

Sarcomes des tissus mous

Que sont
les sarcomes des
tissus mous?

Laissez-nous
vous expliquer.

www.fondsanticancer.org

www.esmo.org

SARCOMES DES TISSUS MOUS : UN GUIDE POUR LES PATIENTS

INFORMATION BASEE SUR LES RECOMMANDATIONS DE L'ESMO

Ce guide à destination des patients a été élaboré par le Fonds Anticancer afin d'aider les patients et leurs proches à mieux comprendre la nature des sarcomes des tissus mous et à déterminer les meilleures options de traitement disponibles en fonction du sous-type de sarcome des tissus mous. Nous recommandons aux patients de demander à leur médecin quels tests et quels types de traitement sont indiqués pour le type et le stade de leur maladie. Les informations médicales décrites dans le présent document s'appuient sur les recommandations de pratique clinique de la European Society for Medical Oncology (ESMO) pour la prise en charge des sarcomes des tissus mous. Ce guide a été préparé en collaboration avec l'ESMO et il est diffusé avec son autorisation. Il a été rédigé par un médecin et relu par deux oncologues de l'ESMO, dont l'un est l'auteur principal des recommandations de pratique clinique à l'intention des professionnels. Il a également été relu par des représentants de patients appartenant au groupe de travail de patients de l'ESMO (ESMO Cancer Patient Working Group).

Pour de plus amples informations sur le Fonds Anticancer : www.fondsanticancer.org

Pour plus d'information sur la European Society for Medical Oncology : www.esmo.org

Veillez consulter la fin du document pour la définition des mots marqués par un astérisque.

Table des matières

Fiche d'information sur les sarcomes des tissus mous	3
Définition des sarcomes des tissus mous	4
Les sarcomes des tissus mous sont-ils fréquents ?.....	5
Quelles sont les causes des sarcomes des tissus mous ?.....	6
Comment sont diagnostiqués les sarcomes des tissus mous ?.....	8
Que faut-il impérativement savoir pour déterminer le traitement optimal ?.....	10
Quelles sont les options de traitement ?.....	13
Quels sont les effets secondaires éventuels des traitements ?.....	19
Comment les groupes de soutien aux patients peuvent-ils vous aider ?	24
Que se passe-t-il après le traitement ?.....	26
Définitions des termes médicaux	28

Ce guide a été rédigé par le docteur Vittoria Colia (pour le Fonds Anticancer) avec l'aide des docteurs Paolo Casali (ESMO), Silvia Stacchiotti (Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milan, Italie) et Salvatore Provenzano (Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milan, Italie). Il a été relu par le docteur Gauthier Bouche (Fonds Anticancer), le docteur Svetlana Jezdic (ESMO), Jorge Freitas RN, MSc (EONS), Jane Beveridge BSc Hons, MSc, infirmière consultante (EONS), Anita Margulies BSN RN (EONS), Markus Wartenberg (Sarcoma Patients EuroNet Association - SPAEN), Roger Wilson (SPAEN) et le professeur Jean-Yves Blay (ESMO).

Le texte a été traduit de l'anglais par un professionnel en traduction scientifique et médicale puis a été relu par le Dr Gauthier Bouche (Fonds Anticancer).

FICHE D'INFORMATION SUR LES SARCOMES DES TISSUS MOUS

Définition des sarcomes des tissus mous

- Les sarcomes des tissus mous sont des tumeurs malignes qui se développent aux dépens des « tissus mous ». Les tissus mous comprennent les muscles, les tendons, la graisse, les vaisseaux sanguins et lymphatiques, les nerfs et les tissus qui entourent les articulations (tissus synoviaux*).
- Comme les tissus mous sont répartis dans tout notre organisme, les sarcomes des tissus mous sont susceptibles d'apparaître dans toutes les parties du corps.

Le diagnostic

- Malheureusement, les sarcomes* peuvent être asymptomatiques pendant une longue période et les symptômes dépendront de la partie du corps affectée. On peut suspecter la présence de sarcomes quand une bosse apparaît sur une jambe, un bras ou le tronc.
- Des examens radiologiques* sont indispensables pour déterminer l'étendue d'un sarcome des tissus mous et pour établir la présence ou l'absence de métastases*.
- Il convient de prélever un échantillon de la tumeur (biopsie*) qui sera analysé en laboratoire afin de confirmer le diagnostic et obtenir plus de détails sur le type de sarcome*.

Le traitement

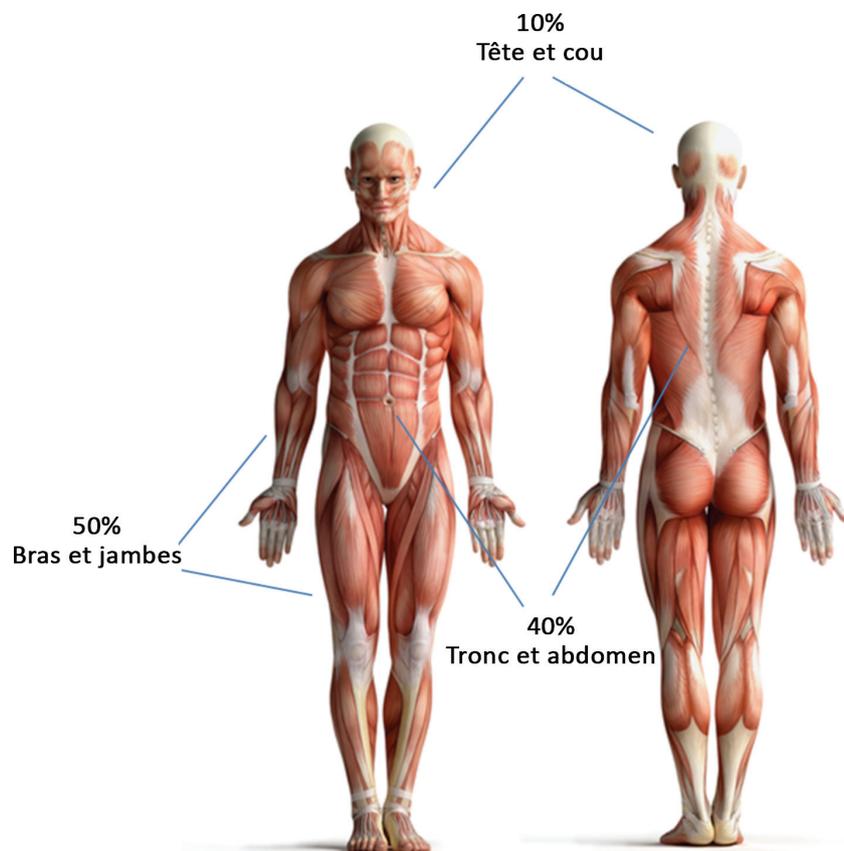
- Les sarcomes localisés sont confinés au site d'origine et ne se sont pas propagés aux tissus voisins ou à d'autres tissus ou régions du corps.
 - Dans ce cas, l'ablation chirurgicale de la tumeur est le traitement standard.
 - Il est néanmoins possible de mettre en œuvre une radiothérapie* ou une chimiothérapie*, seule ou en association, après l'intervention, pour augmenter les chances de guérison définitive ou réduire le risque que la tumeur revienne.
 - Une radiothérapie* peut aussi être réalisée avant l'opération chirurgicale pour réduire la taille de la tumeur et lui permettre d'être retirée complètement.
- Les sarcomes* avancés se sont répandus depuis leur site d'origine à d'autres parties du corps. On parle alors de cancer avancé ou métastatique.
 - L'approche thérapeutique principale est la chimiothérapie* et la thérapie ciblée*. Le choix des médicaments dépend principalement de l'état du patient et du type de sarcome*.
 - Il est possible de réaliser une radiothérapie* pendant ou après la chimiothérapie* pour soulager les symptômes et contrôler les métastases*.
 - La chirurgie peut soulager les symptômes ou permettre une guérison dans certains cas spécifiques.

Le suivi

- Les visites de suivi comprennent un examen clinique, des analyses de sang et un examen radiologique ; elles sont effectuées pendant plusieurs années.
- Le calendrier optimal de suivi des sarcomes des tissus mous n'est pas déterminé et dépend de l'emplacement, de la taille et de l'agressivité (grade) de la tumeur. Le suivi consécutif au traitement pour les sarcomes des tissus mous de grade élevé ou intermédiaire est plus intensif que celui concernant les sarcomes* de bas grade.

DEFINITION DES SARCOMES DES TISSUS MOUS

Les sarcomes des tissus mous forment un groupe varié de tumeurs malignes qui naissent quand des cellules anormales se développent de manière incontrôlée dans les « tissus mous » et les « tissus conjonctifs ». Ces tissus, que l'on trouve dans toutes les parties du corps, comprennent les muscles, les tendons, la graisse, les vaisseaux sanguins et lymphatiques, les nerfs et les tissus qui entourent les articulations (tissus synoviaux*). Le type de sarcome* dépend du type de cellules qui lui ont donné naissance. Les tissus conjonctifs comprennent tous les tissus qui soutiennent, relient ou séparent différents tissus de l'organisme. Par conséquent, on peut le trouver dans la structure des organes du corps (par exemple, dans l'utérus). Les sarcomes des tissus mous peuvent donc se développer presque partout, mais sont néanmoins plus fréquents au niveau des bras et des jambes (50 %), du tronc et de l'abdomen (40 %), et de la tête et du cou (10 %).



Remarque importante concernant d'autres types de sarcomes

Le sarcome de Kaposi* et les tumeurs stromales gastro-intestinales* (GIST) sont des sarcomes des tissus mous qui sont traités différemment des autres sarcomes des tissus mous, et ne sont donc pas couverts par ce guide.

Les sarcomes osseux émanent de cellules qui fabriquent les os et sont appelés ostéosarcomes*. Le sarcome d'Ewing est une forme rare de sarcome* qui naît habituellement également dans l'os. Les sarcomes osseux et d'Ewing sont traités différemment des sarcomes des tissus mous et ne sont donc pas couverts par ce guide.

LES SARCOMES DES TISSUS MOUS SONT-ILS FREQUENTS ?

Les sarcomes des tissus mous sont des tumeurs rares. En Europe, 4 à 5 nouveaux cas pour 100 000 personnes sont diagnostiqués chaque année, sans différence majeure entre les pays. Le risque pour une personne de développer un sarcome des tissus mous durant sa vie est d'environ 0,15 à 0,50 %. Les sarcomes des tissus mous sont plus fréquents chez les adultes que chez les enfants et le pic d'incidence se situe autour de la tranche d'âge des 50-60 ans, mais ce cancer peut survenir à toute période de la vie.

Du fait de leur rareté et de la nécessité fréquente de traitement multimodal*, la prise en charge des sarcomes des tissus mous doit être réalisée dans des centres de référence ayant une expertise dans le traitement de ce cancer, qui implique des anatomopathologistes*, des radiologues*, des chirurgiens*, des orthopédistes*, des radiothérapeutes*, des oncologues et des oncologues pédiatres* spécialisés dans cette maladie.

QUELLES SONT LES CAUSES DES SARCOMES DES TISSUS MOUS ?

On ne sait pas bien pourquoi les sarcomes des tissus mous apparaissent. Certains facteurs de risque ont néanmoins été identifiés. Il s'agit de facteurs qui augmentent le risque qu'un cancer survienne, mais qui ne sont ni suffisants, ni nécessaires pour le provoquer. Un facteur de risque n'est pas une cause en soi.

Certaines personnes présentant ces facteurs de risque ne développeront jamais de sarcomes des tissus mous, tandis que d'autres ne présentant aucun de ces facteurs développeront ce type de cancer.

