait être prolongé jusqu'à 65 ans au moins.
- ✓ La mammographie, en dépistage de masse, abaisse la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 ans et plus.
- ✓ Le dépistage de masse du cancer colorectal par les tests de recherche de sang dans les selles a montré aussi son efficacité.

(Cf. : http://www.ligue-cancer.net/article/743_prevention-les-mecanismes-d-action#sthash.u11Cc51l.dpuf)

POPULATIONS PARTICULIERES

1- Les enfants

La plupart des cancers de l'enfant enregistrés dans le monde (160.000 cas / an) touchent des enfants des pays en voie de développement avec une surmortalité difficilement acceptable. Actuellement, 16 à 20% des cancers de l'enfant sont guéris en Afrique subsaharienne tandis que ce pourcentage avoisine les 75% dans les pays économiquement avancés.

Ceci alors que l'on sait guérir certains cancers de l'enfant comme le lymphome de Burkitt.

2- Les personnes âgées

Une personne ayant plus de 65 ans est considérée comme âgée. Mais cette définition reflète mal l'âge physiologique (c'est-à-dire le fonctionnement des organes) qui peut être plus ou moins avancé pour le même âge civil en fonction des personnes. Les études concernant les particularités du cancer chez les personnes âgées restent rares notamment en ce qui concerne les traitements. Cependant on constate souvent que le cancer se développe moins vite que les sujets jeunes. Ce qui fait également que les traitements sont plus risqués puisque les capacités de récupération de l'organisme sont moindres.

Avant de décider un traitement il faudra donc vérifier au préalable le fonctionnement des organes (rein, foie, cœur) mais aussi les capacités cognitives et l'autonomie du malade dans les gestes de la vie quotidienne, en s'aidant au besoin de la famille. Ainsi on pourra évaluer la balance bénéfique/risque d'un traitement spécifique.

3- Les personnes vivants avec le VIH

Le dépistage est primordial chez les malades du VIH, le cancer représentant environ 1/3 des décès chez ces malades. Il faut penser notamment à dépister régulièrement le cancer du col utérin et du cancer anal.

Il faut savoir également que la mise sous traitement antirétroviral permet de réduire le risque de développer un cancer, le sur-risque disparaît même lorsque le taux de CD4 repasse au-dessus de la barre des 500/mm³.

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Le diagnostic de cancer est toujours un choc pour celui qui en reçoit l'annonce. La maladie pensée, vécue ou ressentie entraîne chez l'individu et son entourage de grands bouleversements émotionnels qui peuvent se traduire par une avalanche de craintes et de préoccupations concernant tous les aspects de sa vie.

C'est une nouvelle qui peut déstabiliser et briser l'équilibre de la vie du sujet atteint et de ses proches. La plupart des cancers bénéficient de traitements efficaces et de nombreuses guérisons sont possibles si le diagnostic est posé à temps. Ceci est possible par des moyens médicaux qui sont cependant exigeants, car longs, souvent pénibles et très onéreux dans notre contexte.

Le soutien psychologique apporte une aide pour traverser l'épreuve de la maladie et de la souffrance. Aucune douleur n'est uniquement « dans la tête », même si la cause physique de la douleur n'a pas encore été trouvée. Il ne s'agit pas d'une thérapie à proprement parler, mais plus d'une écoute et de conseils.

Le soutien psychologique est une des missions quotidiennes de tous les professionnels de santé. Les personnes atteintes de cancer peuvent vivre un grand stress devant les conséquences liées à la maladie et ses traitements : douleur, perte de capacités, changements dans l'apparence physique, dépendance, etc.

La maladie met à l'épreuve non seulement son corps, mais aussi ses croyances, ses émotions et ses relations. Rencontrer un psychiatre ou un psychologue peut être utile pour mieux communiquer, exprimer ses angoisses, poser des questions, réfléchir sur la maladie, la vie avant la maladie, l'avenir, les douleurs physiques et la souffrance morale.

