

info cancer

n°92 mars 2018

**Cancer:
comment en
parler aux
enfants**

**Fondation
Cancer**

Info · Aide · Recherche

Notre conseil d'administration

Présidente d'honneur: S.A.R. la Grande-Duchesse

Président: Dr Carlo Bock

Vice-présidents: Dr Danielle Hansen-Koenig et Dr Jean-Claude Schneider

Membres: M^e Tom Loesch, M. Yves Nosbusch et Dr Fernand Ries

Notre équipe

Directrice: Lucienne Thommes

Collaborateurs: Alain Cunisse, Claudia Gaebel, Manon Kucharczyk, Maiti Lommel, Madalena Lopes Rosa, Maïke Nestriepke, Charlotte Pull, Isabelle Prime, Nathalie Rauh, Catherine Richard, Martine Risch, Tiffany Saska, Barbara Strehler et Alexa Valentin

Nos coordonnées

209, route d'Arlon • L-1150 Luxembourg

Tél. 45 30 331 • Fax 45 30 33 33
www.cancer.lu • fondation@cancer.lu

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

Accès: en bus, ligne 22 et ligne 28 (Stade Josy Barthel)
Parking réservé aux patients (derrière la maison)
RCS Luxembourg G 25

infocancer n°92

Nombre d'exemplaires: 87 000

Impression: Techprint (imprimé au Luxembourg)

Mise en page: Bakform

Photos: © iStock, Photocase, Shutterstock, Claude Piscitelli

Abonnement: gratuit sur simple demande

Les traductions respectives des articles en français ou allemand sont disponibles sur www.cancer.lu

Die jeweiligen Übersetzungen der Artikel auf Französisch oder Deutsch finden Sie auf www.cancer.lu

Toutes les actions de la Fondation Cancer ne sont possibles que grâce à la générosité des donateurs.

Chacun peut, si le cœur lui en dit, soutenir les initiatives de la Fondation Cancer en faisant un don fiscalement déductible au:

CCPL IBAN LU92 1111 0002 8288 0000

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

www.cancer.lu

Retrouvez-nous sur :



Éditorial



LUCIENNE
THOMMES
Directrice

Chère lectrice, cher lecteur,

La vie. Parler de la vie, de toute la vie, c'est aussi évoquer la mort.

J'en conviens, le sujet est difficile pour ne pas dire tabou. Mon intention, cette fois-ci, est d'essayer – modestement – de lever un pan de ce tabou culturel, d'éviter de le contourner comme si la mort n'existait pas et de proposer un cheminement aux lecteurs traversant une phase de deuil.

Voyez-vous, ce magazine, est comme la vie, c'est pourquoi, je propose également un sujet plus optimiste. C'est le grand évènement annuel de la Fondation Cancer, le *Relais pour la Vie*. Pour les lecteurs fidèles, vous connaissez bien ce beau moment de solidarité. Alors découvrez son programme de l'édition 2018.

Bonne lecture.

Liebe Leserin, lieber Leser,

Das Leben. Wenn man vom Leben spricht, gehört auch der Tod dazu.

Zugegeben – das Thema ist schwierig, ja häufig sogar ein Tabu. Ich habe für diese Ausgabe behutsam den Schleier der Sprachlosigkeit gelüftet, der in unserer Kultur angesichts des Todes vorherrscht, um Trauernden mögliche Wege im Umgang mit dem Verlust aufzuzeigen.

Doch dieses Magazin ist wie das Leben. Darum widme ich mich auch einem Thema, das optimistisch stimmt. Gemeint ist der *Relais pour la Vie*, die große jährliche Veranstaltung der Fondation Cancer. Unseren treuen Leserinnen und Leser muss ich sicherlich nicht erklären, was es mit dieser Solidaritätsaktion für Krebspatientinnen und -patienten auf sich hat. Stöbern Sie in aller Ruhe im Programm für die Auflage 2018.

Viel Spaß beim Lesen.

- 5
Cancer du poumon
- 11
Alcool et cancer
- 15
Signes d'alarme de cancer
- 17
Bourse
- 19
Trauerarbeit
- 24
Comment en parler aux enfants?
- 28
Relais pour la Vie
- 30
Onkologische Kosmetik

NEWS

Neue Ausgabe: den insider**Love hurts: Was der Tod einem nimmt**

Der Tod ist eine stetige Unbekannte. Wie sehr man sich auch bemüht, das Ableben eines geliebten Menschen anzunehmen – einen solchen Verlust zu erleiden, bringt einen oft an die eigenen Grenzen.

Dass Tod und Trauer aber nicht nur Trostlosigkeit bedeuten, beweist die neue Ausgabe des *den insider*. Neben medizinisch-psychologischen Ratschlägen von Experten kommen auch betroffene Jugendliche zu Wort, die ihre eigenen Wege gefunden haben, mit dieser Ausnahmesituation klarzukommen.

Das aktuelle Heft benennt zudem die häufigsten vermeidbaren Todesursachen und bietet weitere wissenswerte Informationen über dieses häufig tabuisierte Thema. Es enthält Vorschläge für einen heilsameren Umgang mit sich selbst, listet Anlaufstellen auf und vermittelt so der jungen Leserschaft in schweren Zeiten ein Gefühl von Empathie.



Die Jugendzeitschrift *den insider*, die auch auf Französisch erscheint, wird vier Mal pro Jahr von der Fondation Cancer herausgegeben und wendet sich an Jugendliche im Alter von 12 bis 16 Jahren. Ziel ist es, Teenager altersgerecht an Gesundheitsthemen heranzuführen, indem sie interessante Hintergrundinformationen erhalten. Zudem weist die Broschüre präventiv auf Risikofaktoren für Krebs hin – wie zum Beispiel rauchen, Alkoholkonsum, Bewegungsmangel oder ungesunde Ernährung.

den insider Nr. 72 sowie sämtliche anderen Ausgaben der Zeitschrift der Fondation Cancer können Sie unter www.cancer.lu downloaden. Außerdem ist die Zeitschrift (im Abonnement oder einzelne Ausgaben) kostenlos bei der Fondation Cancer (T 45 30 331, E fondation@cancer.lu) erhältlich.



Le cancer du poumon*

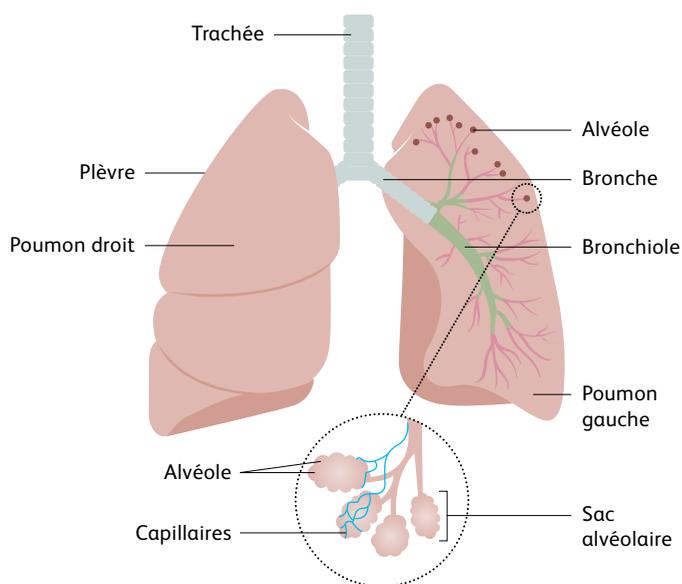


DR JEAN-CLAUDE SCHNEIDER

Pneumologue

Vice-président de la Fondation Cancer

*Président de l'Association Luxembourgeoise
Contre les Maladies Respiratoires*



Anatomie et fonction des poumons

L'être humain a deux poumons, un droit et un gauche qui sont situés dans la cage thoracique. Le droit se subdivise en trois lobes et le gauche en deux lobes. La trachée, les bronches souches, les bronches segmentaires et sous segmentaires conduisent l'air inhalé jusqu'aux alvéoles où ont lieu les échanges gazeux à savoir la captation d'oxygène et le rejet de gaz carbonique. Le diaphragme et les muscles de la cage thoracique assurent la ventilation.

Epidémiologie

Au Luxembourg, il y a eu, en 2014, 74 nouveaux cas de cancer de poumon chez la femme, 136 chez l'homme (chiffre du Registre Morphologique des Tumeurs). Au niveau mondial, on comptait en 2012 1,8 million de nouveaux cas dont 58 % dans les pays en voie de développement.

**Nous ne traitons ici que les cancers dits non à petites cellules, qui sont de loin les plus fréquents (plus ou moins 80 % des cancers du poumon).*

D'après les statistiques des causes de décès de 2014, le cancer du poumon reste la première cause de mortalité par cancer chez l'homme au Luxembourg avec 177 décès suivi du cancer du côlon (51 cas) et de la prostate (50 cas). Chez la femme, c'est le cancer du sein qui est le plus meurtrier avec 86 cas, mais suivi de très près par le cancer du poumon (85 cas). Par rapport à 2002, la mortalité a augmenté chez l'homme de 149 à 177 cas, alors que chez la femme elle est passée de 36 à 85 cas. Il est à prévoir que le cancer du poumon va dans les prochaines années dépasser celui du sein pour la population féminine en ce qui concerne la mortalité comme c'est déjà le cas aux Etats-Unis. Dans le monde, chaque minute trois personnes décèdent de ce cancer.