Principaux facteurs de risque de sarcomes des tissus mous :

- Prédispositions génétiques : des maladies à la fois héréditaires et acquises peuvent être associées à un sarcome des tissus mous.
 - *Le syndrome de Li-Fraumeni* est une maladie génétique héréditaire due à la mutation* d'un gène* suppresseur de tumeurs (p53), c'est-à-dire, un gène qui contribue à protéger les cellules contre le cancer. Les patients atteints de ce syndrome rare sont plus enclins à développer plusieurs types de cancers, notamment des sarcomes des tissus mous.
 - *La polypose adénomateuse familiale (PAF)* est une maladie caractérisée par des mutations* du gène* APC (adenomatous polyposis coli), un gène suppresseur de tumeurs*. Les familles touchées par la polypose adénomateuse familiale développent des centaines de polypes du côlon qui apparaissent le plus souvent à partir de la deuxième décennie de vie. Les polypes du côlon sont des tumeurs bénignes* qui peuvent évoluer en cancer du côlon. On observe aussi une fréquence élevée de tumeurs desmoïdes intra-abdominales (un type de tumeurs des tissus mous) chez les patients atteints de polypose adénomateuse familiale.
 - *Le syndrome de Gardner* est un type de polypose adénomateuse familiale associée au développement d'autres tumeurs bénignes telles que les ostéomes*, les kystes épidermiques* et les fibromes*. On constate une fréquence élevée de tumeurs desmoïdes intra-abdominales (un type de tumeurs des tissus mous) chez les patients atteints du syndrome de Gardner.
 - *Le syndrome du rétinoblastome* est un syndrome familial caractérisé par une altération du gène RB*, un gène suppresseur de tumeurs*. Les patients touchés développent généralement des tumeurs malignes de la rétine dans les deux yeux lors de la petite enfance. Les sarcomes des tissus mous et des os peuvent aussi se développer plus tard dans la vie.
 - *La neurofibromatose de type I (maladie de Von Recklinghausen*)* : cette maladie héréditaire est caractérisée génétiquement par une mutation* du gène NF1* un gène suppresseur de tumeurs*. Ses caractéristiques cliniques comprennent la présence de nombreuses tumeurs bénignes* disséminées sur la peau appelées neurofibromes* et de taches café-au-lait*. Les patients atteints de la maladie de Von Recklinghausen* présentent un risque accru de développer des tumeurs malignes des gaines des nerfs périphériques (MPNST)* et, dans une moindre mesure, des tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST)* et des rhabdomyosarcomes*.



- *La neurofibromatose de type II* : ce syndrome est dû à des mutations* du gène NF2* suppresseur de tumeurs. Cette maladie est généralement associée à des schwannomes* du nerf auditif* des deux oreilles ou d'autres nerfs. Elle prédispose aussi à des méningiomes* et des gliomes*, deux types de tumeurs se développant à partir des cellules du système nerveux.
- D'autres maladies génétiques comme la *naevomatose basocellulaire**, la *sclérose tubéreuse de Bourneville** et le *syndrome de Werner** sont associées à un risque accru de développer un sarcome des tissus mous.
- Les rayonnements ionisants* : l'exposition à des rayonnements ionisants peut augmenter le risque de sarcomes des tissus mous, même en l'absence d'autres facteurs de risque. Des sarcomes* peuvent dans des cas rares être causés par une exposition à des rayonnements réalisée pour traiter d'autres cancers tels que le cancer du sein ou les lymphomes*. Dans ce cas, le sarcome* apparaît en général au niveau de la zone du corps ayant été traitée par ces rayons. L'incidence augmente avec la dose de traitement et diminue avec l'âge. La durée moyenne séparant l'exposition aux rayonnements et le diagnostic de sarcome* est d'environ 10 ans. L'exposition aux rayonnements reste néanmoins une cause très rare de sarcomes des tissus mous.
- Les agents chimiques : de nombreux agents chimiques cancérigènes* ont été présentés comme des facteurs de risque de sarcomes des tissus mous, bien que très peu d'associations aient été clairement établies. Il y a un lien entre l'exposition au chlorure de vinyle* ou à l'arsenic et l'angiosarcome* (un type de sarcome des tissus mous) hépatique* et entre l'exposition aux herbicides* de type phénoxy et aux dioxines* et les sarcomes des tissus mous en général. Les expositions professionnelles présentent le risque le plus élevé.

COMMENT SONT DIAGNOSTIQUES LES SARCOMES DES TISSUS MOUS ?

Souvent, les sarcomes* ne déclenchent pas de symptômes jusqu'à ce que leur taille soit suffisante pour compresser un organe, un nerf ou un muscle. Ils peuvent apparaître dans n'importe quelle région du corps et les symptômes dépendent de la partie de l'organisme affectée. La détection s'effectue principalement quand une bosse apparaît sur une jambe, un bras ou le tronc. La maladie est aussi parfois détectée lors de l'analyse d'autres symptômes ou lors d'examen de routine.

Le diagnostic du sarcome* est basé sur les examens suivants :

- 1. Les antécédents médicaux et l'examen clinique.** Votre médecin commencera par relever vos antécédents médicaux complets, en vous demandant quand les symptômes ont commencé et comment ils ont évolué au fil du temps, et il vérifiera les facteurs de risque. Il effectuera alors un examen clinique complet, y compris de la zone où se trouvent la grosseur et/ou la douleur. Si le sarcome* se trouve dans une partie d'un bras ou d'une jambe, le symptôme le plus courant est un gonflement gênant. Parfois, ce gonflement peut être douloureux ou sensible, mais il peut être aussi indolore. Si le sarcome* se trouve dans la partie centrale du corps (tronc), les symptômes dépendront des organes affectés. Par exemple, un sarcome* dans les poumons peut provoquer un essoufflement et de la toux ; une grosseur dans l'abdomen peut provoquer des douleurs abdominales, des vomissements et de la constipation ; un sarcome* affectant l'utérus peut provoquer des saignements et des douleurs localisées dans la partie inférieure de l'abdomen survenant en dehors des périodes menstruelles ou après la ménopause*.
- 2. Des analyses de sang.** Un échantillon de sang est prélevé pour vérifier votre état de santé général et pour analyser les fonctions du foie et du rein, ainsi que les cellules sanguines.
- 3. Un examen radiologique*.** Une large gamme de techniques d'imagerie est utilisée pour examiner l'intérieur du corps et déterminer l'étendue des sarcomes des tissus mous, et pour établir la présence ou l'absence de métastases à distance.
 - **Une radiographie pulmonaire*** : une radiographie complète de la poitrine peut être réalisée pour déterminer si le sarcome* s'est propagé aux poumons, un des sites de propagation les plus courants.
 - **Une échographie** : il s'agit d'un type d'examen qui utilise des ondes sonores et leurs échos pour créer des images de l'intérieur du corps. Il existe différents types d'échographies* en fonction de la partie du corps examinée et de la raison de l'examen. Une échographie* externe peut servir pour examiner le foie, les reins et les autres organes de l'abdomen, du bassin ou la fonction rénale. Une sonde* d'échographie* placée dans le vagin permet au médecin d'examiner l'utérus. L'échographie endoscopique (EUS) utilise un instrument en forme de tube appelé endoscope qui porte un scanner à ultrasons. Cette technique utilise des ondes sonores pour produire des images des organes abdominaux.



- **Un scanner*** : un scanner est une technique de radiographie* qui produit des images détaillées de l'intérieur du corps. Vous pouvez être invité à boire un liquide appelé produit de contraste et il est également possible qu'un produit de contraste soit donné par voie intraveineuse pour que les organes ou tissus apparaissent plus clairement à l'image.
- **Un PET scan** : la tomoscintigraphie par émission de positons s'utilise principalement pour savoir si le sarcome* s'est propagé vers d'autres parties du corps. Cette technique utilise une substance qui contient du glucose* et qui est injectée dans le sang du patient. Cette substance à base de glucose radiomarqué* est absorbée par les cellules cancéreuses qui sont moins capables de l'éliminer que les tissus normaux de sorte qu'elle reste « piégée » dans les tissus cancéreux. Les PET scans peuvent également servir à étudier l'effet du traitement sur les tumeurs.
- **L'IRM** : l'imagerie par résonance magnétique utilise des champs magnétiques et des ondes radio pour créer une série d'images détaillées des tissus du corps. L'IRM est en mesure de détailler plus clairement les tissus mous que les autres types de scans. Cette technique est souvent mise en œuvre pour les tumeurs des membres.
- **La scintigraphie osseuse** : il s'agit d'un type d'image médicale utilisant une substance radiomarquée* pour savoir si le sarcome* s'est propagé aux os. La substance radiomarquée* se diffuse aux zones de modification des os, qui apparaissent plus claires et indiquent une possible propagation de la tumeur.



4. **L'examen anatomopathologique.** L'examen anatomopathologique* se fait sur un morceau de tumeur (biopsie) ou sur toute la tumeur si celle-ci a été enlevée par chirurgie. Seul l'examen anatomopathologique* de la tumeur va permettre d'indiquer si la tumeur est un sarcome des tissus mous et quel est le type de sarcome*. L'examen indiquera également le « grade de malignité »*, c'est-à-dire un score de l'agressivité des cellules constituant la tumeur. Ces grades seront expliqués plus loin dans le document.

Une biopsie* est le prélèvement d'une partie de la tumeur qui sera examinée au microscope pour étudier les cellules cancéreuses. Il existe différents types de biopsies : la biopsie à l'aiguille, la biopsie-exérèse et la biopsie ouverte.

- **Biopsie à l'aiguille** : prélèvement de cellules à partir d'une tumeur effectué avec une aiguille. Avant d'effectuer la biopsie*, le médecin injecte un anesthésique local* pour insensibiliser la zone concernée. Plusieurs prélèvements sont parfois réalisés. Si la tumeur est implantée profondément dans le corps, le médecin peut utiliser l'échographie* ou un scanner* pour guider l'aiguille jusqu'à l'emplacement de la tumeur.
- **Biopsie incisionnelle/excisionnelle** : sous anesthésie*, le médecin utilise un bistouri pour retirer un morceau de tissu de la tumeur (« incisionnelle ») ou la tumeur entière (« excisionnelle » ou biopsie-exérèse). C'est l'option la plus pratique pour les sarcomes* relativement petits situés près de la surface du corps (lésions superficielles inf. à 5 cm).
- **Biopsie ouverte** : le médecin utilise un bistouri pour ouvrir la zone concernée et retirer un échantillon de tissu de la tumeur ou la tumeur entière. Cette intervention peut être réalisée sous anesthésie* locale ou générale, en fonction de l'emplacement ou de la profondeur de la tumeur.



QUE FAUT-IL IMPERATIVEMENT SAVOIR POUR DETERMINER LE TRAITEMENT OPTIMAL ?

Les médecins doivent prendre en compte de nombreux aspects du patient et du cancer afin de décider du meilleur traitement.

Les informations importantes à propos du patient

- L'état de santé général
- Les antécédents médicaux personnels
- Les antécédents de cancer chez des proches
- Pour les femmes, leur situation concernant la ménopause*, qui nécessite dans certains cas un examen sanguin pour mesurer le taux de certaines hormones dans le sang
- Les résultats de l'examen clinique effectué par le médecin
- Les résultats des examens sanguins réalisés pour évaluer les globules blancs*, les globules rouges* et les plaquettes*, et pour mettre en évidence toute anomalie des fonctions cardiaques, hépatiques et rénales.