A- LE PATIENT AUX PRISES AVEC SES EMOTIONS

Le cancer est une maladie de longue durée dont chaque étape se vit différemment. La période entre la découverte de quelque chose d'anormal et le diagnostic est souvent une période très difficile. Un grand stress peut être vécu par les personnes

atteintes de cancer non seulement devant les conséquences liées à la maladie et à ses traitements (douleurs, perte de capacités, changements dans l'apparence physique, dépendance, etc.) mais aussi dans les croyances, les émotions et les relations.

À chaque étape de la maladie, les patients et leurs proches peuvent voir leur caractère et leurs comportements se modifier. Les personnes malades donnent parfois l'impression à leurs proches d'être inquiètes, découragées ou bien irritables. Sans que ce soit délibéré, c'est le signe légitime de difficultés à vivre la maladie et ses différentes étapes.

1. Annonce du diagnostic

L'annonce de la maladie est le plus souvent soudaine et inattendue. Elle vient fortement perturber le patient et forcément l'équilibre familial. La période du diagnostic est une période de doute. L'attente des examens et de leurs résultats est la plupart du temps très mal vécue (solitude d'une angoisse difficile à partager).

Que ce soit pour un parent, un conjoint ou un ami, entendre parler de cancer fait peur. Le cancer évoque le plus souvent l'idée de la mort. L'annonce reste un moment très difficile à vivre pour le patient, mais aussi pour les proches. Il est fréquent que les patients appréhendent leurs réactions.

Il est normal pour le patient de vivre un choc, d'avoir de la difficulté à accepter le diagnostic, d'être en colère, de ressentir de l'injustice. Il peut aussi être inquiet durant l'attente de résultats ou face à des effets secondaires liés à un traitement, avoir peur de l'inconnu, éprouver de l'impuissance, sentir une perte de contrôle de sa vie, de la tristesse, de la culpabilité ou encore de la honte, et être préoccupé de l'impact sur ses proches.

2. Entrée dans les traitements

Prendre la décision de se soigner quand le traitement est disponible entraîne parfois une série de questionnements et de préoccupations. Le traitement sera-t-il efficace ? Vais-je pouvoir faire face aux dépenses ? Vais-je supporter le traitement ? Quel sera mon apparence physique ? Vais-je pouvoir supporter la douleur ? Mes proches seront-ils un soutien ? Dois-je en parler ? Etc. Les proches n'entrent pas obligatoirement en même temps que le patient dans l'histoire de la maladie. Ils peuvent être impliqués plus ou moins tardivement.

Cette période peut être bouleversante pour les proches et modifier leurs comportements de façon importante. Ils peuvent se sentir particulièrement angoissés, s'inquiétant notamment beaucoup pour le futur, bien plus que le patient lui-même. La maladie et les effets secondaires des traitements deviennent un souci permanent. Cette période perturbe souvent l'équilibre familial. Les rôles de chacun dans la famille peuvent se modifier.

3. Pendant les traitements

Cette période rythme le quotidien de la personne malade et de son entourage. Les séances de radiothérapie ou de chimiothérapie sont souvent suivies d'effets secondaires: fatigue, douleur, nausées, vomissements, mal-être, etc. C'est une période où les moments de découragement sont fréquents, aussi bien pour le patient que pour les proches qui l'accompagnent. Les arrêts de travail, déplacements à l'hôpital, bouleversements de l'organisation quotidienne vont avoir des conséquences au sein de l'entourage.

Le patient peut parfois s'enfermer progressivement dans la maladie. Dire les choses peut devenir de plus en plus difficile et il arrive que la communication avec l'entourage se coupe. Les proches peuvent très mal vivre cette période. Une réaction dépressive ou une dépression sont possibles. Le médecin prescrit, si cela s'avère nécessaire, des médicaments adaptés pendant quelques semaines à plusieurs mois.