Les facteurs de risques

Le **tabagisme actif** est responsable de 80 % des cas de cancer du poumon. La fumée de tabac contient des substances cancérigènes notamment les goudrons avec les hydrocarbures aromatiques polycycliques comme le 3,4-benzopyrène et les nitrosamines. Le **tabagisme passif** est également reconnu comme cancérigène certain par le Centre International de Recherche sur le Cancer avec augmentation du risque de 25 % et responsable de 6 % de ce type de cancer.

Plus on commence jeune, plus le risque est élevé. En effet, débiter le tabac à 15 ans double le risque par rapport à un début à 20 ans.

Parmi les facteurs professionnels, l'**amiante** multiplie le risque de cancer pulmonaire par cinq chez le non-fumeur et par 50 chez le fumeur. Retenons

encore comme causes le **chrome**, le **nickel**, les **radiations ionisantes** ainsi que le **radon** faiblement radioactif présent dans les sols. Les **vapeurs de gasoil** et les **particules fines** émises par les moteurs diesel sont reconnues comme cancérigènes certains. Dans le cadre des discussions actuelles au Luxembourg sur le transport routier, il ne faudra pas négliger ce risque de même que celui des stations-service.

En Asie, c'est l'exposition de femmes non-fumeuses à des vapeurs de cuisson dans des locaux exigus et fermés qui est très vraisemblablement à l'origine de cancers pulmonaires.

La symptomatologie clinique

Le problème du cancer du poumon réside dans le fait qu'on le diagnostique relativement tardivement, souvent à un stade déjà avancé en raison de symptômes peu spécifiques. La **toux**, si elle semble banale chez un fumeur souvent atteint de BPCO (bronchite chronique) doit attirer l'attention si elle se modifie et s'aggrave. Elle peut être liée à une tumeur d'une grosse bronche. Des **crachats de sang** doivent évidemment alerter. Un **essoufflement à l'effort**, des **douleurs thoraciques**, des **infections bronchiques à répétition**, une **modification de la voix** sont d'autres signes qui peuvent être révélateurs. Une **baisse de l'état général** et une **perte de poids** doivent alerter chez un fumeur. Des déformations des doigts en baguettes de tambour sont plus rares.

Le dépistage du cancer du poumon par scanner low-dose

Il y a six ans, une vaste étude américaine la *National Screening Trial* incluant 53 000 fumeurs actifs âgés de 55 à 74 ans cumulant au moins 30 paquets/années** et des anciens fumeurs ayant cessé leur tabagisme depuis moins de 15 ans a permis de dépister par **scanners à faible dose**, réalisés à trois reprises à un an d'intervalle, de nombreux cancers à un stade précoce et de les traiter chirurgicalement, ce qui a permis de réduire la mortalité spécifique de 20 % et la mortalité globale de 6 %. Les fumeurs devaient par ailleurs s'engager dans une démarche de sevrage tabagique.

Ce dépistage est actuellement proposé à l'échelle individuelle au Luxembourg par des équipes bien rodées pouvant assurer la prise en charge à tous les niveaux, notamment chirurgical et dans le respect des critères de l'étude américaine.

Le tabagisme actif est responsable de 80 % des cas de cancer du poumon.

Les examens complémentaires

- Bilan radiologique

Le cancer du poumon suspecté sur une radiographie standard est mieux précisé par un **scanner thoracique** avec injection de produit de contraste. Il donne des informations sur la taille, la localisation, sur un éventuel envahissement de structures voisines, sur l'atteinte ou non des ganglions et l'accessibilité au bronchofibroscopie.

- Pet-scanner

Cet examen étudie l'activité biologique du corps entier en dehors du crâne après l'injection d'un traceur radioactif qui se fixe là où l'activité est la plus intense, ce qui est le cas des cancers. Il se fixe sur la tumeur, mais également sur les ganglions envahis et les métastases (osseuses, hépatiques, surrénaliennes...).

- IRM cérébral

Cet examen recherchera d'éventuelles métastases à ce niveau.

- Bronchofibroscopie

Le médecin recourt à cet examen pour, d'une part, obtenir un **diagnostic histologique** précis du type de la tumeur et pour rechercher une éventuelle **mutation** EGFR ou un réarrangement ALK qui influencent le traitement lorsqu'ils sont mis en évidence. Actuellement, il faut aussi systématiquement rechercher pour la même raison l'expression PDL1 de la tumeur. Cet examen précise en outre le degré d'extension de la tumeur dans les bronches qui est souvent sous-estimé par l'imagerie.

Le bronchofibroscopie est un appareil souple, de petit diamètre, qui est introduit après une anesthésie locale

et prémédication, par une narine jusqu'au niveau des cordes vocales pour passer entre elles dans la trachée. Il permet de visualiser tout l'arbre bronchique qui est systématiquement exploré.

Un cancer peut se présenter sous la forme d'un bourgeon obstruant partiellement ou totalement une bronche, sous la forme d'un rétrécissement régulier ou irrégulier ou sous la forme d'un envahissement de la muqueuse.

- L'écho-endoscopie bronchique

En cas de ganglion suspect sur le scanner ou le Pet-scanner le long de la trachée ou des grosses bronches, il faut, pour préciser le stade du cancer, réaliser cet examen sous anesthésie générale et pratiquer des ponctions transbronchiques à la recherche de cellules malignes. En cas de résultat positif, on ne pourra pas envisager de traitement chirurgical. Rarement lorsqu'on n'arrive pas à accéder au ganglion, il faudra envisager une médiastinoscopie chirurgicale.

- La ponction trans-thoracique sous scanner

Elle est réalisée après anesthésie locale sous contrôle scannographique en cas de lésion tumorale suspecte périphérique à l'aide d'une aiguille.

- Les explorations fonctionnelles respiratoires

Il est important de pratiquer des explorations fonctionnelles respiratoires complètes (bodyplethysmographie) afin de juger de l'éventuelle opérabilité d'une tumeur cancéreuse et afin de renseigner le chirurgien sur les limites admissibles d'une éventuelle résection chirurgicale. Dans ce contexte, la réalisation d'un ergospiromètre qui est un test à l'effort à la fois respiratoire et cardiaque sur bicyclette permet d'explorer les réserves fonctionnelles du patient. Ce bilan est finalement complété par une scintigraphie

1^{ère} photo : grosse tumeur de la trachée obstruant 3/4 de sa lumière.

2^e photo : repermeabilisation pratiquement complète après électrocoagulation au plasma d'argon.



pulmonaire qui explore la ventilation et la perfusion des différents territoires pulmonaires.

La réunion de concertation pluridisciplinaire

Actuellement les modalités de prise en charge d'un patient atteint d'un cancer du poumon sont impérativement discutées lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire à laquelle participent des pneumologues ayant une formation spécifique en oncologie thoracique et habilités à pratiquer les chimiothérapies. Les autres participants sont : un radiologue, un radiothérapeute, un chirurgien thoracique spécialisé en cancérologie, un médecin spécialisé en médecine nucléaire. Une infirmière spécialisée s'occupe du dossier du patient et de son suivi, organise les rendez-vous, assure une prise en charge psychologique. Un rapport détaillé de cette réunion avec plan précis du traitement proposé est rédigé et expliqué au patient.

En fonction du type de cancer, du stade, de l'état général, de l'indice de performance, de la fonction respiratoire et de l'âge, le médecin proposera toujours, si cela est possible une résection chirurgicale. Si tel n'est pas le cas, il faudra envisager une radiothérapie souvent associée à la chimiothérapie, une chimiothérapie seule, un traitement ciblé ou une immunothérapie.

Globalement 20 % des cas sont opérables, 35 % inopérables et 45 % sont métastatiques.

Le traitement

- La chirurgie thoracique

Elle doit toujours être pratiquée lorsqu'elle est possible, en fonction du stade de la maladie, de la fonction respiratoire et en absence de comorbidités sévères.

Actuellement, la chirurgie vidéo-assistée est devenue la voie d'abord de référence pour les ablations type lobectomie (ablation d'un lobe pulmonaire) associée à un curage ganglionnaire complet. Ceci permet d'enlever la totalité de la tumeur et de vérifier que les ganglions ne sont pas encore atteints par le cancer. Cette chirurgie est beaucoup moins traumatisante que la thoracotomie classique. En effet, le chirurgien ne pratique que deux petites incisions thoraciques entre les côtes par lesquelles il introduit les instruments et la caméra. Le retour à domicile du patient peut se faire au bout de six jours. En fonction

du stade de la maladie, la chirurgie peut être associée à la chimio- et radiothérapie, mais les meilleurs résultats sont obtenus lorsqu'on a besoin de recourir uniquement à la chirurgie. Celle-ci doit être pratiquée par un chirurgien thoracique ayant une grande expérience de cette technique. Signalons que depuis peu, une nouvelle technique venue de Chine, et déjà appliquée par un centre médico-thoracique au Luxembourg, permet de réaliser ce type d'intervention avec une seule incision pour introduire tous les instruments (Vats Uniportal).

- La chimiothérapie

Elle garde une grande place dans le traitement du cancer pulmonaire et peut être associée à la chirurgie et à la radiothérapie. Actuellement, on emploie surtout le Cisplatine associé au Pemetrexed ou au Paclitaxel pendant quatre cures espacées de trois semaines. En cas de réponse incomplète, un traitement de maintenance à base d'un seul médicament peut être proposé dans le but de contrôler la maladie le plus longtemps possible. La chimiothérapie est indiquée dans les cancers localement avancés inopérables souvent en association avec la radiothérapie ou lorsque la maladie est métastatique.