Les informations pertinentes sur le cancer

- **Les résultats de la biopsie***

L'échantillon de tumeur prélevé par biopsie* est examiné en laboratoire. Cet examen est appelé anatomopathologie*. Le second examen anatomopathologique* implique l'examen de l'ensemble de la tumeur après son ablation chirurgicale. Il est très important, car il permet de confirmer les résultats de la biopsie et d'obtenir davantage de renseignements sur le cancer. Les résultats de l'examen de la biopsie* doivent inclure :



- **Le type histologique :** Les sarcomes des tissus mous comprennent plusieurs dizaines de sous-types histologiques différents. Il est fortement recommandé que l'examen de l'échantillon prélevé durant la biopsie* et de la tumeur complète soit effectué par un anatomopathologiste expert* dans un centre de référence. Les sous-types de sarcomes des tissus mous les plus fréquents chez les adultes sont :

- **Le sarcome des tissus mous pléomorphe indifférencié (ou non classé)* :** bien que rare, il s'agit du sarcome* apparaissant le plus fréquemment à l'âge adulte. Il se forme dans toutes les parties du corps, mais le plus souvent dans la jambe, et plus particulièrement dans la cuisse.
- **Le liposarcome*** se forme à partir des cellules de stockage des graisses dans les tissus mous profonds. Il peut apparaître dans toutes les régions du corps, mais plus de la moitié des cas de liposarcomes* se situent dans la cuisse et plus d'un tiers impliquent des tissus de l'abdomen.
- **Le léiomyosarcome*** se forme à partir de cellules se trouvant dans un type de tissu musculaire appelé muscle lisse. Ces muscles lisses se trouvent dans les parois des organes tels que le cœur et l'estomac, ainsi que dans la paroi des vaisseaux sanguins. Cela signifie que les léiomyosarcomes peuvent se développer partout dans le corps, mais leurs emplacements les plus fréquents sont les parois de l'utérus, les membres et l'estomac.

- **Le sarcome synovial*** apparaît généralement à proximité des principales articulations du bras, des jambes et du cou.
- **Les tumeurs malignes des gaines des nerfs périphériques** (ou MPNST de l'acronyme anglais)* se forment à partir du tissu conjonctif entourant les nerfs. Ils sont aussi appelés neurofibrosarcome ou schwannomes malins*.
- **L'angiosarcome*** se développe dans les structures de la paroi interne des vaisseaux sanguins et peut apparaître dans toutes les parties du corps. La plupart du temps, il se forme dans la peau, la poitrine, le foie, la rate et les tissus profonds.
- **Les tumeurs fibreuses solitaires (TFS)*** touchent principalement la plèvre*.
- **Le dermatofibrosarcome de Darier Ferrand** (ou DFSP)* se développe dans les couches profondes de la peau et apparaît le plus souvent sur le torse, mais aussi sur les zones des bras, des jambes, de la tête et du cou.
- **Les tumeurs desmoplastiques à petites cellules (TDPC)*** surviennent chez les adolescents et les jeunes adultes et présentent généralement une évolution agressive. Les manifestations cliniques sont souvent en lien avec la propagation de la maladie à l'ensemble de l'abdomen.
- **Le rhabdomyosarcome*** se forme à partir des cellules qui constituent les muscles squelettiques, c'est-à-dire, les muscles que l'on peut contrôler volontairement. Cependant, les rhabdomyosarcomes* peuvent aussi se former à partir des cellules de n'importe quel muscle, même à partir de parties du corps ou d'organes qui ne comportent pas de muscles squelettiques. Les localisations les plus courantes des rhabdomyosarcomes* comprennent la tête, le cou, la vessie, le vagin, les bras, les jambes et le tronc. De manière plus rare, un rhabdomyosarcome* peut se développer dans la prostate, l'oreille moyenne ou dans les voies biliaires.

Les tumeurs desmoïdes, appelées également fibromatose agressive ou fibromatose desmoïde, sont des tumeurs rares qui ne sont pas des sarcomes à proprement parler. On les regroupe généralement avec les sarcomes des tissus mous, car elles se forment à partir des fibroblastes, des cellules qui se trouvent dans l'ensemble du corps avec une fonction de soutien et de protection des organes tels que les poumons, le foie, les vaisseaux sanguins, le cœur, les reins, la peau, les intestins, etc. Les tumeurs desmoïdes peuvent survenir dans pratiquement toutes les parties du corps. Vous trouverez dans ce guide pour les patients les principes de traitement de ces tumeurs.*

- **Le grade :** le grade d'une tumeur indique son niveau d'« agressivité », tel que l'observe sous le microscope un médecin appelé anatomopathologiste*. Dans le cas des sarcomes des tissus mous*, il détermine à quel point la tumeur ressemble aux tissus normaux (différenciation), le nombre de cellules qui semblent se diviser (index mitotique*) et la quantité de la tumeur constituée de tissus morts (nécrose*). Le système de gradation de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC) est généralement utilisé. Il distingue trois grades de malignité basés sur la différenciation, la nécrose* et l'index mitotique*. Sur la base de ces trois caractéristiques, les tumeurs sont classées en tumeurs de grade 1 (faible), de grade 2 (intermédiaire) et de grade 3 (élevé). Plus le grade est faible, meilleur est le pronostic*.

- **Le profilage moléculaire :** des informations supplémentaires relatives aux caractéristiques de la tumeur peuvent faire l'objet de recherches. Celles-ci reposent sur l'étude de structures (telles que les chromosomes ou les gènes) et les molécules (telles que les protéines) des cellules. Ces analyses peuvent être effectuées pour confirmer ou préciser le type histologique du sarcome des tissus mous, fournir des informations supplémentaires sur le pronostic* de la maladie, ou pour aider à la prise de décision concernant le traitement, en particulier en ce qui concerne l'utilisation de thérapies ciblées* qui fonctionnent en se liant à une protéine ou une structure spécifique des cellules, et de ce fait, inhibent leur fonction.
- **La détermination du stade**
Les médecins déterminent le stade du cancer pour évaluer l'étendue du cancer dans le corps, un élément important pour déterminer le pronostic*. Le système de détermination du stade le plus largement utilisé pour les sarcomes des tissus mous est le système TNM. La combinaison des facteurs T, la taille de la tumeur et l'envahissement des tissus voisins, N, l'atteinte des ganglions lymphatiques*, et M, la présence de métastase(s)* ou propagation du cancer à d'autres organes du corps, va permettre de classer le cancer dans l'un des stades suivants. Pour les sarcomes des tissus mous, la classification TNM prend également en compte le grade de malignité (G), qui est un facteur de pronostic très important. Le stade est un élément fondamental pour prendre une décision appropriée concernant le traitement. Moins le stade est avancé, meilleur est le pronostic*.

Le tableau ci-dessous présente les différents stades des sarcomes des tissus mous. Les définitions étant plutôt techniques, il est hautement recommandé de s'adresser à un médecin pour des explications plus détaillées.

Stade	Définition
Stade IA	La tumeur <ul style="list-style-type: none"> - est classée en grade 1 ; - ne dépasse pas 5 cm dans sa plus grande dimension ; - ne s'est pas propagée dans les ganglions lymphatiques*, ni dans d'autres parties du corps.
Stade IB	La tumeur <ul style="list-style-type: none"> - est classée en grade 1 ; - dépasse 5 cm dans sa plus grande dimension ; - ne s'est pas propagée dans les ganglions lymphatiques*, ni dans d'autres parties du corps.
Stade IIA	La tumeur <ul style="list-style-type: none"> - est classée en grade 2 ou 3 ; - ne dépasse pas 5 cm dans sa plus grande dimension ; - ne s'est pas propagée dans les ganglions lymphatiques*, ni dans d'autres parties du corps.
Stade IIB	La tumeur <ul style="list-style-type: none"> - est classée en grade 2 ; - dépasse 5 cm dans sa plus grande dimension ; - ne s'est pas propagée dans les ganglions lymphatiques*, ni dans d'autres parties du corps.
Stade III	La tumeur <ul style="list-style-type: none"> - est soit classée en grade 3 et dépasse 5 cm dans sa plus grande dimension, mais ne s'est pas propagée aux ganglions lymphatiques* ou à d'autres organes du corps ; - ou s'est propagée aux ganglions lymphatiques*, indépendamment de sa taille ou de son grade.
Stade IV	Indépendamment de sa taille ou de son grade, la tumeur s'est propagée à d'autres parties du corps (métastases*).

QUELLES SONT LES OPTIONS DE TRAITEMENT ?

La planification du traitement implique une équipe multidisciplinaire* regroupant de professionnels médicaux avec un niveau élevé d'expérience dans la prise en charge de ces tumeurs (dans des centres de référence ou centres experts). La prise en charge implique généralement une réunion entre différents spécialistes, que l'on appelle réunion de concertation pluridisciplinaire* ou consultation oncologique multidisciplinaire. Lors de cette réunion, la planification du traitement est débattue en fonction des informations pertinentes mentionnées précédemment.



Le traitement combinera généralement des thérapies qui :

- agiront localement sur le cancer, telles que la chirurgie ou la radiothérapie* ;
- agiront sur les cellules cancéreuses dans tout le corps au moyen d'une thérapie générale* comme la chimiothérapie*.

L'importance du traitement dépendra du stade du sarcome*, des caractéristiques de la tumeur et des risques que courent les patients.

Les traitements possèdent leurs avantages, leurs risques et leurs contre-indications*. Nous recommandons aux patients de consulter leurs médecins pour connaître les avantages escomptés et les risques de chaque traitement afin d'être informés de leurs conséquences. Dans certaines situations, il existe plusieurs possibilités de traitement dont le choix doit être discuté en fonction de la balance entre les bénéfices attendus et les risques.

Plan de traitement pour la maladie localisée

Les sarcomes des tissus mous sont localisés quand ils sont confinés au site d'origine et ne se sont pas propagés aux tissus voisins ou à d'autres tissus ou régions du corps. À ce stade, le principal objectif thérapeutique est de retirer chirurgicalement la tumeur complète dès que possible. Il est néanmoins possible de mettre aussi en œuvre une radiothérapie ou une chimiothérapie* pour augmenter les chances de guérison définitive ou réduire le risque que la tumeur revienne.*

Le traitement pour la forme localisée de sarcome des tissus mous comprend des options thérapeutiques qui visent à agir localement dans la région touchée par la maladie.

La chirurgie

Le plus souvent, la chirurgie est le traitement standard mis en œuvre pour un sarcome localisé*. Comme les sarcomes des tissus mous sont rares, l'intervention doit être réalisée par un chirurgien spécialisé dans ces traitements. L'objectif de la plupart des interventions chirurgicales des sarcomes est une résection complète des tumeurs, sans laisser de cellules tumorales (marges négatives* au microscope), réduisant ainsi le risque de récurrence locale*.



L'intégralité de la résection chirurgicale peut être définie par différents termes :

- Une résection R0 signifie une élimination complète de toute la tumeur selon l'analyse des marges des tissus au microscope effectuée par l'anatomopathologiste*.
- Une résection R1 signifie que les marges de résection des parties montrent au microscope la présence de cellules tumorales.
- Une résection R2 indique une maladie résiduelle macroscopique (une portion de tumeur restée en place est visible à l'œil nu).

Les petits sarcomes* peuvent généralement être retirés efficacement par la chirurgie seule. Les marges R1 et R2 peuvent nécessiter un traitement supplémentaire par chirurgie. Les autres options consistent à traiter les marges réséquées contenant des cellules tumorales par des rayonnements, et si possible, par chimiothérapie*.