Dans ces circonstances, les proches sont aussi confrontés à leurs peurs, souvent sans avoir l'occasion d'en parler. Or, parler de sa peur permet de l'atténuer. On connaît l'effet libérateur et calmant d'un entretien avec quelqu'un à qui confier ses soucis et ses angoisses. Exprimer ce que l'on ressent permet que les émotions comme la tristesse, la douleur et la colère s'accumulent moins. On diminue ainsi le risque d'en subir les effets à un moment où ils pourraient être gênants (visite des enfants, rencontre avec des amis...). Une communication franche entre la personne malade et ses proches crée un sentiment de solidarité et d'affection.

Certains proches ont tellement peur du cancer qu'ils évitent tout contact avec la personne malade. La peur de la maladie renvoie à sa propre mort, à la crainte d'être eux-mêmes atteints plus tard, ou tout simplement de ne pas être capables de supporter la détresse du patient et ses émotions parfois violentes. Les proches peuvent se sentir démunis, impuissants face aux émotions de la personne malade. «Que dois-je faire ? » est une question fréquente chez les proches de patients.

Des proches ayant vécu la même situation peuvent être d'un très grand soutien, ils conseillent de tenter de comprendre et de s'appropriier la maladie. Cette immersion permet de mieux écouter et mieux accompagner la personne malade.

Certains patients peuvent chercher à protéger leurs proches de la souffrance qu'ils ressentent, ou tiennent à conserver leur rôle dans leur famille. Ils font alors le choix de ne pas leur parler de la maladie tout de suite. Quand le patient se sent prêt et qu'il décide d'en parler, plutôt que de lui reprocher d'avoir attendu, les proches peuvent tenter de faire preuve de compréhension face à ce silence.

D'autres préfèrent se confier dès le départ, mais le plus souvent, ils ne savent pas comment en parler. Leur médecin peut les conseiller à ce sujet. Certains patients préfèrent que ce soit le médecin qui annonce la maladie à leurs proches.

Quel que soit le choix effectué, dans tous les cas, les proches sont fortement touchés par l'annonce d'un cancer, chacun différemment selon le lien qu'il a avec la personne malade. Tout au long de ce parcours, le patient doit faire face à des délais et à des ajustements nécessaires à son traitement. Chaque personne réagit différemment. Il est donc essentiel de développer sa propre façon de faire face à chacune des étapes de la maladie et des traitements. Certaines de ces étapes peuvent s'avérer vraiment difficiles et certaines réactions inadaptées apparaître.

B- LES REACTIONS FREQUENTES

Manifestations comportementales:

Perte d'intérêt pour les activités quotidiennes
Comportement agressif
Tendance à s'isoler,
Éviter la famille et les amis
Contrôle excessif des habitudes vie

Manifestations physiques:

Maux de ventre
Perde d'appétit
Insomnies
Tensions musculaires
Maux de tête
Manque d'énergie, fatigue
Difficulté de concentration, d'attention ou de mémoire.

Réactions fréquentes

Manifestations émotionnelles:

Pleurs
Irritabilité
Anxiété
Colère

Manifestations liées aux pensées:

Inquiétudes et craintes importantes
Pensées mal ajustées à la réalité de la maladie
Pensées concernant la mort
Pensées suicidaires

Manifestations liées aux croyances:

Sentiment d'être coupable ou responsable de la maladie
Croyances au sujet de l'origine de la maladie
Manque d'estime de soi, dévalorisation

Cf. www.ligue-cancer.net

Des réactions mises dans le graphique ci-dessus, si certaines deviennent persistantes en entretenant une souffrance importante et même constante, empêchant de ce fait un fonctionnement normal, il est important d'en faire part à un professionnel car cela est synonyme de détresse psychologique.

Le soutien psychologique apporte une aide pour traverser l'épreuve de la maladie et de la souffrance. Lorsqu'un psychologue ou un psychiatre travaillent en cancérologie, on parle de psycho-oncologues.