Les nausées et les vomissements sont les effets secondaires les plus fréquents. Ils sont souvent prévenus par la prescription d'antiémétiques. Par ailleurs, une chute des globules rouges et ou blancs peut survenir. En cas d'infection, il faut souvent hospitaliser les patients. Enfin une chute des cheveux est possible.

- La radiothérapie

Le plus souvent combinée à la chimiothérapie elle garde une place importante dans le cas de cancers localement avancés. Depuis plusieurs années on utilise la radiothérapie stéréotaxique robotisée par Cyberknife qui est une radiothérapie très focalisée ne nécessitant que quelques séances, indiquée dans les cancers périphériques de petite taille, mais ne pouvant être opérés en raison de contre-indications respiratoires ou extra-respiratoires (terrain, refus de la chirurgie).

Ce traitement précédé de la mise en place de repères (clips) au niveau de la tumeur sous contrôle radiologique peut entraîner des survies à long terme. La radiothérapie peut enfin être utilisée pour combattre des douleurs liées à l'envahissement de la paroi thoracique par le cancer.



Vidéobronchoscope souple

- Les traitements ciblés

Grâce à la découverte d'altérations moléculaires tumorales concernant la mutation de gènes (EGFR, Kras, HER2, BRAF) ou des réarrangements (ALK, Ros1, Met) de nouveaux médicaments ont été développés. Ces anomalies doivent être systématiquement recherchées par le Laboratoire National de la Santé lorsque le diagnostic histologique d'adénocarcinome a été posé. En effet, nous disposons actuellement de médicaments qui inhibent la tyrosinekinase de l'EGFR (erlotinib, gefitinib, afatinib) et qui ont démontré des taux de survie prolongés par rapport à la chimiothérapie dans les adénocarcinomes métastatiques. En cas de réarrangement de gène, on utilise le crizotinib. En cas d'altération du gène BRAF (mutation V600 E), on peut prescrire depuis quelques mois soit le dabrafenib, soit le trametinib. Ces médicaments sont mieux supportés que la chimiothérapie. Les effets secondaires principaux sont de l'acné et des problèmes digestifs bien gérables par un traitement adapté.

- L'immunothérapie

Alors qu'elle était longtemps décevante dans le cancer du poumon, l'immunothérapie a fait de grands progrès avec le développement d'inhibiteurs des check-points. Ces médicaments suppriment en quelque sorte le blocage par la tumeur de l'activité des lymphocytes. Si la tumeur exprime PDL1, la durée de survie des cancers non à petites cellules métastatiques a été de 51 % à deux ans avec le pembrolizumab contre 34 % avec la chimiothérapie comme l'a montré une étude récente de sorte que ce traitement est actuellement préconisé en première ligne dans ce stade d'autant plus qu'il est mieux supporté. On a actuellement appris à bien contrôler les effets secondaires au niveau de la peau, du foie et du poumon. Récemment, c'est l'atezolizumab qui vient de compléter cette nouvelle classe de médicaments fort prometteuse.

Surveillance

Le patient sous traitement doit pouvoir s'adresser à tout moment au service de pneumologie spécialisé en cas de complication ou d'effets secondaires du traitement pour prise en charge rapide.



Instruments Vats Uniportal avec écran aligné.



Champ opératoire intervention Vats Uniportal.

Autres traitements

En cas d'obstruction importante de la trachée ou d'une grosse bronche par la tumeur, il faut parfois pratiquer une résection endobronchique soit par électrocoagulation au plasma d'argon ou au laser afin d'améliorer les difficultés respiratoires. Parfois, la mise en place d'un stent (prothèse) est nécessaire. En cas de pleurésie (liquide dans l'enveloppe qui entoure le poumon) il faut évacuer le liquide par une ponction. Le sevrage tabagique fait partie du traitement du cancer du poumon car le tabagisme augmente le risque de complication des traitements et le risque d'un second cancer.

Malgré tous les efforts thérapeutiques, la maladie évolue souvent et est caractérisée par une importante baisse de l'état général, et des douleurs. Il faut alors recourir à des traitements antalgiques capables de contrôler de manière efficace les symptômes, notamment aux morphiniques. Ce traitement doit bien être adapté afin que le patient soit soulagé au maximum. Une aide psychologique est indispensable pour le patient et souvent sa famille. Enfin, il appartient au médecin de renseigner la famille durant les différentes étapes de la maladie.

... longtemps décevante dans le cancer du poumon, l'immunothérapie a fait de grands progrès avec le développement d'inhibiteurs des check-points.

Prévention du cancer du poumon

Le grand drame est que le cancer du poumon pourrait pratiquement être éradiqué en une génération si la consommation de tabac s'arrêtait aujourd'hui. Un tel arrêt se heurterait aux intérêts de l'industrie du tabac bien sûr mais également à ceux de l'Etat par les recettes fiscales. S'il faut saluer les efforts du Ministère de la Santé et de la Fondation Cancer qui ont entraîné une diminution nette du tabagisme, il faut signaler que la seule mesure efficace, à savoir une hausse du prix conséquente n'a toujours pas eu lieu sachant qu'une augmentation du prix de 10 % entraîne une diminution de 5 % de la consommation. Par cette politique, l'Etat favorise le tabagisme et le développement du cancer du poumon non seulement au Luxembourg mais également dans les pays voisins sans en subir toutes les conséquences économiques liées aux maladies engendrées par le tabac. Devant ces drames évitables, la morale devrait prévaloir sur les considérations économiques.

Conclusion

En 20 ans, la durée de survie à cinq ans du cancer du poumon est passée de 13 à 17 % en France ce qui est probablement le cas aussi au Luxembourg.

Avec l'arrivée de beaucoup de nouveaux médicaments cette survie devrait encore s'améliorer dans le futur au prix de dépenses énormes. Par contre, une politique de santé publique courageuse serait beaucoup plus efficace et permettrait non seulement d'éviter de nombreux décès mais aussi des douleurs et des drames humains. ●

***paquets/années : unité de mesure de la consommation de tabac. On calcule le paquet-année en multipliant : le nombre de paquets consommés par jour par le nombre d'années où la personne a fumé cette quantité de paquets.*

4

2

Alcool et cancer : avancées dans la recherche scientifique

p53

Que l'alcool représente un facteur de risque pour l'émergence de certains cancers ressort d'un grand nombre d'études épidémiologiques. **Au niveau mondial, le rôle de l'alcool dans les décès par cancer est chiffré à 5,8 %.** Une relation de cause à effet a été établie non seulement pour les cancers de la bouche et de la gorge (oropharynx), du larynx, de l'œsophage, du foie mais également du sein et du côlon ; pour les cancers du pancréas et de l'estomac un rôle favorisant est probable. Pour certains de ces



DR FERNAND RIES
Oncologue

Que l'alcool représente un facteur de risque pour l'émergence de certains cancers ressort d'un grand nombre d'études épidémiologiques.

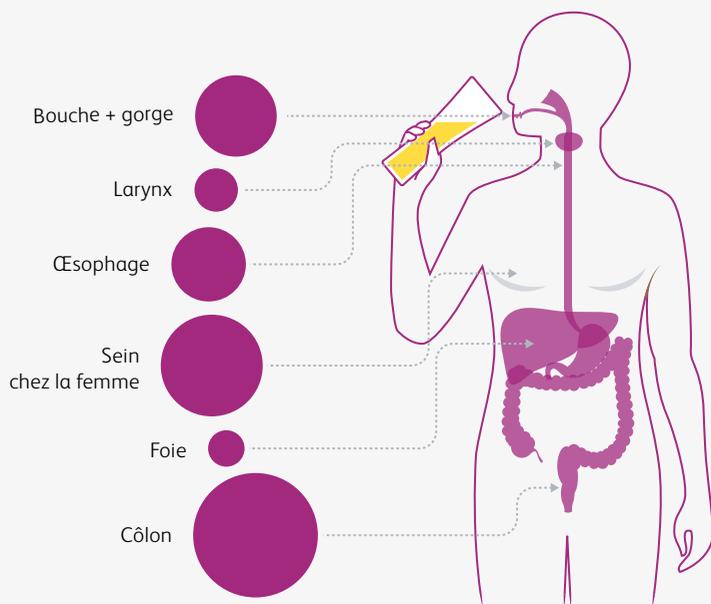
cancers (sein et côlon par exemple), le rôle relatif de l'alcool n'est pas majeur, mais sur base de la grande fréquence de ces tumeurs une majoration du risque de 10-20 % peut avoir des répercussions importantes (figure 1).

Des études de cancérogenèse sur des cellules n'ont pas pu mettre en évidence un effet mutagène direct

de l'alcool. Néanmoins au niveau de l'organisme, l'alcool est métabolisé en acétaldéhyde puis acétone puis en énergie. **L'acétaldéhyde en culture cellulaire est un puissant agent mutagène, induisant des cassures, mutations, délétions et translocations sur l'ADN (le substrat du code génétique) des cellules exposées.** Ces anomalies, transmises par des cellules souches pluripotentes à la descendance

cellulaire sont, en l'absence de réparation des dégâts à la base de l'émergence d'un cancer. Le processus de métabolisme de l'alcool est variable et saturable, fonctionne en moyenne un peu moins bien chez la femme que chez l'homme et peut être franchement déficient dans environ un tiers de la population du sud-est asiatique (déficit partiel en acétaldéhyde déshydrogénase 2). Ceci concerne 540 millions de personnes au niveau mondial et expliquerait une fréquence accrue du cancer de l'œsophage en relation avec l'alcool dans les populations concernées. L'accumulation de l'acétaldéhyde est responsable du « flush », rougeur, induite par la consommation d'alcool, témoin d'un métabolisme ralenti et d'un potentiel de toxicité accru.