La radiothérapie

Les tumeurs de grade élevé, situées profondément dans le corps et dépassant 5 cm, sont souvent traitées par une association de chirurgie et de radiothérapie. La radiothérapie peut être utilisée avant (traitement néo-adjuvant) la chirurgie (pour réduire la taille de la tumeur et permettre son retrait complet) ou après la chirurgie (traitement adjuvant) pour tuer les cellules cancéreuses restantes. Une nouvelle opération peut être envisagée dans le cas de marges positives*.



La chimiothérapie

Il n'y a pas de consensus sur l'intérêt actuel de la chimiothérapie* pour les patients qui ont une maladie localisée. Une chimiothérapie* peut être envisagée seule ou en association avec la radiothérapie*, avant ou après la chirurgie dans certains cas. Elle peut être surtout envisagée dans ces deux situations :

- Quand la maladie présente un risque élevé de récurrence* (grade élevé, localisation profonde, taille dépassant 5 cm). Dans ce cas, l'objectif est de réduire le risque de récurrence* sous forme de métastase, tout en agissant sur la tumeur localement. Dans ces situations, l'utilisation de l'hyperthermie régionale associée à la chimiothérapie* s'est avérée en mesure de prolonger la survie sans récurrence de la maladie. L'hyperthermie régionale utilise une machine placée autour de la zone à traiter. La machine chauffe cette zone pendant 60 minutes à une température d'environ 42 °C. La chaleur tue directement les cellules tumorales, augmente l'efficacité des médicaments de chimiothérapie et induit une réponse immunitaire ciblant la tumeur.
- Cette technique est mise en œuvre quand la maladie est localisée, mais ne peut pas être réséquée du tout, ou quand la résection est incomplète, car une partie de la tumeur ne peut pas être retirée (marges positives*). Il peut en effet s'avérer impossible de retirer complètement une tumeur pour plusieurs raisons, notamment du fait de sa taille ou de sa localisation dans une zone considérée comme trop risquée pour l'ablation chirurgicale (implication des principaux vaisseaux sanguins, de nerfs importants, etc.). Certaines maladies dont souffre le patient peuvent aussi augmenter les risques d'une intervention chirurgicale.

Aujourd'hui, il est rare de recourir à des amputations pour des sarcomes* des membres, car il est souvent possible de retirer uniquement le cancer et certains des tissus l'entourant en utilisant une approche conservatrice, la chirurgie de « préservation des membres », en y associant éventuellement d'autres modalités de traitement comme la radiothérapie* et la chimiothérapie*.

Dans certains cas spécifiques, il peut être proposé une procédure connue sous le nom de perfusion* hyperthermique de membre isolé. Il s'agit d'une technique chirurgicale visant à injecter une dose élevée de chimiothérapie* dans le bras ou la jambe après que ce membre a été chauffé préalablement à une température d'environ 41 °C pour rendre les cellules cancéreuses plus sensibles aux effets de la chimiothérapie*. Cette technique nécessite une dérivation temporaire de la circulation sanguine au départ et à l'arrivée du membre par une intervention chirurgicale. Grâce à cette technique, il est possible d'obtenir une forte concentration de chimiothérapie* dans le membre avec une diffusion très limitée dans le reste du corps. Ce modèle de traitement est complexe et est limité aux centres expérimentés dans cette technique.

Plan de traitement pour la maladie avancée

Les sarcomes des tissus mous sont avancés quand ils se sont répandus depuis leur site d'origine à d'autres parties du corps. On parle alors de cancer métastatique. À ce stade, le principal objectif thérapeutique est de contrôler le cancer, ce qui conduit à une meilleure qualité de vie en améliorant les symptômes.

Il n'existe pas de maladie avancée « unique » et la décision de la meilleure stratégie de traitement requiert une étude approfondie des différentes options par une équipe pluridisciplinaire.

Parfois, la chirurgie peut être envisagée pour la maladie métastatique afin de soulager les symptômes, mais elle peut aussi permettre une guérison dans certains cas, notamment en cas de métastases* pulmonaires peu nombreuses, avec une croissance lente, sans lésions extra-pulmonaires.

Une radiothérapie* peut également être administrée pour soulager les symptômes et contrôler les métastases*, en particulier les métastases osseuses.

Cependant, la principale approche thérapeutique en cas de maladie avancée est l'utilisation de la thérapie générale*, qui comprend à la fois la chimiothérapie* et une thérapie ciblée*. Chaque type de médicament fonctionne différemment, mais tous modifient la manière dont se développent, se divisent et se réparent les cellules cancéreuses.

La chimiothérapie

La chimiothérapie* est le pilier du traitement de la maladie avancée, car les médicaments administrés se diffusent par la circulation sanguine et peuvent atteindre les cellules cancéreuses dans tout le corps. Les médicaments chimiothérapeutiques les plus utilisés pour les sarcomes des tissus mous sont la doxorubicine* et d'autres anthracyclines*, l'ifosfamide*, la trabectépine*, la gemcitabine*, le docétaxel* et le paclitaxel*.

Ces médicaments peuvent être administrés seuls ou en association, avec une prise en charge ambulatoire* ou durant une hospitalisation* de quelques jours. La chimiothérapie* est administrée en plusieurs cycles de traitement. Le schéma de chimiothérapie comprend habituellement un nombre spécifique de cycles sur une période de temps définie : le nombre de cycles dépend du type, de la taille et de l'emplacement du sarcome*, ainsi que de sa réponse aux médicaments.

Pour les patients atteints d'une maladie avancée, la chimiothérapie* doit être basée sur la doxorubicine* ou l'épirubicine* (deux médicaments appartenant à une même « famille » appelée les anthracyclines*). Aux patients atteints d'un angiosarcome*, il peut être proposé du paclitaxel* (ou du docétaxel*) au lieu de la doxorubicine*.

L'ajout d'autres médicaments à la doxorubicine* ou l'épirubicine* permet une diminution plus importante de la taille de la tumeur chez certains patients. Ce choix dépend essentiellement du type histologique du cancer, car les tumeurs sensibles à la chimiothérapie répondent mieux à l'association de médicaments. Dans la majorité des cas, l'ifosfamide* est préférable en association avec la doxorubicine* ou l'épirubicine*. La dacarbazine* combinée à la doxorubicine* est cependant préférable pour les patients atteints d'un léiomyosarcome* ou d'une tumeur fibreuse solitaire*.



Si la première chimiothérapie* administrée est sans résultat, il peut être proposé une autre chimiothérapie*, même si les preuves d'un possible effet bénéfique restent limitées. Le choix des médicaments dépendra des médicaments déjà administrés, ainsi que du type histologique de la tumeur. Les médicaments pouvant être envisagés comprennent l'ifosfamide*, la trabectedine*, la gemcitabine*, le docétaxel* et le paclitaxel*.

La thérapie ciblée

Il est également possible de mettre en œuvre une thérapie ciblée. Une thérapie ciblée est un médicament qui se lie à une protéine ou une structure spécifique jouant un rôle dans la croissance et la progression de la tumeur. Ses effets secondaires diffèrent de ceux des chimiothérapies* classiques et dépendent du mécanisme d'action des médicaments. Les médicaments ciblés approuvés pour le traitement des sarcomes des tissus mous en Europe sont :

- Le pazopanib (pour les sarcomes des tissus mous autres que les liposarcomes*)
- L'imatinib* (pour traiter les dermatofibrosarcomes, quand ils requièrent une thérapie générale*)

Des anecdotes de succès chez certains patients plaident en faveur de l'utilisation d'autres thérapies ciblées* pour les patients atteints de certains types de tumeurs rares. Nous vous recommandons d'interroger des médecins pour obtenir des explications plus détaillées sur ces options.

La radiothérapie

La radiothérapie peut être envisagée pour soulager les symptômes ou prévenir les complications, par exemple dans le cas de métastases osseuses*.

La chirurgie

La résection chirurgicale des métastases* peut être envisagée en fonction de leur emplacement et de l'historique de la maladie. Par exemple, cela est envisageable pour une métastase* pulmonaire apparaissant longtemps après le traitement initial, si le chirurgien pense qu'il est possible de la retirer complètement.

Pourquoi les essais cliniques sont-ils importants ?

Les essais cliniques* tentent de découvrir de nouveaux traitements pour le cancer et de déterminer si les nouveaux traitements sont sûrs et efficaces, ou meilleurs que le traitement standard. Les patients qui participent à un essai clinique* peuvent recevoir le traitement standard ou faire partie des premiers à recevoir de nouvelles options thérapeutiques. Les essais cliniques* ont aussi pour objectif de tester de nouvelles manières de prévenir une récurrence du cancer, de réduire les effets secondaires du traitement du cancer et de trouver de nouvelles méthodes de prévention, de dépistage ou de diagnostic du cancer. Les essais permettent d'approfondir les connaissances sur le cancer, d'améliorer les traitements actuels et de développer de nouveaux traitements pour les patients actuels et futurs. Nous vous encourageons à demander s'il existe des essais cliniques* auxquels vous pourriez participer.

Présentations cliniques spéciales et sarcomes des tissus mous spécifiques

La prise en charge de quelques sarcomes* très rares diffère de la prise en charge générale des sarcomes des tissus mous décrite jusqu'ici. Ces différences sont expliquées ci-après.

Sarcome rétropéritonéal

Certains sarcomes* surviennent dans le rétropéritoine*, qui est l'espace situé entre la paroi abdominale et le péritoine - une membrane* qui forme la paroi de la cavité abdominale et recouvre la plupart des organes intra-abdominaux. Les sarcomes* rétropéritonéaux se présentent le plus souvent sous la forme d'une masse abdominale qui peut devenir très volumineuse sans causer de symptômes. Les symptômes précoces les plus courants conduisant à la découverte d'un sarcome rétropéritonéal* sont une satiété plus rapide que d'habitude lorsque vous mangez, des douleurs dans l'abdomen, des saignements, une obstruction* gastro-intestinale ou un œdème* des jambes.

Une attention particulière doit être accordée au diagnostic des sarcomes rétropéritonéaux*, notamment en termes d'imagerie et de moyens d'obtention d'un échantillon de la tumeur (biopsie*). Pour ces raisons, il est indispensable que ces actions soient menées dans un centre ayant une expérience des sarcomes des tissus mous et que les résultats de l'imagerie médicale et de la biopsie* soient discutés au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

La chirurgie est le traitement standard des sarcomes rétropéritonéaux*. Une résection des organes de l'abdomen est souvent nécessaire et des marges de résection complète peuvent être difficiles à réaliser en raison de la complexité de l'anatomie dans cette partie du corps. L'administration de chimiothérapie*, de radiothérapie*, d'une hypothermie régionale ou l'association de ces derniers peut être envisageable avant la chirurgie, après une analyse attentive des pour et des contre, s'il est prévu que le traitement va réduire la taille de la tumeur et permettre donc une résection chirurgicale complète.

Bien qu'il ne s'agisse pas du traitement standard, une chimiothérapie* et une radiothérapie* peuvent être également envisagées après l'opération, mais montrent toutefois des avantages limités chez la plupart des patients.

Sarcome utérin

Le sarcome utérin est une tumeur dans laquelle les cellules malignes se forment dans les muscles de l'utérus ou dans d'autres tissus conjonctifs qui soutiennent l'utérus. Les types de tumeur comprennent les léiomyosarcomes*, les sarcomes du stroma de l'endomètre* et les sarcomes indifférenciés* basés sur le type de cellules dont ils se sont formés à l'origine. Les carcinosarcomes (également appelés tumeurs mixtes mullériennes) sont actuellement considérées comme des cancers provenant de tissu épithélial et sont traités comme des cancers de l'endomètre. Les symptômes courants sont des douleurs ou une sensation de lourdeur dans le bassin et des saignements inhabituels ou survenant après la ménopause. Le traitement standard des sarcomes utérins localisés est la chirurgie, qui peut inclure l'ablation de l'utérus et du col de l'utérus. Il n'est pas encore déterminé si l'ablation des deux ovaires et des trompes de Fallope* est utile. D'autres approches peuvent comprendre la radiothérapie*, la chimiothérapie*, l'hormonothérapie* et la simple observation sans intervention supplémentaire. Le choix de la meilleure approche dépend du sous-type du sarcome utérin, de son grade et de l'étendue de la maladie.