Dans notre contexte il serait souhaitable que les établissements de soins proposent un accompagnement psychologique pendant et après la maladie. Une équipe pluridisciplinaire serait un atout majeur dans l'écoute et l'aide aux patients et à leurs proches. Cela permettra de résoudre les difficultés liées à:

1. L'information et la communication

Il est très important de communiquer sur le malade et la maladie pour éviter ou tout au moins atténuer la survenue des crises d'angoisse. Ce que le patient comprend de sa maladie, des risques et des dangers qu'il encourt, ainsi que les espoirs qu'il peut avoir quant à l'efficacité des traitements vont influencer sa manière de voir et de ressentir la maladie.

Il n'est cependant pas aisé pour le personnel soignant d'aborder ces différentes questions parce que ce sont souvent des sujets délicats qui obligent à envisager les limites, les échecs des traitements. Et les soignants comme les personnes malades hésitent à engager de telles discussions par crainte de faire naître un certain désespoir. Il faut donc d'abord que les patients puissent faire part en toute confiance de leurs interrogations, de ce qu'ils imaginent à tort ou à raison. Ce qui va permettre au professionnel de donner des informations progressives sans brutalité ou surprise en aidant le patient et son entourage à se faire une idée réaliste mais nuancée de sa situation médicale.

2. La gestion des émotions

Comme nous l'avons souligné plus haut, confrontées à une situation menaçante et inattendue, les personnes malades ressentent diverses émotions. Ces dernières peuvent être d'une intensité très violente ou envahissante au point de perturber gravement leurs comportements et la réalisation des activités du quotidien comme

l'excès d'angoisse qui « paralyse » les pensées et inhibe la capacité de communiquer, de décider.

Il faut pouvoir en parler et les « partager » avec le personnel soignant et surtout avec l'entourage pour essayer de trouver de l'apaisement et obtenir l'expression de leur affection, compréhension, solidarité ce qui redonne courage et vitalité.

Certaines méthodes psychocorporelles (la relaxation, l'hypnose, la sophrologie), physiques (la kinésithérapie, le chaud et le froid, l'acupuncture), le soutien des tiers par le canal des groupes de parole peuvent aider dans la gestion des émotions et de la douleur et accompagner ainsi le patient et ses proches dans ses efforts pour guérir ou aller mieux malgré la maladie.

Tout ceci va permettre au patient et à ses proches de retrouver une continuité dans ses projets de vie, son schéma corporel, son image de soi, sa confiance en soi et permettre que cette expérience de la maladie lui donne une meilleure compréhension de lui-même. Beaucoup d'interrogations font surface lorsque une personne est face à la maladie parce qu'inconsciemment nous nous percevons immortel et la maladie grave ou létale nous met face à notre propre finitude.

D'où la nécessité de faire appel aux professionnels de la santé mentale, psychiatre et ou bien psychologue, pour accompagner les patients et leurs proches dans les différentes étapes de la maladie. Cela permettra de voir le cancer autrement en combattant les idées reçues et ainsi diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle.

TRAITEMENT

1- Chirurgie

La chirurgie est un pilier du traitement du cancer. Pendant très longtemps, la chirurgie a même été le seul traitement des tumeurs solides. C'est un traitement local dont le but est d'enlever la tumeur, les ganglions correspondants et parfois d'éventuelles métastases. (www.e-cancer.fr). On parle aussi d'« ablation » ou d'« exérèse » de la tumeur ou de la lésion cancéreuse.

Utilisée seule, la chirurgie concerne les formes localisées de cancers, découvertes à un stade précoce, suffisamment petits pour être enlevé en une seule fois. L'objectif est alors de guérir le cancer par ce seul geste. Il est indispensable que le bilan préalable (imagerie...) établisse que la maladie ne s'est pas propagée ni localement ni ailleurs dans le corps, pour pouvoir espérer cette guérison.

Dans les autres situations, c'est-à-dire quand le cancer est déjà trop étendu (ce qui est fréquent quand il est diagnostiqué tardivement), la chirurgie peut rester utile, mais alors en association avec d'autres traitements qui sont la chimiothérapie et/ou la radiothérapie. Ces traitements sont dits « néo adjuvants » quand ils sont réalisés avant la chirurgie, ou « adjuvants » lorsqu'ils sont réalisés après.