Figure 1 : alcool comme cause de cancer
(données britanniques)



Boire moins d'alcool pourrait éviter 12 800 cas de cancer par an au Royaume-Uni.

Des chercheurs de l'Université de Cambridge en Grande-Bretagne viennent de publier dans le journal *Nature*¹ un article d'une importance capitale dans l'élucidation de l'effet mutagène de l'alcool sur les cellules souches du sang de la souris. Dans cette expérimentation, des souris ont été exposées à des doses d'alcool comparables à une consommation modérée à importante chez l'homme. Le rôle du métabolisme de l'alcool a été documenté en détail, ainsi que les multiples mécanismes de réparation des dégâts chromosomiques, mécanismes omniprésents dans tout le règne animal, donc également chez l'homme. Ainsi les chercheurs autour de Ketan Patel ont démontré que l'acétaldéhyde est inducteur de dégâts génétiques au niveau de l'ADN des cellules souches. L'inactivation chez la souris du gène *Aldh2* (acétaldéhyde déshydrogénase 2) aboutit à une multiplication de quatre fois des dégâts sur les chromosomes après exposition unique d'alcool. La bonne nouvelle : en situation normale, les dégâts sur le matériel génétique seront réparés. De multiples processus de réparation de l'ADN sont sollicités pour rétablir l'intégrité des chromosomes.

Dans la suite de l'expérimentation, l'élimination artificielle d'un de ces mécanismes de réparation de l'ADN (gène *Fancd2*), a permis aux chercheurs de mettre en évidence une nouvelle multiplication des dégâts chromosomiques par défaut de réparation, surtout sur les cellules déjà exposées à l'acétaldéhyde.

L'ingénieux processus de protection de l'ADN cellulaire est finalement optimisé par une barrière de défense supplémentaire, illustrée par l'exemple du

gène de p53, protéine intervenant dans la destruction de cellules jugées irréparables. Cette protéine pousse la cellule endommagée au suicide, réduisant encore l'impact de l'agent cancérigène. La dysfonction, artificiellement induite de p53, également illustrée sur ce modèle de la souris, permet aux cellules endommagées de survivre, condition obligatoire vers le processus de la cancérogenèse (figure 2).

L'article ne parle pas (car ce n'est pas son propos), d'une ligne de la défense supplémentaire, constituée par le système immunitaire, système qui permet d'éliminer des cellules cancéreuses émergentes, échappées aux lignes de défense qui précèdent.

En résumé, cet article fournit une illustration du pouvoir mutagène de l'acétaldéhyde, métabolite de l'alcool, permettant d'expliquer certaines des données épidémiologiques liant l'usage de l'alcool à certains cancers.

Le mérite principal de l'article est l'illustration parfaite des multiples pas qui interfèrent avec la cancérogenèse, avec la détoxification enzymatique de l'agent cancérigène, la réparation des dégâts chromosomiques jusqu'à la destruction de la cellule jugée irréparable.

En effet, par rapport aux innombrables cancérigènes qui agressent nos cellules (cancérigènes du tabac, acétaldéhyde de l'alcool, certains virus, radiations ionisantes, rayons UV, cancérigènes chimiques, etc...), il pourrait paraître étonnant que les cancers ne soient pas encore beaucoup plus fréquents. Nous



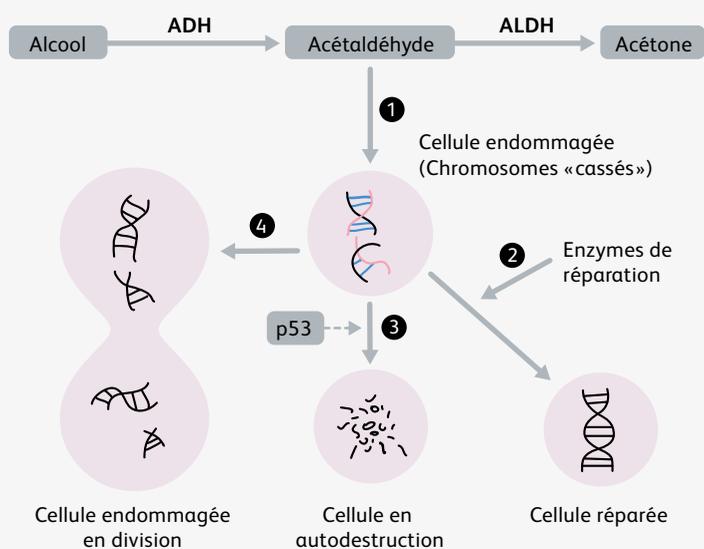
¹ *Alcohol and endogenous aldehydes damage chromosomes and mutate stem cells, J.J Garaycoechea et al., Nature, Vol 553 p 171-177, Jan. 2018.*

Par rapport aux innombrables cancérigènes qui agressent nos cellules, il pourrait paraître étonnant que les cancers ne soient pas encore beaucoup plus fréquents.

jouissons heureusement de multiples barrières de protection, barrières qui sont parfois affaiblies chez certains, submergées chez d'autres mais souvent tellement efficaces que certains d'entre nous survivent à une agression constante d'agents cancérigènes sur une durée de parfois plus de 50 ans.

Reste le rôle du hasard, illustré par les mutations qui tombent sans influence extérieure apparente et cause d'un cancer contre lequel nous ne pouvons rien faire. La bonne connaissance des facteurs de risque à potentiel de prévention nous permet au moins de repousser ce risque de fatalité au strict minimum. ●

Figure 2



Abréviations :

ADH : alcool déshydrogénase.

ALDH : acétaldéhyde déshydrogénase.

Explications :

1. L'acétaldéhyde induit des dégâts au niveau des chromosomes.
2. Les dégâts peuvent être réparés par différentes enzymes de réparation.
3. Des cellules très endommagées sont poussées à l'autodestruction par p53.
4. Les cellules ayant échappé à la réparation et à l'autodestruction sont capables de se reproduire et de causer un cancer.



Signes d'alarme de cancer

L'enquête récente TNS Ilres « Les Luxembourgeois face au cancer » publiée dans notre précédent *info cancer* a mis en exergue une méconnaissance des signes de cancer : 21 % de la population et 31 % des + de 65 plus ne peuvent identifier aucun signe.

Ce qui est d'autant plus inquiétant car le risque de cancer augmente avec l'âge, et qu'il faut donc être plus vigilant à ces symptômes en vieillissant.

Ne paniquez pas, en général, ces symptômes sont souvent le signe d'une autre maladie mais mieux vaut consulter votre médecin qui peut faire la part des choses.

Premier élément significatif : **persistant**. Le symptôme doit durer **plus de quatre semaines** ou se répéter.

Deuxième élément significatif : **inexpliqué**. Le symptôme ne s'explique pas par un changement de votre comportement (alimentaire par exemple).



Revue de détail des 10 signes d'alarme :

1. Enrouement, essoufflement ou toux persistante, surtout chez les fumeurs et anciens fumeurs.
2. Difficultés à avaler, brûlures d'estomac, surtout chez les personnes qui fument et boivent de l'alcool.
3. Modification chronique du transit intestinal (constipation, diarrhée ou alternance des deux).
4. Problèmes pour uriner, surtout chez les hommes.
5. Perte de poids, fatigue ou fièvre.
6. Perte de sang anormale (pertes vaginales en dehors des règles ou après la ménopause, sang dans l'urine, les selles, les expectorations, le nez, apparition spontanée d'hématomes, etc.).
7. Boule ou gonflement, n'importe où sur le corps (testicule, sein, sous la peau, etc.).
8. Chez les femmes, une modification subite de la poitrine : rétraction de la peau, écoulement, rougeur, etc.
9. Changement dans l'apparence d'un grain de beauté ou d'une tache pigmentée sur la peau.
10. Blessure qui ne guérit pas dans la bouche ou sur la peau.

PERSISTANT & INEXPLIQUÉ



Pour conclure : si vous avez identifié un signe, seul le médecin peut déterminer, par des examens si le symptôme est ou non dû à un cancer.

Un diagnostic précoce de la maladie permet souvent un traitement moins agressif et peut augmenter les chances de guérison. ●



Restez attentif aux

symptômes
du cancer

Toux, enrouement ou essoufflement... inexpliqué et/ou persistant

Ne paniquez pas, mais consultez votre médecin surtout si vous êtes fumeur ou ancien fumeur. Tous les symptômes ci-dessus peuvent être anodins ou des signes d'alarme d'un cancer.

Alors, ne tardez pas à en parler à votre médecin.

www.cancer.lu



**Fondation
Cancer**

Info · Aide · Recherche

150 000 € pour une bourse post-graduée de recherche en onco-immunologie

Une bourse post-graduée a été attribuée par la Fondation Cancer au Dr Judith Michels pour lui permettre de réaliser un projet de recherche sur deux ans auprès du *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC)* à New York. Les recherches seront dirigées par le renommé Prof. Jedd D. Wolchok, directeur du laboratoire de recherche d'immuno-oncologie. Ce laboratoire a pour but de développer des méthodes innovantes afin d'utiliser le système immunitaire pour traiter les patients atteints de cancer.