Fibromatose de type desmoïde

Les tumeurs desmoïdes (également appelé fibromatose* agressive ou profonde) se forment à partir de fibroblastes*, un type de cellules qui joue un rôle essentiel dans la guérison des plaies et la structure des organes vitaux. Les tumeurs desmoïdes peuvent se développer dans toutes les parties du corps. Les tumeurs desmoïdes superficielles se présentent généralement comme des grosseurs indolores ou légèrement douloureuses, alors que les tumeurs desmoïdes situées à l'intérieur de l'abdomen peuvent causer des douleurs, une rupture ou une compression des organes, ou des hémorragies.

Les tumeurs desmoïdes peuvent être indolentes* et ont des périodes de stabilité et de régression temporaires, ou elles peuvent être extrêmement agressives. Elles ne se métastasent* jamais et si leur croissance est lente, elles doivent être surveillées attentivement par un oncologue*.

Compte tenu de la croissance très lente de ces tumeurs, une stratégie de surveillance active* peut être la meilleure option. En cas de progression de la tumeur, le traitement optimal peut être la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie* ou l'hormonothérapie*.

Sarcome du sein

Les sarcomes du sein se forment dans le tissu conjonctif* du sein. Il peut s'agir de tumeurs primaires ou secondaires. Les tumeurs primaires se développent sans cause claire alors que les tumeurs secondaires se développent après une radiothérapie* ou à la suite d'un lymphoedème* chronique du bras ou du sein après un traitement pour une autre tumeur maligne. L'angiosarcome* est un type spécifique de sarcome du sein qui se développe dans les vaisseaux sanguins ou lymphatiques. Les angiosarcomes* sont généralement plus agressifs que les autres types de sarcomes du sein comme les tumeurs phyllodes et les carcinosarcomes.

Les patientes atteintes d'un sarcome du sein doivent être traitées dans des centres ayant l'expérience de ce type de sarcome. La chirurgie est l'option de traitement principale des sarcomes du sein. Le type de chirurgie peut inclure l'excision* large locale ou une mastectomie (ablation du sein entier). L'excision large, qui peut être envisagée pour les sarcomes plus petits, de faible grade, retire la tumeur et des tissus supplémentaires pour réduire les risques de récurrence*. La radiothérapie ou la chimiothérapie* peuvent être recommandées si la tumeur est très large ou si l'on découvre qu'elle s'est étendue au-delà du sein, ou pour réduire le risque de propagation.

QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES EVENTUELS DES TRAITEMENTS ?

Les risques et effets secondaires de la chirurgie

Les risques généraux de la chirurgie

Les interventions et les biopsies mineures présentent moins de risques que la chirurgie lourde : des douleurs, des infections à l'emplacement de l'intervention et des réactions à l'anesthésie locale* sont possibles.

Les risques des grandes opérations sont présents avec toutes les interventions chirurgicales effectuées sous anesthésie générale*. Ces complications sont rares et comprennent la thrombose veineuse profonde, des problèmes cardiaques ou respiratoires, des saignements, une infection ou une réaction à l'anesthésie*. Bien qu'il existe des risques, les médecins prendront les mesures les plus appropriées pour les minimiser. Avant toute intervention chirurgicale, l'hôpital doit vous informer clairement et soigneusement des risques encourus.



La résection* d'une tumeur dans le bras ou la jambe

Après votre opération, les médecins peuvent placer un tube dans la plaie pour éliminer tous les liquides qui s'accumulent dans la zone de l'opération ; ce drain sera retiré dès que le liquide aura cessé de s'écouler. Immédiatement après l'intervention, votre douleur sera habituellement contrôlée par l'administration continue d'analgésiques par voie péridurale ou intraveineuse* à l'aide d'une pompe électronique.

Les conséquences de la résection chirurgicale dépendent de l'étendue de l'intervention. Il n'est pas toujours possible de conserver le membre entier et parfois, une amputation d'une partie de ce dernier est nécessaire.

- Certaines personnes ressentent une douleur qui semble provenir de la partie amputée, appelée « douleur fantôme ». Il peut être difficile de traiter une douleur du membre fantôme* et des traitements spécifiques sont parfois nécessaires : des anticonvulsifs*, des antidépresseurs* et des opioïdes* peuvent soulager la douleur causée par des lésions nerveuses ou bloquer les signaux de la douleur.
- La rééducation commence rapidement après l'intervention chirurgicale. Le but de la rééducation est d'aider le patient à retrouver un niveau maximum de fonctionnalité et d'indépendance, tout en améliorant sa qualité de vie globale, physique, émotionnelle et sociale. Le physiothérapeute* vous montrera comment réaliser des exercices pour renforcer les muscles du tronc, des bras et des jambes afin de préparer la partie restante du membre à l'utilisation d'un membre artificiel (prothèse).



La résection* d'une tumeur dans l'abdomen

L'ablation chirurgicale des sarcomes des tissus mous situés dans l'abdomen peut impliquer l'ablation d'autres organes ou tissus (un rein, la rate, le pancréas ou une partie de l'intestin). Votre médecin vous indiquera comment le traitement influencera la vie quotidienne.

Les risques et effets secondaires de la radiothérapie

Les effets secondaires de la radiothérapie* peuvent survenir dans les organes qui sont ciblés directement, mais aussi dans des organes sains situés à proximité de la région irradiée. Les effets secondaires peuvent être plus intenses lorsque la radiothérapie* est administrée avec une chimiothérapie*. Une radiothérapie* s'ajoutant à la chirurgie peut également augmenter le risque de complications chirurgicales et peut provoquer des problèmes de cicatrisation des plaies. Les machines et techniques de radiothérapie* ont connu des améliorations majeures durant les dernières décennies, de sorte que les effets secondaires graves sont maintenant très rares.

La plupart des effets secondaires de la radiothérapie* disparaissent progressivement une fois que le traitement est terminé. Chez certaines personnes, ils peuvent cependant perdurer pendant quelques semaines, voire plus longtemps. L'équipe de radiothérapie vous épaulera durant cette période de traitement.



Les effets secondaires immédiats

Comme la radiothérapie* est un traitement local, ses effets secondaires sont également locaux. Effets secondaires généraux les plus fréquents de la radiothérapie* :

- Des réactions cutanées peuvent apparaître (rougeur, douleurs et/ou démangeaisons) trois à quatre semaines après le début de la radiothérapie externe, mais ces effets s'estompent habituellement deux à quatre semaines après la fin du traitement. Cependant, la zone traitée peut rester un peu plus pigmentée que la peau environnante.
- Une dysphagie, ou difficulté à avaler, due à une inflammation de l'œsophage est fréquente lors d'une radiothérapie* visant le cou ou des zones du thorax.
- Des nausées, des vomissements, des diarrhées : certaines personnes se sentent malades en raison du traitement. Cela est plus fréquent quand la zone de traitement est située à proximité de l'estomac ou des intestins.
- Une perte de cheveux peut survenir lorsque la tête est irradiée.
- La fatigue est un effet secondaire fréquent qui peut perdurer un certain temps après la fin du traitement.
- Des maux de bouche et une mucite orale* : votre bouche peut devenir douloureuse ou sèche, ou vous pouvez observer de petits ulcères se formant lors du traitement. Cela est fréquent lorsque la zone à traiter est proche de la cavité buccale. Il est très important de maintenir la muqueuse buccale bien hydratée et vos dents propres durant l'ensemble du traitement.

Les effets secondaires à long terme

Il est rare de développer des effets secondaires graves à long terme après une radiothérapie*. Cependant, des effets secondaires de cette nature peuvent affecter grandement la qualité de vie chez certains patients. Les effets secondaires à long terme suivants sont possibles :

- Des modifications à long terme de la peau ;
- Formation d'un lymphœdème*, un gonflement qui se produit lorsque les ganglions lymphatiques* et les vaisseaux sont endommagés par la radiothérapie* ;
- Une incontinence fécale*, une incontinence urinaire*, une infertilité* et une ménopause* (chez les femmes) lorsque le bassin est irradié. S'il existe un risque de stérilité à la suite de la radiothérapie*, votre médecin discutera de toutes les options avec vous et suggèrera une assistance avant votre traitement. Il peut être possible pour les hommes de conserver leur sperme et pour les femmes, de conserver leurs ovules pour une procréation future ;
- Des douleurs d'origine nerveuse quand des nerfs principaux se trouvent dans le champ des rayonnements.

La radiothérapie* est associée à un risque légèrement accru de développer une deuxième tumeur longtemps après le traitement. Pour réduire ce risque, il convient de planifier avec le plus grand soin le type et le dosage de la radiothérapie.

Les risques et effets secondaires de la chimiothérapie

Les effets secondaires de la chimiothérapie* sont fréquents, même si des progrès ont été réalisés dans leur prise en charge avec des mesures de soutien adéquates. Ils dépendent des médicaments administrés, des doses et des facteurs personnels. Si le patient a souffert d'autres pathologies dans le passé, il convient de prendre des précautions spécifiques ou d'adapter le traitement. C'est pourquoi vous devez communiquer tous vos antécédents à votre équipe soignante.

Voici la liste des effets secondaires susceptibles de se produire avec l'un ou plusieurs des médicaments chimiothérapeutiques utilisés pour traiter les sarcomes*. La nature, la fréquence et la gravité de ces effets varient pour chaque association de médicaments mise en œuvre.

Effets secondaires généraux les plus fréquents de la chimiothérapie* :

- Un risque d'infection : la chimiothérapie* fonctionne en interférant avec la capacité des cellules à se multiplier et peut réduire le nombre des globules blancs* qui combattent l'infection, un trouble appelé neutropénie*. Une analyse de sang sera pratiquée avant la chimiothérapie* afin de contrôler le nombre de vos globules blancs*.
- Des saignements : la chimiothérapie* peut réduire le nombre des plaquettes sanguines* qui aident le sang à coaguler. Parfois une transfusion plaquettaire est nécessaire si votre nombre de plaquettes* est faible.
- L'anémie* : la chimiothérapie* peut réduire le nombre des globules rouges*, ce qui cause fatigue et essoufflement. Une transfusion sanguine peut être nécessaire si votre nombre de globules rouges est bas.
- Des nausées et des vomissements : des médicaments antiémétiques* efficaces peuvent prévenir ou réduire ces symptômes.
- Des maux de bouche : votre bouche peut devenir douloureuse ou sèche, ou durant le traitement, vous verrez s'y former de petits ulcères. La consommation de grand quantité de liquide et un brossage régulier de vos dents permettent de réduire le risque d'ulcères ou de mucite.*
- La perte de cheveux : tous les médicaments de chimiothérapie ne provoquent pas la perte de cheveux. La perte de cheveux peut être totale ou les cheveux peuvent simplement s'affiner. Si vos cheveux tombent, ils repousseront presque toujours après 3 à 6 mois après la fin de la chimiothérapie*.
- La fatigue : il s'agit d'un effet secondaire fréquent de la chimiothérapie*.
- La stérilité : comme il existe un risque de stérilité, votre médecin discutera de toutes les options avec vous et suggèrera une assistance disponible avant votre traitement.