2- Chimiothérapie

La chimiothérapie repose sur l'utilisation de médicaments qui agissent essentiellement sur les cellules en division, qu'elles soient tumorales ou normales. Ils peuvent cibler l'ADN ou les enzymes nécessaires dans sa réplication ou encore la formation des fuseaux mitotiques nécessaires à la division de la cellule. Ils interrompent ainsi le cycle cellulaire, ce qui finit par détruire cette cellule.

Ces médicaments sont efficaces grâce à un effet différentiel, c'est-à-dire que les cellules tumorales sont plus sensibles que les cellules normales parce que les tissus tumoraux présentent généralement une forte activité de division cellulaire. Il découle également de ce principe que les tumeurs moins proliférantes sont peu sensibles à la chimiothérapie et les tissus sains à prolifération rapide sont atteints (d'où les toxicités digestives, hématologiques, capillaires).

De plus, le délai entre 2 cures est calculé pour permettre aux cellules normales de récupérer, ce qu'elles ont la capacité de faire plus rapidement que les cellules cancéreuses.

On différencie donc :

- ✓ Les tumeurs dont la réponse est rapide et complète à la chimiothérapie, aboutissant à la guérison : *Leucémies, lymphomes, cancer du testicule*
- ✓ Les tumeurs au départ très sensibles à la chimiothérapie mais qui progressivement deviennent résistantes et récidivent, aboutissant au décès du patient : *cancers du sein, de l'ovaire, du poumon à petites cellules*
- ✓ Tumeurs d'emblée peu sensibles à la chimiothérapie : *cancers du poumon non à petites cellules, du col utérin, ORL, mélanome, du rein*

Il existe plusieurs familles de médicaments de chimiothérapie (Tableau 1) qui diffèrent par leur mode d'action, leur efficacité en fonction des types de cancer, et par leur toxicité. L'association simultanée de plusieurs molécules de chimiothérapie augmente l'efficacité en multipliant les cibles cellulaires, limite l'émergence de clones résistants et diminue le risque de métastases. Il est en revanche essentiel de ne pas associer des molécules qui ont le même profil de toxicité, pour ne pas les majorer. Pour chaque cancer des recommandations internationales précisent le nombre de cures qui seront nécessaires, l'intervalle entre 2 cures et l'adaptation des doses en fonction des paramètres du patient (âge, poids, surface corporelle, fonction rénale...).

Les toxicités peuvent être une limite importante à la tolérance de la chimiothérapie (les plus fréquentes sont : fatigue, nausées, vomissements, majoration du risque infectieux, parfois mortel). Mais nombreuses sont celles qui peuvent être prévenues. Il existe aujourd'hui un arsenal thérapeutique large qui permet de mieux supporter ces traitements et de contrôler ces effets secondaires quand ils surviennent.

La chimiothérapie peut être prescrite à différents moments de la maladie, avant ou après une chirurgie, ou lorsque la maladie est déjà avancée. Elle est souvent associée à la radiothérapie dans les stades loco-régionaux non opérables. Dans le cas d'une maladie avancée, elle a d'abord pour but la qualité de vie en ciblant les symptômes d'inconfort et ensuite, si possible, la prolongation de la vie.

Enfin, il existe plusieurs modes d'administration. Elle peut se faire en perfusion ou par comprimés, parfois par injection locale (intra-thécale, intra- hépatique ...).

Tableau 1 : Liste des différentes molécules de chimiothérapie avec leurs spécificités.