Titre du projet de recherche :

Réponse immunitaire induite par la réactivation de p53 dans les cancers de l'ovaire et rationnel de combinaison avec l'immunothérapie

Contexte de la recherche

TP53 est un gène suppresseur de tumeurs qui code pour la protéine p53, impliquée dans certaines fonctions cellulaires importantes comme la mitose ou la mort programmée. Le gène TP53 est muté dans de nombreux cancers et est alors à l'origine d'une protéine p53 défectueuse. Ces mutations de TP53 sont directement impliquées dans le développement de nombreux cancers et notamment du cancer de l'ovaire séreux de haut grade, qui représente plus de 80 % des cancers de l'ovaire. De nouveaux



BIOGRAPHIE

NOM : Dr Judith Michels

DATE DE NAISSANCE : 15/10/1981

NATIONALITÉ : luxembourgeoise

ETUDES :

études de médecine à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris de 2001 à 2006. Spécialisation en oncologie médicale. Thèse de sciences à Paris XI en 2013 et thèse de médecine à Paris VI en 2014.

EMPLOI :

Gustave Roussy au sein du *Département de Médecine Oncologique* depuis novembre 2014.

traitements antitumoraux sont développés afin de restaurer l'activité de p53. Etant donné l'intérêt 'trans'-tumeur de cibler p53, ces molécules sont actuellement en cours de développement dans les essais cliniques.

Il y a de plus en plus d'arguments scientifiques solides pour soutenir l'hypothèse que le système immunitaire arrive à éliminer des cellules tumorales pour lesquelles p53 a pu être réactivé.

Le but du présent projet est de définir l'action de la réactivation de p53 au niveau du système immunitaire et d'évaluer des combinaisons thérapeutiques avec l'immunothérapie en particulier.

Résumé de la recherche

En utilisant des modèles murins de cancers de l'ovaire la chercheuse et ses collaborateurs vont déterminer l'effet de la réactivation de p53 sur le système immunitaire. En cas de combinaisons intéressantes retrouvées, ces dernières seront évaluées sur des modèles humains ex vivo, c.-à-d. sur des prélèvements tumoraux frais de patientes opérées.

Le projet de recherche sera divisé en trois grandes parties :

- caractériser l'effet de la réactivation de p53 sur des modèles in vivo murins connaissant des dérégulations de p53 ;
- caractériser des combinaisons de traitement avec des traitements standards (c.-à-d. chimiothérapie) et des immuno-modulateurs ;
- valider les combinaisons de traitements sur des modèles humains ex vivo.

L'institution

Les travaux vont être réalisés dans le laboratoire du Prof. Jedd D. Wolchok, médecin chercheur en oncologie médicale, chef de département du mélanome et des immunothérapies et directeur du laboratoire de recherche d'immuno-oncologie au *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* à New York. Il s'agit du plus grand et du plus ancien centre anticancéreux privé au monde, avec près de 500 lits d'hospitalisation, plus de 1 000 médecins à temps plein, plus de 1 700 internes en médecine. Il comporte un centre de recherche contre le cancer parmi les plus dynamiques au monde comportant 120 laboratoires de recherche avec près de 550 postdoctorants.

Le but de ce projet de recherche est de caractériser la réactivation de p53 dans le cancer de l'ovaire et de préparer des modèles précliniques de combinaisons de traitements qui pourraient aboutir à de futurs essais cliniques pour le développement de nouveaux traitements du cancer de l'ovaire. ●

REMISE DE CHÈQUE

(de g. à d.) Lucienne Thommes, directrice de la Fondation Cancer, Dr Judith Michels et Dr Carlo Bock, président de la Fondation Cancer





TRAUERARBEIT

Über den Tod hinaus

Inzwischen klingen Traueranzeigen beinahe hoffnungsvoll. „Ich bin nicht tot, ich tauschte nur die Räume. Ich leb in euch und geh durch eure Träume“, schrieb der italienische Dichter, Maler und Bildhauer Michelangelo angesichts seines Ablebens und wird heute mehr denn je damit zitiert.

Wie kommt's? Der Konfrontation mit dem Tod entkommt man nicht. Seine Allgegenwärtigkeit lässt sich höchstens ausblenden. Und tatsächlich gelingt uns das heutzutage recht gut. Muss es ja. Für den Tod haben wir nicht wirklich Zeit. Oder?

Verlustangst

Für Anna Taler* war es ein Schock. Mit nur 59 Jahren bekam ihr Mann die Diagnose Pankreaskrebs. „Als Krankenschwester ahnte ich, dass es nicht gut für ihn aussah“, erzählt sie. Erst kurz zuvor hatte ihr Mann eine Abmagerungskur erfolgreich hinter sich gebracht, fühlte sich wie neugeboren. Seine schlechte Gesundheit zwingt den arbeitsamen Verkaufsmanager von einem Tag auf den anderen, beruflich zu pausieren. 2014 bleibt der Vater dreier erwachsener Söhne überwiegend zu Hause oder ist im Krankenhaus.

Die eingespielte Routine, der Gleichklang des Lebens wird empfindlich gestört, wenn auch nur der Verdacht auf eine Krebserkrankung am Horizont erscheint. Der Wunsch nach einem „Happy End“ steht unausgesprochen im Raum. Wie kann ein Leben als erfüllt gelten, wenn es durch einen solchen Schicksalsschlag in einem Drama zu enden droht?

Ideal und Wirklichkeit

Nach außen hin wirkt Anna Talers Mann gefasst, gibt sich positiv. Er ist es gewöhnt, Überzeugungsarbeit zu leisten. „Verhandeln war seine Welt“, erinnert sie sich. Auch war ihm bisher alles gelungen: Sein Studium der Elektrotechnik, die Übersiedlung aus Brasilien nach Europa, eine vielversprechende Karriere und schließlich die Gründung einer eigenen Familie. Warum also nicht auch den Krebs besiegen? Nach OP und Chemotherapie kehrt Enzo Taler* Ende 2014 wieder zu 50 Prozent ins Berufsleben zurück. Doch sich mit seinen Sorgen seiner Frau anvertrauen, das schafft Taler nicht.

Wie jede Krankheit ist auch eine Krebserkrankung zäh. Vor allem aber zerrt sie an den Nerven. Und das nicht nur bei dem Kranken, sondern auch bei seiner Familie. Die individuelle Reaktion auf körperliches Leid manifestiert sich in seelischem Leid. Schmerzvermeidung ist angesagt. Entfremdung oft die Folge.

Würdevoller Abgang

„Mir ging es gut, wenn er sich gut gefühlt hat“, sagt Anna Taler. 2016 kommt der Krebs zurück. Die ausgebildete Krankenschwester weiß sich nicht mehr alleine zu helfen und gerät zufällig an eine palliative Betreuungseinrichtung. Als ihr Mann davon erfährt, zürnt er. „Du tust so, als wär’ ich schon tot!“ Schließlich begibt sich jeder für sich bei der Fondation Cancer in psychotherapeutische Hilfe. Mithilfe von Achtsamkeits- und

Atemübungen fügt sich Enzo Taler langsam in sein Schicksal. Bis zu seinem Tod zu Hause im Oktober 2016 kümmert sich seine Frau um ihn.

Trost und Geborgenheit zu suchen ist kein Eingeständnis von Schwäche. Und selbst wenn doch, was macht das für einen Unterschied? Einander nahe sein (wollen), sich vergeben und versöhnen, bevor man sich trennt, kann eine Erlösung sein. Zu wissen, wie das eigene Begräbnis vonstatten gehen wird, auch.

Leben, nicht Überleben

Anna Taler gibt sich selbstreflektiert: Es stimmt wohl, sie sei ein ungeduldiger Typ. Es fehle ihr knapp anderthalb Jahre nach dem Tod ihres Mannes noch immer an Lebenslust, erzählt sie bedrückt. Aber das alleine ist es nicht, was sie bewegt. Keiner ihrer Söhne wohnt in ihrer Nähe. Sie fürchtet, ihre aktuellen Verdauungsprobleme könnten auf eine eigene Erkrankung hinweisen. Und so sehr sie den Austausch in Selbsthilfegruppen zur Trauerbewältigung und auch die Nähe zu guten Freunden schätzt: „Familie lässt sich nicht einfach so ersetzen.“

Was bleibt? Das Leben bleibt und geht weiter. Gnadenlos. Bringt Rechnungen, nimmt sich Erinnerungen und lässt kaum etwas, wie es war. Schon gar nicht die eigenen Gefühle. Und plötzlich trauert und freut man sich im selben Moment. Bittersüßer Widerspruch.

*Namen von der Redaktion geändert

Die eingespielte Routine, der Gleichklang des Lebens wird empfindlich gestört, wenn auch nur der Verdacht auf eine Krebserkrankung am Horizont erscheint.



Vier Traueraufgaben nach dem amerikanischen Psychotherapeuten William Worden

Bislang wurde Trauer oft in Phasenmodellen beschrieben, die Hinterbliebene nacheinander erfahren würden. Inzwischen wird der Trauerprozess als aktive, wiederkehrende Verlustbewältigung angesehen, an deren Ende nicht das Loslassen von Verstorbenen steht, sondern die Neudefinition der inneren Beziehung zu ihnen.