Une réaction locale peut survenir à l'emplacement de l'injection dans la veine, mais le tissu local peut aussi être endommagé si le médicament s'écoule par la veine.

Des effets secondaires plus spécifiques peuvent survenir en fonction des médicaments de chimiothérapie*. Tous les médicaments chimiothérapeutiques disponibles ne seront pas utilisés au cours de votre traitement. Leur choix dépendra du type de sarcome des tissus mous et par conséquent, le tableau des effets secondaires variera selon les médicaments utilisés. Il est important que l'équipe soignante vous informe dès le départ des effets secondaires spécifiques prévisibles des médicaments que vous recevrez.

- Par exemple, avec la doxorubicine* et l'épirubicine*, votre urine peut se colorer en rouge ou orange pendant quelques jours après le traitement. Il est important de le savoir, car cela n'est pas du sang, est dû uniquement à la couleur des médicaments et ne doit donc pas vous inquiéter.
- La doxorubicine* et l'épirubicine* peuvent aussi causer des lésions au muscle cardiaque. L'évaluation de la fonction cardiaque est donc importante avant le traitement par ces deux médicaments. Les risques de problèmes cardiaques dépendent du dosage des médicaments et de l'état du patient. Les problèmes cardiaques peuvent survenir, même si le patient ne présente pas de facteurs de risque. Ces médicaments peuvent rendre la peau plus sensible au soleil et causer des rougeurs dans les zones où le patient a reçu une radiothérapie* dans le passé.
- L'ifosfamide* peut provoquer des problèmes rénaux chez certains patients, avec la présence de sang dans les urines et des douleurs de la vessie. Dans certains cas, il peut également provoquer une neurotoxicité* avec somnolence, confusion et hallucinations.
- Le docétaxel* peut provoquer un gonflement ou une rétention de liquide. Il peut parfois causer une décoloration temporaire des ongles et une éruption cutanée avec démangeaisons. Des réactions allergiques graves sont possibles avec le docétaxel* lors de la première ou de la deuxième perfusion.
- La gemcitabine* peut provoquer des troubles pulmonaires avec des problèmes respiratoires, qui peuvent survenir jusqu'à deux semaines après l'arrêt de l'administration du médicament. La gemcitabine* peut provoquer des symptômes grippaux tels qu'une sensation de chaud ou de froid et/ou des tremblements et des maux de tête.
- La vinorébine* peut provoquer un engourdissement ou des fourmillements dans les doigts ou des orteils, un trouble connu sous le nom de neuropathie périphérique.
- La vincristine* peut provoquer de la constipation ou des crampes abdominales, de l'engourdissement ou des fourmillements dans les doigts et les orteils.
- La dacarbazine* peut altérer la fonction hépatique. La dacarbazine* peut irriter les veines et brûler la peau en cas d'écoulement du médicament hors de la veine lors de l'administration. Prévenez votre médecin si vous ressentez une rougeur, une brûlure, une douleur, un gonflement ou une fuite du liquide quand le médicament pénètre dans votre corps.
- La cisplatine* peut provoquer des lésions rénales. Par conséquent, des analyses de sang seront réalisées avant et durant le traitement pour vérifier la fonction rénale. Des solutés vous seront administrés au goutte-à-goutte par voie intraveineuse* avant et après la chimiothérapie* pour protéger vos reins.
- Le cyclophosphamide* peut provoquer des lésions de la vessie avec une irritation inconfortable lors de la miction. Le traitement peut affecter les reins et les fonctions hépatiques, mais ces effets secondaires sont généralement faibles et reviennent à la normale après le traitement. À doses élevées, le cyclophosphamide* peut endommager les poumons ou le cœur. Le développement d'un second cancer est un effet secondaire rare.
- La trabectedine* peut entraîner des lésions tissulaires si le médicament s'écoule hors de la veine. Elle peut aussi affecter les fonctions hépatiques et rénales, et parfois provoquer des douleurs dans les articulations ou les muscles quelques jours après la chimiothérapie*. Un autre effet secondaire potentiel est une thrombose veineuse profonde*.

Indiquez à votre médecin les symptômes que vous rencontrez, comme une éruption cutanée, des démangeaisons, de l'essoufflement, une respiration sifflante, de la toux, un gonflement du visage, des lèvres, de la langue, de la gorge ou d'autres signes.

Les risques et effets secondaires de la thérapie ciblée

Le pazopanib* et l'imatinib* sont les seules thérapies ciblées* approuvées pour le traitement médical des sarcomes des tissus mous.

Les principaux effets secondaires du pazopanib* incluent des œdèmes* (des jambes, bras et visage), un problème de cicatrisation des plaies, de l'hypertension artérielle, des diarrhées, de la fatigue, une fonction hépatique anormale (souvent marquée par une élévation des enzymes hépatiques mesurée lors des analyses de sang), des troubles de la coagulation (saignements et formation de caillots) et une modification des cheveux.

L'imatinib* peut causer des étourdissements, des diarrhées, des nausées et vomissements, des crampes musculaires, des saignements, une vision floue, des œdèmes*, le plus souvent autour des yeux ou dans les jambes, et des engourdissements ou des fourmillements dans les mains, les pieds ou les lèvres. L'imatinib* peut également causer une neutropénie* en réduisant le nombre de globules blancs* qui combattent les infections.

La plupart de ces effets secondaires peuvent être traités avec des médicaments appropriés ou des ajustements de doses ; c'est pourquoi il est très important d'informer votre médecin des troubles que vous ressentez.

COMMENT LES GROUPES DE SOUTIEN AUX PATIENTS PEUVENT-ILS VOUS AIDER ?

Par Markus Wartenberg du Sarcoma Patients EuroNet Association (www.sarcoma-patients.eu)

Le jour du diagnostic. Qu'il s'agisse d'un patient dans le cabinet du médecin, d'un soignant tenant la main d'un membre de la famille ou d'un ami à réconforter, un diagnostic de sarcome est une expérience nouvelle, imprévisible et terrifiante. Tout d'un coup, il faut apprendre, comprendre et faire face à un grand nombre d'informations. Mais heureusement, les patients et les soignants ne sont souvent pas seuls. Il y a des personnes dans la même situation, qui n'avaient jamais entendu le mot « sarcome » auparavant, qui savent ce que c'est de chercher des réponses, d'attendre des résultats d'examens, de trouver finalement le bon expert en sarcomes ou d'avoir à choisir parmi plusieurs options thérapeutiques.



Dans plusieurs pays européens, des patients atteints de sarcomes se sont regroupés et ont fondé des groupes de soutien et de défense des patients. Généralement, ce sont des organisations à but non lucratif fondées par les patients et leurs proches - pour les patients. Leur mission est de travailler avec les plus grands experts des sarcomes, le secteur de la recherche, les assurances maladie, les autres groupes de patients et les autres représentants des systèmes de santé afin d'optimiser l'information, le traitement et la recherche des patients présentant un sarcome, une tumeur GIST, une tumeur desmoïde ou un type spécifique de cancer des os. Les domaines les plus importants de leur action sont les suivants :

- L'amélioration du niveau d'information et de compétence des patients (les aider à se prendre en charge de manière autonome)
- La garantie d'un accès aux thérapies innovantes et l'amélioration de la qualité des traitements
- Le soutien à la recherche sur les sarcomes
- La sensibilisation dans le cadre des politiques nationales de santé

Dans le même temps, de nombreuses études montrent que le traitement en temps opportun dans des centres interdisciplinaires spécialisés dans les sarcomes améliore considérablement les résultats et le pronostic chez de nombreux patients. C'est pourquoi les directives internationales de traitement (ESMO et NCCN) ainsi que les organisations de patients atteints de sarcomes préconisent une prise en charge des sarcomes par des médecins et des centres expérimentés en raison de leur rareté.

Malheureusement, de nombreux patients atteints d'un sarcome des tissus mous perdent beaucoup de temps au sein du système de soins de santé avant d'entrer en contact avec des experts de cette maladie. Il est douloureux de constater que s'ils avaient été informés plus tôt de l'existence de centres experts des sarcomes, ou si leurs médecins les avaient adressés à ces experts, leur maladie aurait été diagnostiquée plus tôt et ils auraient profité d'un meilleur traitement. Nombre d'entre eux auraient un meilleur pronostic aujourd'hui.

Si l'on suspecte ou diagnostique un sarcome des tissus mous, il peut être utile d'obtenir le deuxième avis d'un autre médecin avant d'envisager une intervention chirurgicale ou un traitement de longue haleine. Par ailleurs, cela ne fait jamais de mal de chercher des résultats indépendants, comme ceux fournis par un centre de référence des sarcomes, si le patient a des doutes sérieux sur le diagnostic et/ou ne se sent pas bien conseillé. Un second avis peut en effet exclure la possibilité d'erreurs de diagnostic, confirmer des options thérapeutiques et éventuellement, présenter des méthodes de traitement nouvelles/différentes. Les groupes de soutien aux patients atteints de sarcomes ont une connaissance approfondie du paysage national des experts en sarcomes. Ils savent exactement où se trouvent les experts/centres de référence des sarcomes dans un pays et ils peuvent aider les patients à trouver le meilleur soutien pour un deuxième avis médical, un sous-type de sarcome très rare, une option de traitement spéciale ou une étude clinique.

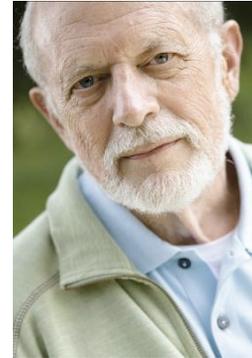
Si le patient recherche davantage d'informations concernant sa situation ou a juste besoin de parler, il a tout intérêt à contacter un groupe de soutien aux patients atteints de sarcomes.

Pour obtenir la liste des groupes de soutien aux patients atteints de sarcomes et d'associations liées, consultez la page de localisation de ces organisations sur le site Sarcoma Patients EuroNet Association, sur <http://www.sarcoma-patients.eu>.

QUE SE PASSE-T-IL APRES LE TRAITEMENT ?

Le suivi avec les médecins

Indépendamment du but de la thérapie, vous aurez plusieurs visites régulières de suivi durant plusieurs années après le traitement. Généralement, ces visites comprennent un examen clinique pour rechercher des signes de récurrence* du cancer et des examens sanguins pour contrôler votre état de santé général et les effets secondaires possibles du traitement. En fonction de la localisation initiale et du type du sarcome*, votre médecin peut aussi prescrire un examen radiologique* de la zone concernée, ainsi que des zones où la maladie pourrait réapparaître. Ces visites sont des moments importants où vous pourrez indiquer de nouveaux symptômes ou des évolutions que vous aurez remarqués, les problèmes que vous rencontrez, et poser les questions que vous souhaitez.



Au début, ces visites ne seront espacées que de quelques mois. Elles seront ensuite moins fréquentes, car le risque de retour du cancer diminue progressivement au fil du temps. Généralement, dans le cas de sarcomes des tissus mous à haut risque, les récurrences* surviennent généralement dans les deux ou trois premières années après le traitement. Les sarcomes à faible risque peuvent rechuter plus tard, mais rarement.

Le suivi systématique dépend du grade, de la taille et de l'emplacement de la tumeur. Le calendrier optimal pour un suivi systématique est indéterminé. Cependant, le suivi de routine après le traitement de sarcomes des tissus mous à grade ou intermédiaire ou élevé est plus intensif que celui des sarcomes* de bas grade.