FAMILLE	CHEF DE FILE	ANALOGUE	CIBLE	EFFETS SECONDAIRES	INDICATION
Anthracyclines	Adriamycine	Farmorubicine	ADN (intercalation) Topoisomérase II	Cardiotoxicité Neutropénie Alopécie	Sein Autres
Alkylant	Cyclophosphamide	Ifosfamide	ADN	Neutropénie Toxicité vésicale	Sein Poumon
Sels de Platine	Cisplatine	Oxaliplatine Carboplatine	ADN (Alkylation) Protéines cytoplasmiques Mitochondrie	Néphrotoxicité Neurotoxicité Anémie Vomissements	Très large Oxaliplatine : cancer colique
Vinca-alkaloïdes	Vincristine	Vinorelbine	Tubuline : inhibe la polymérisation	Neurotoxicité	Poumon, Sein
Taxanes	Paclitaxel	Docetaxel	Tubuline : inhibe la dépolymérisation	Neurotoxicité Alopécie Neutropénie	Sein Ovaire
Inhibiteurs de	CPT-11		Topoisomérase I	Diarrhées	Colon
Inhibiteurs de Topoisomérase II	Etoposide		Topoisomérase II	Neutropénie	Poumon Testicule
Antimétabolites	5FU Methotrexate	Capecitabine	Inhibe la TS Inhibe la DHFR	Mucite Diarrhées Mucite Neutropénie	Colon Sein Sein Ostéosarcome
Nitrosurée	BCNU	CCNU Fotémustine	Alkylation	Thrombopénie	T. Cérébrales Mélanome
divers	Bléomycine		intercalant	Toxicité Pulmonaire	Poumon, testicule

3- Radiothérapie

Dans le traitement du cancer, environ 2/3 des patients seraient susceptibles de recevoir de la radiothérapie, ce qui n'est actuellement pas le cas du fait de la non disponibilité de ce traitement au Cameroun (en dehors théoriquement de Yaoundé et Douala) et du fait de son prix non négligeable. Elle nécessite en plus au préalable la réalisation d'un scanner dédié au ciblage de la tumeur à l'aide de logiciels spécialisés.

La radiothérapie est un traitement qui utilise les rayonnements naturels ou artificiels de certains atomes. Ces rayonnements, utilisés à forte dose, sont canalisés et projetés sur la région concernée, le malade étant souvent allongé sous la source radioactive, orientée à l'aide d'un bras mobile (Figure 6). C'est en traversant les tissus malades que les rayonnements vont provoquer des lésions irréparables soit de manière directe par un effet ionisant, en lésant



Figure 6 : Installation d'un patient pour une séance de radiothérapie.

l'ADN (cassure simple ou double brin...), soit de manière indirecte par radiolyse de l'eau, en créant des radicaux libres, toxiques pour la cellule.

La radiothérapie est utilisée à la fois dans une perspective de guérison ou « curative » comme dans le cancer du canal anal, ou dans la perspective de prévenir une récurrence au niveau d'un site opératoire comme dans le cancer du sein par exemple. Mais elle est également nécessaire pour le soulagement des symptômes d'inconfort dans une perspective « palliative ». C'est un traitement efficace des douleurs ou des compressions de la moelle épinière liées aux métastases osseuses, des symptômes d'hypertension intracrânienne liés aux métastases cérébrales ou encore des hémorragies liées aux cancers du poumon.

Comme pour la chimiothérapie, des standards internationaux permettent de décider en fonction des localisations le nombre de séances, les doses et la fréquence nécessaires pour une efficacité et une tolérance optimale.

Toutes les tumeurs et tous les malades n'ont pas la même sensibilité aux rayonnements ou « radiosensibilité ». Celle-ci détermine aussi l'importance des effets secondaires qui peuvent concerner tous les tissus traversés par les rayons et situés à proximité de la tumeur. Ces réactions peuvent être précoces et généralement réversibles (brûlures cutanées ou « radiodermite », diarrhées si les rayons traversent les intestins) ou tardives et souvent irréversibles, plusieurs mois voire plusieurs années après le traitement (lésions cicatricielles sur la vessie, le rectum ou la moelle épinière).

Ces toxicités sont atténuées par la précision des calculs, et par le développement de nouvelles techniques de modulation des débits de doses, de stéréotaxie...