Aufgabe 1: Den Verlust akzeptieren

1 Es klingt fast banal und stellt für viele mitunter trotzdem die größte Hürde dar: Der erste Schritt der Trauerarbeit ist, den Tod als unveränderliche Tatsache anzunehmen. Viele wollen aber nicht wahrhaben, dass ein geliebter Mensch nicht mehr am Leben ist und verweigern sich der Vergänglichkeit des Daseins. Im Zweifelsfall wollen sie Verstorbene in anderen Personen wiedererkennen. Um keiner Wahnvorstellung zu erliegen, ist es unumgänglich, sich selbst und anderen gegenüber die neue Realität immer wieder einzugestehen.

Aufgabe 2: Den Schmerz zulassen und aushalten

2 Man hat die eigene Leidensfähigkeit vollends ausgeschöpft und ist dem emotionalen Ballast, der mit einer Sterbebegleitung einhergeht, überdrüssig. Doch anstatt sich negativen oder auch ambivalenten Gefühlen zu verschließen, sollte man sich ihnen öffnen. Traurig zu sein entzieht einem im ersten Moment Kraft, keine Frage. Und aus Tränen werden keine Edelsteine. Aber gerade Weinen erleichtert einen ungemein und verhindert ein Abstumpfen der eigenen Empfindsamkeit. Wer sich diese „Schwäche“ erlaubt, sich nicht betäubt, wird langfristig neue Kraftreserven aufbauen.

Aufgabe 3: Sich der neuen Realität anpassen

3 Wenn jemand stirbt, bleiben oft viele Leerstellen zurück: Gewohnheiten können nicht wie zuvor fortgesetzt werden, Aufgabenteilungen sind obsolet geworden. Sowohl der eingespielte Alltag, als auch die eigene Gefühlswelt müssen neu strukturiert und Entscheidungen, wie es weitergehen soll, getroffen werden. Sich in diesem Spannungsverhältnis aus Bedürfnissen und Wünschen zurechtzufinden, ist keine leichte Aufgabe. Aber auch sie muss gemeistert werden, um den Weg zurück in die Normalität zu finden. Ob alleine oder mithilfe anderer Personen sollte dabei keine Rolle spielen.

Aufgabe 4: Emotionen bewahren und neu investieren

Gemeinsame Erlebnisse können und sollen als Erinnerungen bewahrt werden. Auch Rituale zum Gedenken helfen, die Verbindung zu Verstorbenen aufrechtzuerhalten. Schädlich hingegen wäre es, so zu tun, als hätte der beziehungsweise die Tote nie existiert oder sich aus falscher Loyalität heraus Neuanfängen zu verweigern. Nach anderen Beziehungen Ausschau halten, sich auf neue Personen einzulassen, ohne vorangegangene Verbindungen zu vergessen, betont den Umstand, dass sich immer wieder neue Möglichkeiten bieten, sein Leben fortzuführen.

Interview mit Barbara Strehler, Psychotherapeutin der Fondation Cancer



BARBARA STREHLER

Diplom-Psychologin
und Psychotherapeutin

„Selbstfürsorge ist wichtig“

Westliche Gesellschaften scheinen sich in vielen Belangen immer mehr zu öffnen. Nur über die Themen Tod und Trauer wird weiterhin wenig gesprochen. Warum?

Tod und Trauer sind nach wie vor Tabuthemen. Wir haben Angst, uns damit auseinanderzusetzen. Um nicht an die eigene Sterblichkeit oder die unserer Liebsten erinnert zu werden, geht man Trauernden aus dem Weg und verdrängt die eigene Sterblichkeit. Das führt dazu, dass viele so leben, als würde es diese Endlichkeit nicht geben. So als wäre alles wiederholbar und korrigierbar, als könnte man alles kontrollieren und optimieren: Das Leben als eine Reihe von Theaterproben und nicht als die einzige Hauptaufführung.

Andere Kulturen pflegen einen anderen, entspannteren Umgang mit diesen Themen. Wie kommen wir dahin?

Die Hospizbewegung ist zwar sehr engagiert, doch müssen die Themen insgesamt auf verschiedenen Ebenen der Gesellschaft wieder mehr Raum einnehmen dürfen. Einzelnen kann bereits das Sprechen und Bewusstmachen des eigenen Todes viel bringen. Das kann helfen, achtsamer mit dem Leben umzugehen und

Zeit als kostbar wahrzunehmen, seine eigenen Werte festzulegen und sein Leben aktiv danach zu gestalten.

Das macht den Tod zu einer sehr individuellen Angelegenheit, obwohl er doch alle angeht.

Gelegenheiten, das Sterben als natürliche, normale Entwicklung zu reflektieren, nutzen wir nicht wirklich. Dass Trauer wie Freude, Liebe, Angst und Wut zu unserem menschlichen Gefühlsspektrum dazugehört, wird viel zu oft verdrängt. Zu schnell werden Trauernde ermahnt: „Du musst nach vorne sehen! Du musst loslassen!“

Kann man sich denn auf den Tod vorbereiten?

Ja, wenn man sich auf Situationen einlässt, die die Bereiche Tod und Trauer berühren. Etwa, indem man mit anderen ins Gespräch kommt, fragt, wie sie mit diesen Themen umgehen. Auch ein gelungenes Leben kann das Sterben und Loslassen vereinfachen. Wer von sich sagen kann, ein gutes und natürlich auch langes Leben gehabt zu haben, kann damit oft besser abschließen.

Viele, die das Sterben von Angehörigen zuhause mitbegleiten, bringt die unmittelbare Auseinandersetzung mit dem Tod oft an eine Belastungsgrenze. Was raten Sie diesen Leuten?

Angehörige von Sterbenden erinnere ich gern an die Sicherheitsvorschrift bei Flugreisen, indem ich sie frage, ob sie noch wissen, wem sie im Falle eines Luftdruckabfalls zuerst die Sauerstoffmaske aufsetzen sollen... (lächelt) Damit will ich sagen, es ist sehr wichtig, Selbstfürsorge zu betreiben. Auch in Ausnahmesituationen gilt: Zuerst muss man sich um sich selbst kümmern. Also, sich Zeit für sich nehmen und nach anderen Schultern schauen, die etwas mittragen können. Wer das auf Dauer vernachlässigt, kann irgendwann auch nicht mehr funktionieren und reagiert dann – ungewollt – ruppig und ungehalten.

Leider sind Konflikte oder Sprachlosigkeit zwischen Kranken und ihren Angehörigen nicht immer vermeidbar. Warum fällt es uns so schwer, die letzte gemeinsame Zeit friedlich zu verbringen?

Die letzte Lebensphase bringt alle Beteiligten oft in eine psychische Ausnahmesituation. Man muss den Mut haben, sich dem anderen zuzumuten. Nur so ist es möglich, sich nah zu bleiben. Welche Gedanken und Themen gehen durch den Kopf? Was braucht man voneinander? Und Trauer beginnt ja nicht erst mit dem Tod, sondern oft viel früher, wenn bestimmte Dinge durch eine Krankheit nicht mehr möglich sind. Das Abschiednehmen hat ein früheres Datum als der Tod.

Wie kann man diesen Kommunikations-schwierigkeiten entgegen treten?

Institutionen wie die unsrige können psychologische Hilfe anbieten und in einem geschützten, weil neutralen, Rahmen Geburtshelfer für das Äußern schwerer Gedanken sein. Wie auch immer man sich entscheidet: In jedem Fall hilft es, sich darüber bewusst zu sein, dass Gefühle kommen und wieder gehen. Und dass Nähe nur auf der Basis von Offenheit möglich ist.

Wer sich jahrelang nach den Verstorbenen sehnt, den Alltag kaum bewältigen kann, durchleidet nach George A. Bonanno eine „komplizierte Trauer“. Was ist der Grund dafür?

Man geht davon aus, dass etwa 20 Prozent davon betroffen sind. Einige Faktoren, die das beeinflussen können, finden sich in folgenden Fragen: Wie ist der Tote gestorben? Wie war der Abschied? Wie war das Verhältnis vor dem Tod? Konnten wichtige Angelegenheiten geklärt werden? Scham und Schuldgefühle spielen oft eine Rolle. Genauso wie die biografische Vorgeschichte der Hinterbliebenen.

Was sollten Trauernde und ihr Umfeld unbedingt beachten?

Es ist in Ordnung, während des Trauerns sein eigenes Tempo und seinen individuellen Verlauf zu haben. Zumal Trauer durch verschiedene Trigger wie Geburtstage, Familientreffen und Ähnliches immer wieder aufbrechen kann. Das Umfeld sollte den Trauernden nicht zu einem schnellen Übergang zur Tagesordnung drängen, sondern Geduld mitbringen. ●



Tod und Trauer sind nach wie vor Tabuthemen. Wir haben Angst, uns damit auseinanderzusetzen.



● ● « Parents atteints de cancer : comment en parler aux enfants ? »



MARTINE RISCH
Psychologue et
psycho-oncologue

« La communication en question – écouter, dire, entrer en relation » était le thème du 34^e congrès de la *Société Française de Psycho-Oncologie* du 22 au 24 novembre 2017 à Paris. Martine Risch, psychologue et psycho-oncologue du service psycho-social de la Fondation Cancer, présente lors de ce congrès, nous fait part des nouveautés sur ce sujet. Voici donc le référentiel sur la communication parents-enfant publié par la *SFPO* et l'*AFSOS*.