Le retour à la vie normale

Le retour à la vie normale est l'un des principaux objectifs du traitement des sarcomes des tissus mous. Nous vous encourageons à partager avec votre médecin vos préoccupations, vos problèmes ou vos sentiments concernant le retour à la maison, au travail ou à l'école. Veillez à traiter ces sujets suffisamment à l'avance avec l'équipe soignante de façon à ce qu'elle puisse organiser de l'aide. Certains patients trouveront aussi une aide auprès de groupes d'anciens patients ou de sources d'information visant spécifiquement les patients. Un accompagnement psychologique assuré par un expert peut aussi s'avérer utile.

Et si le cancer réapparaît ?

Les sarcomes des tissus mous peuvent réapparaître dans la même zone que la tumeur initiale. C'est ce qu'on appelle une récurrence* locale. Les patients présentant une récurrence* locale isolée peuvent subir une nouvelle intervention chirurgicale destinée à réséquer la tumeur, mais ils peuvent aussi recevoir un traitement supplémentaire.

Les sarcomes des tissus mous peuvent aussi revenir dans des organes et des parties du corps différentes du site initial. On parle alors de métastases*. Chez les patients atteints de sarcomes*, les métastases* apparaissent principalement dans les poumons, les os et le foie. Comme les métastases*, notamment à un stade précoce quand elles peuvent être réséquées, peuvent ne produire aucun symptôme, votre médecin accordera une attention particulière à ces parties du corps lors du suivi. Chez les patients précédemment traités avec des médicaments systémiques*, d'autres lignes de traitement par chimiothérapie* ou thérapie ciblée* peuvent être envisagées.

La radiothérapie* peut être utilisée pour soulager les symptômes ou prévenir les complications liées à la tumeur.

Il est important que chaque récurrence* de tumeur soit évaluée par une équipe pluridisciplinaire d'experts* pour sélectionner la modalité de traitement ou la combinaison de traitements la plus appropriée.

Il peut aussi arriver qu'un cancer secondaire se déclare, un effet secondaire rare de certaines thérapies mises en œuvre pour traiter les sarcomes des tissus mous. En cas de suspicion de cancer secondaire, votre médecin ordonnera une série d'examens pour analyser son type et son étendue. Les options les plus appropriées de prise en charge seront discutées en équipe multidisciplinaire*, en prenant en considération les traitements précédents mis en œuvre pour le sarcome des tissus mous.

DEFINITIONS DES TERMES MEDICAUX

Anatomopathologie

Examen et étude des tissus et des cellules au moyen d'un microscope. Les tissus prélevés sur le corps par biopsie ou chirurgie sont placés dans un fixateur et transportés au laboratoire. Au laboratoire, ils sont découpés en section fine, colorés au moyen de différents colorants, puis étudiés au microscope.

Anatomopathologiste

Médecin spécialisé en anatomopathologie, l'étude des cellules et des tissus malades au moyen d'un microscope.

Anémie

Affection caractérisée par une réduction du nombre de globules rouges* ou de la quantité d'hémoglobine. Le fer contenu dans l'hémoglobine transporte de l'oxygène des poumons vers le reste de l'organisme, mais ce processus est réduit dans cette affection.

Anesthésie

État réversible de perte de conscience au cours duquel le patient ne ressent pas de douleur, perd ses réflexes normaux et réagit moins au stress. Cet état est induit artificiellement par l'emploi de certaines substances désignées sous le nom d'anesthésiques. L'anesthésie peut être totale ou locale et permet au patient de subir une opération chirurgicale.

Angiosarcome

Type de cancer qui apparaît dans les cellules qui tapissent les vaisseaux sanguins ou les vaisseaux lymphatiques. Un cancer qui naît dans les vaisseaux sanguins est appelé angiosarcome. Le cancer qui naît dans les vaisseaux lymphatiques est appelé lymphangiosarcome.

Anthracycline

Médicament utilisé en chimiothérapie pour traiter différents types de cancers.

Anticonvulsants

Groupe de médicaments utilisé pour prévenir ou soulager les crises d'épilepsie ou les convulsions. Autre nom : antiépileptiques.

Antidépresseur

Médicament utilisé pour traiter la dépression.

Antiémétique

Médicament empêchant ou réduisant les nausées et les vomissements, qui peuvent être associés aux thérapies anticancéreuses. Les médicaments antiémétiques comprennent le granisetron, le métoclopramide et l'ondansétron.

Biopsie

Prélèvement de cellules ou de tissus pour examen par un anatomopathologiste*. Celui-ci peut étudier le tissu au microscope ou réaliser d'autres tests sur les cellules ou tissus. Il existe de nombreux types de procédures de biopsie. Les types les plus courants sont : (1) la biopsie par incision : seul un échantillon de tissu est prélevé ; (2) la biopsie-exérèse : la totalité de la lésion ou de la zone suspecte est prélevée ; et (3) la ponction-biopsie : à l'aide d'une aiguille, un échantillon de tissu ou de liquide est prélevé. Lorsqu'une grosse aiguille est utilisée, on parle de biopsie au trocart. Lorsque l'aiguille utilisée est fine, la procédure est appelée ponction à l'aiguille fine ou cytoponction.

Cancérogène

Substance qui peut provoquer le cancer.

Chimiothérapie

Type de traitement médicamenteux contre le cancer qui tue les cellules cancéreuses et/ou limite leur croissance. Ces médicaments sont généralement administrés au patient par perfusion lente dans les veines. Toutefois, ils peuvent également être administrés oralement, par perfusion directe dans le membre ou par perfusion dans le foie, selon la localisation du cancer.

Chlorure de vinyle

Substance utilisée pour fabriquer des matières plastiques. Une exposition au chlorure de vinyle peut augmenter le risque de développer des tumeurs du foie, des tumeurs cérébrales, des cancers du poumon, des lymphomes* et une leucémie.

Cisplatine

Médicament utilisé pour traiter de nombreux types de cancers. Le cisplatine contient des sels de platine. Il tue les cellules cancéreuses en endommageant leur ADN et en les empêchant de se diviser. Le cisplatine fait partie de la famille des agents alkylants.

Contre-indication

État ou symptôme qui empêche l'administration d'un traitement ou d'une procédure chez un patient. Les contre-indications sont soit absolues, ce qui signifie que le traitement ne doit jamais être administré, soit relatives, ce qui signifie que le risque peut être compensé par les avantages apportés aux patients.

Cyclophosphamide

Médicament utilisé pour traiter de nombreux types de cancers et en cours d'étude pour le traitement d'autres types de cancers. Il permet également de traiter plusieurs types de maladies rénales chez l'enfant. Le cyclophosphamide se lie à l'ADN dans les cellules et peut tuer les cellules cancéreuses. Il fait partie de la famille des agents alkylants.

Dacarbazine

Médicament utilisé pour traiter le lymphome de Hodgkin* et le mélanome malin, et en cours d'étude pour le traitement d'autres types de cancers. Ce médicament se lie à l'ADN dans les cellules et peut tuer les cellules cancéreuses. Il fait partie de la famille des agents alkylants.

Dioxine

Sous-produit de divers procédés industriels connu pour sa haute toxicité.

Docétaxel

Le docétaxel appartient au groupe des médicaments anticancéreux connus sous le nom de taxanes*. Le docétaxel empêche les cellules de détruire le « squelette » interne qui leur permet de se diviser et de se multiplier. Lorsque ce squelette reste en place, les cellules ne peuvent pas se diviser et finissent par mourir. Le docétaxel affecte également les cellules non cancéreuses telles les cellules sanguines, ce qui peut entraîner des effets secondaires.

Douleur au niveau du membre fantôme

Sensation de douleur ou autres sensations désagréables ayant pour siège l'emplacement d'un membre manquant (fantôme).

Doxorubicine

Médicament utilisé pour traiter de nombreux types de cancers et en cours d'étude pour le traitement d'autres types de cancers. La doxorubicine provient d'une bactérie appelée Streptomyces peucetius. Elle détériore l'ADN et peut tuer les cellules cancéreuses. Il s'agit d'un type d'antibiotique antitumoral de la famille des anthracyclines. Autres noms : Adriamycine, Adriblastine, chlorhydrate de doxorubicine ou doxorubicine chlorhydrate.

Échographie

Procédure au cours de laquelle des ondes sonores à haute énergie se réverbèrent sur des tissus ou organes internes et produisent un écho. La structure de l'écho s'affiche sur l'écran d'un appareil à ultrasons, formant une image des tissus de l'organisme. Cette technique est également connue sous le nom d'ultrasonographie.

Épirubicine

Médicament utilisé en association avec d'autres afin de traiter les cancers du sein à un stade précoce qui se sont propagés aux ganglions lymphatiques*. Elle fait en outre l'objet d'études dans le traitement d'autres types de cancer. L'épirubicine est un type d'antibiotique de la famille des anthracyclines.

Essai clinique

Étude scientifique menée chez des patients pour évaluer si un nouveau traitement est sûr (innocuité) et s'il fonctionne (efficacité). On réalise des essais cliniques pour tester l'efficacité des médicaments ou de traitement non médicamenteux comme la radiothérapie*, la chirurgie ou l'association de différents traitements.

Examen radiologique

Examen qui utilise des technologies d'imagerie médicale (telles que la radiographie, l'échographie*, la tomodensitométrie et la médecine nucléaire) pour visualiser les organes, les structures et les tissus à l'intérieur du corps à la fois pour diagnostiquer et traiter des maladies.

Excision locale

Intervention chirurgicale destinée à retirer une petite zone de tissu malade ou problématique avec une marge de tissu normal. Cette procédure est généralement réalisée sur la poitrine et les lésions de la peau, mais peut être utilisée sur n'importe quel endroit du corps.

Fibroblaste

Cellule du tissu conjonctif qui fabrique et sécrète des protéines de collagène.

Fibrome

Tumeur bénigne* apparaissant habituellement dans l'utérus ou le tube digestif.

Fibromatose

Pathologie au cours de laquelle se développent plusieurs fibromes. Les fibromes sont des tumeurs bénignes qui touchent les tissus conjonctifs.

Ganglion lymphatique

Masse arrondie de tissu lymphatique qui est entourée d'une capsule de tissu conjonctif. Les ganglions lymphatiques filtrent la lymphe et abritent des lymphocytes. Ils sont placés le long des vaisseaux lymphatiques.

Gemcitabine

Médicament utilisé pour traiter le cancer du pancréas qui se trouve à un stade avancé ou qui s'est propagé. La gemcitabine est également utilisée en association avec d'autres médicaments pour traiter les cancers du sein qui se sont propagés, les cancers de l'ovaire à un stade avancé et les cancers du poumon non à petites cellules qui se trouvent à un stade avancé ou qui se sont propagés. Elle fait en outre l'objet d'études dans le traitement d'autres types de cancer. La gemcitabine empêche la cellule de fabriquer de l'ADN et peut tuer les cellules cancéreuses. C'est un antimétabolite.

Gène APC (adenomatous polyposis coli)

Gène suppresseur de tumeur. Une mutation de ce gène peut entraîner le développement d'un cancer colorectal.

Gène NF1

Gène responsable de la synthèse d'une protéine appelée neurofibromine. Cette protéine est produite dans de nombreux types de cellules, dont les cellules nerveuses, des cellules spécialisées appelées oligodendrocytes et les cellules de Schwann qui enveloppent les nerfs.

Gène RB

Gène suppresseur de tumeur.

Gène suppresseur de tumeurs

Type de gène produisant une protéine supprimant les tumeurs et qui permet de contrôler la croissance cellulaire. Des mutations (modifications de l'ADN) des gènes suppresseurs de tumeurs peuvent causer des cancers. Aussi appelé antioncogène.

Gliome

Type de tumeur du cerveau qui commence dans les cellules gliales (cellules qui entourent et soutiennent les cellules nerveuses).