4- Soins palliatifs

Le mouvement des soins palliatifs a débuté en Angleterre dans les années 60 sous l'impulsion de Mme Cécile Saunders. Les soins palliatifs s'attachent à mettre le malade au centre des décisions de soins, dans une approche globale et multidisciplinaire. La préoccupation de l'équipe médicale concerne surtout la qualité de la vie plutôt que la sa durée. Il s'agit de prévenir et/ou de traiter tous les symptômes qui constituent un inconfort (douleur, asthénie, dyspnée), qu'ils soient liés à la maladie ou à ses traitements, en prenant en compte toutes les dimensions de la personne : physiques, psychologiques, sociales et spirituelles.

Par exemple, on estime que 80% des personnes atteintes de cancer présentent des douleurs dans la phase terminale de la maladie (OMS, 2004).

L'idéal est donc de débiter ces soins dès le diagnostic de la maladie, ce qui permet d'accompagner le malade (et aussi sa famille) dans les différentes étapes de la maladie : rémission, récurrence, ou fin de vie. La mort est considérée comme un processus normal que les soins palliatifs ne précipitent et ne retardent pas. Ils agissent de manière complémentaire avec les traitements spécifiques.

La figure 7 illustre bien la dynamique de ce processus, la gestion du deuil faisant partie intégrante des soins palliatifs. L'écoute même doit être un temps actif pour le soignant.

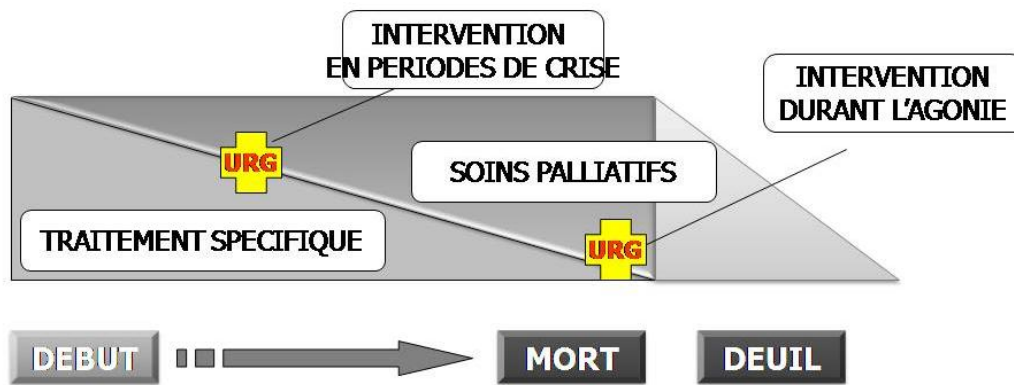


Figure 7 : Modèle coopératif d'intervention en soins palliatifs.

Ainsi il n'y a jamais de situation où « Il n'y a plus rien à faire ». Il y a toujours une amélioration possible de l'accompagnement du malade et de sa famille, toujours un contrôle plus optimal à envisager des symptômes d'inconfort.

CONCLUSION

Pour conclure, la multiplication des cas de malades atteints de cancer dans les pays en développement doit être prise extrêmement au sérieux par les pouvoirs publics mais aussi et avant tout par chaque soignant à son niveau. Pour ne pas laisser de place à l'ignorance qui occasionne trop de souffrance.

Les conséquences du cancer sur le corps et sur le psychisme de la personne malade sont connues de manière détaillée et peuvent ainsi être anticipées et donc accompagnées de manière à apporter au malade et à sa famille un soulagement dans cette épreuve.

N'oublions pas que les traitements existent, même si leur disponibilité ne peut qu'être améliorée. La meilleure connaissance des facteurs de risque devrait permettre d'aboutir à une réduction du nombre de cancers. Il en est de même pour les actions de prévention au niveau individuel et sociétal.

Nous espérons que ce guide permettra de répondre aux questions que peuvent se poser le lecteur sur le cancer, en permettant ainsi une meilleure prise en charge de ces malades, toujours plus nombreux. Chacun à son niveau peut travailler pour inverser cette tendance !