Il est fréquent, mais illusoire de penser qu'en ne disant rien, l'enfant n'en saura rien et de ce fait n'en souffrira pas.

La maladie est un bouleversement et une rupture avec la « vie d'avant » pour chaque membre de la famille. Quand un parent est atteint d'un cancer, il ne s'inquiète pas que pour soi, mais pour son entourage et surtout son enfant. La parentalité peut être menacée par les craintes du parent de ne plus pouvoir assumer ses rôles et responsabilités. Ainsi les parents s'inquiètent souvent des répercussions de leur maladie sur le développement psychique actuel et futur de leur enfant.

Pour l'enfant, le cancer du parent représente une inconnue, parfois menaçante et souvent culpabilisante. L'expérience de la maladie peut être associée à un sentiment de solitude, d'abandon ou d'injustice, une peur de perdre son parent et est ainsi souvent une source de tristesse, d'anxiété et/ou de colère.

L'annonce du diagnostic et la communication sur le cancer causent de multiples préoccupations aux parents : la crainte de prononcer le mot « cancer » à l'enfant ou de ne pas trouver les bons mots, la peur que l'enfant ne comprenne pas, qu'il pose des questions et de ne pas y connaître les bonnes réponses ou d'être dépassé par les émotions, et de s'effondrer devant l'enfant.

Il est fréquent, mais illusoire de penser qu'en ne disant rien, l'enfant n'en saura rien et de ce fait n'en souffrira pas. Mais le silence, le mensonge tout comme le trop dire peuvent fragiliser le développement psychique de l'enfant. Il est primordial de rechercher un « juste dire » par une parole bienveillante qui favorise le lien de confiance.

Quels sont les risques du « non dire » pour l'enfant ?

Même l'enfant le plus jeune perçoit les changements d'ambiance suite à la maladie ; ne rien lui dire est un garant d'une perte de confiance, un risque de dégradation des relations sécurisantes avec les parents. Chaque enfant perçoit qu'il y a « quelque chose » et développe ses propres idées par rapport à cette inconnue, souvent plus terrifiantes que la réalité, ce qui risque de créer ou majorer des angoisses.

L'enfant à qui on ne parle pas ne peut s'autoriser à en parler. L'enfant risque alors de s'isoler et de se sentir abandonné, ce qui peut favoriser des troubles de son développement psychique.

Mais aussi le contraire, le « trop dire » en parlant trop et trop en détail peut faire intrusion dans le développement psychique de l'enfant et représenter une expérience violente.

Mais alors, comment favoriser le dialogue entre parents et enfant autour de la maladie et ses conséquences ?

« Le juste dire »

Il est crucial d'accorder un temps de réflexion aux parents pour pouvoir transmettre à l'enfant les informations nécessaires à son rythme et dans de bonnes conditions. Néanmoins, il est important d'informer l'enfant, le plus tôt possible, au début de la maladie.

Il est recommandé que l'enfant apprenne la maladie par ses parents.

Apprendre le diagnostic par une autre personne pourrait être violent, voire traumatisant pour lui.

Entendre le mot « cancer » de la bouche de son parent, l'explication de ce diagnostic, le traitement prévu et ses effets secondaires, ainsi que les changements attendus au sein de la famille l'aident à comprendre la réalité.

« Le juste dire » est une parole adressée à l'enfant et sa fratrie, adaptée à son âge et son rythme, et accompagne ses questions, tout en utilisant des mots clairs et simples, sans métaphores, ni minimisation.

Rassurer l'enfant que le cancer n'est pas une maladie contagieuse et le déculpabiliser explicitement sur le fait qu'il n'a rien fait qui aurait causé la maladie et qu'il n'est pas responsable de ce qui arrive, l'aident à développer un sentiment de sécurité.

Certaines erreurs sont à éviter lorsqu'on parle du cancer à son enfant :

- éviter de faire une promesse de guérison car elle peut parfois s'avérer être un engagement impossible à tenir. Mieux vaut dire que toute l'équipe médicale va tout mettre en œuvre pour bien soigner le parent malade.
- ne pas oublier d'informer l'enfant sur l'évolution de la maladie et des traitements. Mieux vaut lui expliquer les traitements à suivre étape par étape, à chaque fois qu'il y a des changements.

- ne pas être tenté de raconter à l'enfant que le parent malade part en vacances au moment où il est hospitalisé. Mieux vaut lui dire la vérité et lui expliquer quand le parent va revenir et qu'il peut aller le voir à l'hôpital, s'il le veut.
- ne pas faire un « secret » de la maladie en lui défendant d'en parler. Mieux vaut lui permettre explicitement de partager ses émotions et préoccupations avec son entourage.

Comment repérer des signes de souffrance chez l'enfant ?

Il est normal que la maladie soit source de bouleversement ; des changements passagers dans le comportement de l'enfant sont fréquents et ne doivent pas être forcément source de préoccupations. Mais leur persistance dans le temps, ainsi que toute absence de manifestation, comme un enfant trop sage et conforme aux attentes des parents, doivent alerter.

Selon l'âge de l'enfant, les signes de souffrances sont très divers, allant de troubles de sommeil, cauchemars, troubles de l'alimentation ou des plaintes somatiques à des symptômes dépressifs (baisse de l'estime de soi, tristesse, isolement, perte d'intérêt...) et anxiété. Certains enfants vivent des changements au niveau scolaire (chutes des résultats ou surinvestissement), des changements de comportement (indifférence, agressivité, rejet), régressions et perturbations des apprentissages (langage, marche, propreté).

Comment soutenir les familles à communiquer aux différents stades de la maladie ?

Le rôle du psycho-oncologue n'est pas d'annoncer la maladie, mais de favoriser la compétence parentale et d'accompagner les parents dans le dialogue avec leur enfant.

Pour qu'un enfant s'autorise à exprimer ses émotions et préoccupations, il lui faut un parent qui s'autorise lui-même à s'exprimer. L'enfant a besoin d'avoir une légitimité à s'exprimer sur ce qu'il ressent. Ce sont, souvent, d'abord les parents qui doivent être aidés pour trouver leurs mots.

« Donner une place à la maladie dans la famille tout en remettant la maladie à sa place. »

Maintenir si possible une continuité dans la vie familiale et les activités habituelles de l'enfant est primordial. Aider l'enfant à identifier des « personnes ressources » dans son entourage, qui peuvent aussi soutenir les parents dans le maintien de la vie quotidienne. Garder des limites face au relâchement des règles familiales peut éviter une redistribution inappropriée des rôles familiaux.

L'enfant a besoin d'être rassuré que lui et les autres membres de la famille sont en bonne santé et que le contact avec le parent malade sera maintenu, s'il est hospitalisé.

Même si l'école doit rester un lieu stable, protégé de la maladie, il est normal d'informer l'enseignant de la situation particulière que traverse l'enfant en ce moment.

Et si la maladie évolue défavorablement ?

Si la maladie du parent s'aggrave, il est primordial d'expliquer à l'enfant que la maladie n'est plus curable et que désormais il faut une surveillance régulière et des traitements pour limiter l'impact de la maladie et améliorer la qualité de vie. En cas de progression ou de récurrence, les parents devront reprendre avec l'enfant l'histoire de la maladie et des traitements, et préciser que l'équipe médicale va continuer à faire tout son possible pour soigner le parent malade.

En cas d'aggravation majeure de la maladie, les parents devront préciser que la situation

est inquiétante et évoquer avec l'enfant la possibilité d'une mort à venir. Si l'enfant le veut, il est essentiel de maintenir le lien avec le parent malade par des visites, des appels...

La mort: un sujet difficile à aborder

Même s'il semble dur, il est important de prononcer le mot « mort » sans utiliser des métaphores comme « Il est parti. Il s'est endormi ». Après le décès du parent malade, le parent peut proposer à l'enfant de l'accompagner voir le parent défunt dans le lieu où il vient de mourir, s'il le veut. Préparer l'enfant à ce qu'il va voir est indispensable. Une dernière rencontre permettra à l'enfant de faire son adieu au parent défunt.

Il est indiscutable que la décision d'assister ou non aux cérémonies funéraires reste le libre choix de l'enfant. Lui proposer de participer au rituel de deuil et lui demander s'il aimerait contribuer aux cérémonies peut lui procurer un sentiment de sécurité. Il est toujours possible que le parent soit sous l'emprise des émotions; pour cela la présence d'un proche attentif à l'enfant pendant toute la durée de la cérémonie est très importante.

Quand la famille est en deuil, l'attention du parent vivant vers l'enfant est généralement moindre et l'enfant peut se sentir impuissant voire abandonné. L'entourage joue donc un rôle majeur car l'enfant a besoin d'être écouté et entouré. Soyez présent et rassurez-le de votre amour, même si la tristesse prédomine.

Le cancer reste incontestablement une période difficile à traverser tout seul. En faire un tabou risque d'isoler. Briser le silence soulage et aide à rompre la solitude.

Vous avez des questions particulières, du mal à évoquer des sujets délicats autour de la maladie ou vous désirez tout simplement recevoir des renseignements, veuillez consulter notre brochure « J'ai un cancer: Comment en parler à mon enfant? » ou contactez la Fondation Cancer pour consulter notre service psycho-social. Tous nos services sont gratuits. ●

Source : « Parents atteints de cancer : Comment en parler aux enfants ? » (Référentiels interrégionaux en Soins Oncologiques de Support, SFPO (Société Française de Psycho-Oncologie) et AFSOS (Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support), Copyright AFSOS, version du 23/01/2017)

Le cancer reste incontestablement une période difficile à traverser tout seul. En faire un tabou risque d'isoler. Briser le silence soulage et aide à rompre la solitude.



Relais pour la Vie – 24 et 25 mars

Ensemble, relayons l'espoir.

Chaque année, 5 000 *Relais pour la Vie* sont organisés dans 29 pays à travers le monde avec plus de quatre millions de participants s'impliquant dans la lutte contre le cancer.

Au Luxembourg, cela va bientôt faire 13 ans que le *Relais pour la Vie* témoigne de sa solidarité envers les patients atteints du cancer, rend hommage à ceux qui nous ont quittés et se bat contre le cancer. Grâce à la Fondation Cancer, ses bénévoles ainsi que des milliers de sympathisants, le *Relais pour la Vie* continue d'exister chaque année. Il met à l'honneur le courage des patients et leur montre qu'ils ne sont pas seuls.

Découvrez ci-contre le programme officiel, les moments forts de l'évènement et toutes les activités qui auront lieu pendant ces 24 heures de solidarité.



Programme officiel

Samedi 24 mars

- 17h Ouverture des portes
- 18h30 Cérémonie d'ouverture
 - Ouverture officielle
 - Témoignages de patients
 - Survivor & CaregiverTour
 - Défilé des équipes
- 20h Lancement du relais des équipes de 24h (Master Teams)

Dimanche 25 mars (passage à l'heure d'été)

- 8h Lancement du relais des équipes de 12h (Classic Teams)
- 17h Cérémonie des bougies
- 20h Fin du relais et défilé final des équipes

Les activités

Sam 20 h - dim 20 h

DJ Jukebox

Choisissez votre musique qui sera diffusée lors de l'évènement en échange d'un don pour la Fondation Cancer.

Vélos

Pédalez contre le cancer au profit de la Fondation Cancer.

Panneaux de solidarité

Manifestez votre solidarité en laissant votre empreinte.

Studio photo *Purple Couch*

Prenez une photo en équipe ou en famille en souvenir de ce weekend de solidarité.

Expo *Ma vie continue*

Portraits de personnes, avant, pendant et après la maladie.

Sam 20 h - dim 16 h

Stand bougies

Ecrivez un message pour encourager un patient en cours de traitement ou en souvenir d'un être cher sur votre bougie (3 €).

**Sam 22 h et 24 h,
dim 2 h et 6 h**

Let's dance

Bougez sur des rythmes latino et de Zumba.

Dim 10 h - 20 h

Food Lab

Venez découvrir les ateliers ludiques dédiés à une alimentation saine et équilibrée.

Dim 10 h - 18 h

Sports pour tous - Ville de Luxembourg

Des activités sportives et récréatives pour tous les âges.

Ateliers enfants

Facepainting et pâte à sel (2 €).



"shot with love" by Nadia Flecken



Nouveauté 2018!

Exposition *Ma vie continue*

Une initiative de la Fondation Cancer qui invite d'anciens patients atteints de cancer à apporter leur témoignage à travers des photos et de montrer un aspect sincère et authentique de leur propre biographie. Les portraits déclinèrent trois moments : avant, pendant et après la maladie.

Suivez le *Relais pour la Vie* en direct :
www.relaispourelavie.lu

Merci à nos partenaires :



Krebs verändert vieles – auch die Haut und das Körperbild



**MAIKE
NESTRIEPKE**
*Onkologische
Kosmetikerin*

Eine Krebserkrankung trifft die Betroffenen meist plötzlich und kann das gewohnte Leben komplett auf den Kopf stellen. Die Diagnose an sich und die folgenden Krebstherapien stellen häufig eine große körperliche, seelische und soziale Belastung dar.

Auch äußerlich können die Folgen unangenehm sein: Das eigene Körperbild verändert sich, damit zusammenhängend verändert sich die Selbstwahrnehmung, was häufig in einem verminderten Selbstwertgefühl zum Ausdruck kommt. Die verschiedenen Krebstherapien können zu sichtbaren und fühlbaren Veränderungen des Erscheinungsbildes führen. Diese Veränderungen können sehr belastend sein, wie viele Patienten berichten. So können zum Beispiel eine Brustoperation oder eine Darmoperation den Körper massiv verändern. Die Chemotherapie und die Radiotherapie verändern die Haut und wirken sich auch auf die Haarstruktur und die Nägel aus. Verlust des Kopfhaares, der Augenbrauen und Wimpern werden als belastend erlebt. Trockene, juckende und gerötete sowie sehr empfindliche Haut im Gesicht und am Körper sind mögliche Auswirkungen, mit denen die Betroffenen umgehen müssen.

Diese Veränderungen zeigen sich nicht bei jedem Betroffenen in gleicher Intensität. Häufig verschwinden sie nach Abschluss der Therapie – in manchen Fällen bleiben sie jedoch länger bestehen oder bleiben für immer.

Viele Betroffene stellen sich während oder nach einer Krebsbehandlung Fragen zu diesen Veränderungen:

- Was könnte mir helfen, wenn sich mein Haar lichtet oder ganz ausfällt?
- Wie kann ich den Übergang für mich erleichtern, bis die Haare wieder nachwachsen?
- Was kann ich tun, wenn meine Gesichtshaut oder meine Körperhaut juckt, schmerzt oder sich unangenehm verändert?
- Meine Kopfhaut tut so weh?! Gibt es etwas, was die Missempfindungen lindert?
- Was kann ich tun, wenn die Chemotherapie die Haut meiner Hände oder Füße angreift?
- Meine Augenbrauen und Wimpern sind ausgefallen – was kann ich tun, um meinem Gesicht wieder ein bisschen mehr Ausdruck zu verleihen und meinen Teint aufzufrischen?

In solchen Situationen kann es schwer fallen, sich in seiner Haut einigermaßen wohlfühlen und sich als die Person wiederzuerkennen, die es vor der Krankheit gab. Diese Erfahrungen machen Frauen wie auch Männer.

Unterstützung im Umgang mit den Veränderungen des Körperbildes und der Selbstwahrnehmung sowie den Haut- und Haarveränderungen finden viele Betroffene durch eine onkologische kosmetische Betreuung. Die onkologische Kosmetik ist ein Bereich der allgemeinen Kosmetik, der spezialisiert ist auf die Bedürfnisse von Patienten während und nach einer Krebtherapie. Sie ist ein zusätzliches Angebot zur medizinischen Therapie und reiht sich in andere Elemente des achtsamen Umgangs (wie z. B. Ernährung und Bewegung) mit sich selbst ein. Individuelle Information, Beratung, Anleitung und Durchführung spezifisch abgestimmter Behandlungen zur Hautpflege können Erleichterung und Linderung schaffen.

Sie folgt dem Grundsatz:
Beruhigen-Stärken-Schützen

Die onkologische Kosmetik möchte Gefühle und Gedanken wie:

- sich in seiner Haut wohlfühlen,
- sich in seinem Körper wiedererkennen,
- etwas aktiv zum eigenen Wohlbefinden und zum äußeren Erscheinungsbild beitragen,

fördern und festigen.



Die Betroffenen werden angeleitet und gestärkt, um in diesem Lebensbereich trotz der Krebserkrankung und des häufig erlebten Kontrollverlustes, eine aktive und gestaltende Rolle zu übernehmen. Die Lebensqualität während und nach einer Krebtherapie soll damit gefördert werden. Denn: „Wer sich in seiner Haut wohlfühlt und etwas dazu beitragen kann, fühlt sich insgesamt besser“.

Im zweiten Teil des Artikels zur onkologischen Kosmetik und Hautpflege erfahren Sie mehr über die konkreten Möglichkeiten und welche Angebote und Unterstützung die Fondation Cancer ab dem zweiten Semester 2018 für die Betroffenen bereithält. ●



info cancer



Gratis-Abo/Abonnement gratuit

Haben Sie Interesse?

- Ja, ich möchte die Zeitschrift *info cancer* 4 x pro Jahr kostenlos per Post zugeschickt bekommen.

Vous êtes intéressé(e)?

- Oui, je veux recevoir le magazine *info cancer* gratuitement 4 x par an via la poste.

Name/Nom:

Vorname/Prénom:

Straße/Rue:

Postleitzahl/Code Postal:

Ort/Ville:

E-Mail:

**Bitte das Formular per E-Mail oder per Post an die untenstehende Adresse senden:
 Merci d'envoyer votre formulaire par courriel ou par la poste à l'adresse ci-dessous:**

Fondation Cancer 209, route d'Arlon, L-1150 Luxembourg | fondation@cancer.lu



**La Fondation Cancer,
pour vous, avec vous,
grâce à vous.**

**Prévenons tous ensemble les cancers.
Aidons les patients et leurs proches.
Faisons progresser la recherche.**



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

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

ERREURS A RECTIFIER

Veuillez changer l'adresse :

.....

Veuillez changer le nom de la personne de contact :

.....

Veuillez ne plus m'envoyer le périodique *info cancer*

Motif:

**Merci de bien vouloir découper et nous renvoyer
le coupon-adresse.**