Globule blanc

Cellule du système immunitaire impliquée dans la défense du corps contre les infections.

Globule rouge

Type le plus courant de cellules sanguines. C'est l'élément qui donne au sang sa coloration rouge. Sa fonction principale est le transport de l'oxygène.

Glucose

Le glucose est un sucre monosaccharide présent dans le tissu végétal et animal. Le glucose est la source d'énergie principale de l'organisme.

Hépatique

Le terme hépatique fait référence au foie. Une maladie hépatique est une maladie qui attaque le foie.

Herbicides de type phénoxy

Membre d'une famille de produits chimiques liés à l'hormone de croissance, l'acide indol-acétique (IAA). Lorsqu'ils sont pulvérisés sur des plantes à grandes feuilles, ils induisent une croissance rapide et incontrôlée qui peut même les tuer.

Hormonothérapie

L'utilisation d'hormones comme traitement médical.

Ifosfamide

Médicament utilisé en association avec d'autres pour traiter les tumeurs germinales du testicule qui n'ont pas répondu à un traitement précédent au moyen d'autres médicaments. Il fait en outre l'objet d'études dans le traitement d'autres types de cancer. L'ifosfamide se fixe à l'ADN dans les cellules et peut tuer les cellules cancéreuses. Il s'agit d'un type d'agent alkylant et d'antimétabolite.

Imatinib

L'imatinib est un inhibiteur de la protéine tyrosine kinase. Cela signifie qu'il bloque certaines enzymes spécifiques appelées les tyrosines kinases. Ces enzymes sont présentes dans certains récepteurs à la surface des cellules cancéreuses, y compris les récepteurs qui sont responsables de la stimulation des cellules à division anarchique. En bloquant ces récepteurs, l'imatinib contribue à contrôler la division cellulaire.

Incontinence fécale

Incapacité à contrôler la fuite de selles de l'anus (incontinence intestinale).

Incontinence urinaire

Incapacité à contrôler l'écoulement de l'urine provenant de la vessie.

Index mitotique

Mesure de la rapidité avec laquelle les cellules cancéreuses se divisent et se développent. Pour déterminer l'index mitotique, on compte le nombre de cellules se divisant dans une quantité spécifique de tissu cancéreux. Cet index sert à déterminer le stade du mélanome (un type de cancer de la peau) et d'autres types de cancers. Les index mitotiques élevés sont liés à des taux de survie plus faibles.

Indolente (tumeur)

Type de cancer qui se développe lentement.

Intraveineux (voie intraveineuse)

Dans une veine. Le terme intraveineux fait généralement référence à une manière d'administrer un médicament ou une autre substance au moyen d'une aiguille ou d'un tube inséré dans une veine. Abréviations : IV

Kyste épidermique

Poche de tissu en forme de sac qui se forme dans l'épiderme, la couche externe des deux principales couches de la peau. Elle peut être remplie de liquide, d'air, de pus ou d'autres substances. La plupart des kystes sont bénins (non cancéreux).

Léiomyosarcome

Tumeur maligne (cancer) des cellules musculaires lisses qui peut survenir presque n'importe où dans le corps, mais que l'on trouve plus fréquemment au niveau de l'utérus, de l'abdomen ou du bassin.

Liposarcome

Cancer rare des cellules graisseuses.

Lymphœdème

Maladie caractérisée par une accumulation de liquide lymphatique dans les tissus, ce qui provoque un gonflement. Un lymphœdème peut survenir au bras ou à la jambe lorsque des vaisseaux lymphatiques sont bloqués, endommagés ou enlevés lors d'une intervention chirurgicale.

Lymphome

Cancer qui débute dans les cellules du système immunitaire. On distingue deux grandes catégories de lymphomes : les lymphomes hodgkiniens, caractérisés par la présence d'un type de cellules appelé cellule de Reed-Sternberg et les lymphomes non hodgkiniens, qui comprennent divers cancers des cellules du système immunitaire. Les lymphomes non hodgkiniens peuvent être subdivisés en cancers indolents, à croissance lente, et agressifs, à croissance rapide. Ces sous-types se comportent et réagissent au traitement différemment. Les lymphomes hodgkiniens et non hodgkiniens peuvent tous deux survenir chez l'adulte comme chez l'enfant. Le pronostic* et le traitement dépendent du stade et du type de cancer.

Maladie de Von Recklinghausen

Maladie appelée neurofibromatose 1, voir plus loin.

Marge négative

Pourtour ou bordure du tissu retiré lors d'une chirurgie du cancer. La marge est dite négative lorsque l'anatomopathologiste* n'observe aucune cellule cancéreuse en bordure du tissu, ce qui porte à croire que le cancer a été retiré dans son intégralité. À l'inverse, la marge est considérée comme positive lorsque l'anatomopathologiste observe des cellules cancéreuses en bordure du tissu, ce qui suggère que le cancer n'a pas été retiré dans son intégralité.

Marge positive

Pourtour ou bordure du tissu retiré lors d'une chirurgie du cancer. La marge est considérée comme positive lorsque l'anatomopathologiste observe des cellules cancéreuses en bordure du tissu, ce qui suggère que le cancer n'a pas été retiré dans son intégralité.

Membrane

En biologie, une membrane peut définir (1) une couche à l'intérieur d'une cellule et qui contient différentes structures internes, (2) une couche entourant une cellule et qui la sépare de son environnement, (3) une couche de cellules qui séparent un tissu d'un autre (comme la membrane basale de la muqueuse).

Méningiome

Tumeur à de croissance lente qui se forme dans les méninges (minces couches de tissus qui enveloppent et protègent le cerveau et la moelle épinière). Les méningiomes apparaissent généralement chez les adultes.

Ménopause

Période de la vie d'une femme caractérisée par l'arrêt de la production d'hormones par les ovaires et par la disparition des règles. La ménopause naturelle survient vers l'âge de 50 ans. Une femme est dite ménopausée à partir du moment où elle n'a pas ses règles pendant 12 mois consécutifs. Les symptômes de la ménopause incluent : bouffées de chaleur, sautes d'humeur, sueurs nocturnes, sécheresse vaginale, troubles de la concentration et infertilité.

Métastase

Propagation d'un cancer d'une partie de l'organisme à une autre. Une tumeur formée par des cellules qui se sont propagées est appelée une « tumeur métastatique » ou une « métastase ». La tumeur métastatique contient des cellules semblables à celles présentes dans la tumeur d'origine.

Mucite (orale)

Complication de certaines thérapies anticancéreuses caractérisée par l'inflammation de la muqueuse tapissant le système digestif. Elle se manifeste souvent par des ulcérations dans la bouche.

Muqueuse buccale

Tissu humide recouvrant l'intérieur de la bouche. Les glandes de la muqueuse fabriquent du mucus (un liquide épais et glissant). Autre nom : muqueuse.

Mutation

Modification dans la séquence des paires de bases de l'ADN qui constitue un gène. Les mutations opérées dans un gène ne le modifient pas nécessairement de manière permanente.

Naevomatose basocellulaire

Maladie génétique qui provoque des caractéristiques faciales inhabituelles et des pathologies de la peau, des os, du système nerveux, des yeux et des glandes endocrines. Les personnes atteintes de ce syndrome ont un risque accru de carcinome baso-cellulaire de la peau. Autres noms : syndrome de Gorlin, syndrome du carcinome naevoïde basocellulaire.

Nécrose

Se rapporte à la mort de tissus vivants.

Nerf auditif

Nerf jouant un rôle dans l'ouïe, l'équilibre et la position de la tête. Il possède deux branches, une branche cochléaire qui transmet les sons et une branche vestibulaire qui perçoit l'équilibre et la position de la tête. Autre nom : nerf vestibulocochléaire.

Neurofibrome

Tumeur bénigne qui se développe à partir des cellules et des tissus qui enveloppent les nerfs.

Neurotoxicité

Tendance de certains traitements à causer des lésions du système nerveux.

Neutropénie

Affection caractérisée par un nombre de neutrophiles (un type de globule blanc*) inférieur à la normale. On peut la constater en cas d'infections virales ou après la radiothérapie et la chimiothérapie*. Elle réduit la barrière immunologique contre les infections bactériennes et fongiques.

Obstruction gastrointestinale

Obstruction dans l'estomac ou les intestins.

Œdème

Accumulation anormale de liquide sous la peau ou dans une cavité du corps.

Oncologue

Médecin spécialisé dans le diagnostic et le traitement du cancer au moyen de la chimiothérapie*, de l'hormonothérapie, de la thérapie biologique et de la thérapie ciblée. L'oncologue est souvent le principal fournisseur de soins de santé pour les personnes atteintes de cancer. Un oncologue donne aussi des soins de soutien et peut coordonner le traitement prescrit par d'autres spécialistes

Oncologue pédiatre

Médecin spécialisé dans le traitement du cancer chez les enfants.

Opioïde

Substance utilisée pour traiter les douleurs modérées à sévères. Les opioïdes sont semblables aux opiacés, comme la morphine et la codéine, mais ne sont pas fabriqués à partir de l'opium. Ces substances se lient aux récepteurs opioïdes présents dans le système nerveux central. Les opioïdes sont généralement désignés sous le nom de narcotiques. Un opioïde est un type d'alcaloïde.

Orthopédiste

Chirurgien spécialisé dans le diagnostic et le traitement des blessures et des maladies du système musculo-squelettique. Ce dernier comprend les os, les articulations, les tendons, les ligaments et les muscles.

Ostéome

Morceau d'os se développant habituellement sur un autre morceau d'os, généralement le crâne. Il s'agit d'une tumeur bénigne.

Ostéosarcome

Cancer des os qui affecte généralement les gros os du bras ou de la jambe. Il survient le plus souvent chez les jeunes et affecte plus les hommes que les femmes. Autre nom : sarcome ostéogénique.

Patient en ambulatoire

Patient se rendant dans un établissement de soins de santé à des fins de diagnostic ou de traitement sans y passer la nuit. Autre nom : patient de jour.

Patient hospitalisé

Patient dont les soins nécessitent un séjour à l'hôpital, par opposition au patient en consultation externe ou en médecine ambulatoire*.

Paclitaxel

Médicament utilisé pour traiter le cancer du sein, le cancer de l'ovaire et le sarcome de Kaposi associé au SIDA. Il est également utilisé en association avec un autre médicament pour traiter le cancer du poumon non à petites cellules. Le paclitaxel est également en cours d'étude pour le traitement d'autres types de cancers. Il inhibe la croissance des cellules en bloquant leur division et il peut tuer les cellules cancéreuses. Il s'agit d'un type d'agent antimétabolique.

Pazopanib

Médicament utilisé pour traiter le carcinome rénal avancé, le type de cancer du rein le plus courant. Il sert aussi à traiter les sarcomes des tissus mous qui ont été traités avec d'autres médicaments anticancéreux. Il est également en cours d'étude pour le traitement d'autres types de cancers. Le pazopanib pourrait prévenir la croissance des nouveaux vaisseaux sanguins dont la tumeur a besoin pour se développer. Il s'agit d'un inhibiteur de protéine kinase et un agent antiangiogénique.

Perfusion hyperthermique de membre isolé

Procédure qui peut être utilisée pour administrer une solution chauffée de médicaments anticancéreux directement dans un bras ou à une jambe. La circulation du sang vers le membre et à partir de celui-ci est temporairement stoppée avec un garrot (un lien serré autour du membre) et les médicaments anticancéreux sont injectés directement dans le sang du membre. Cela permet à la personne de recevoir une dose élevée de médicaments dans la zone atteinte par le cancer.

Physiothérapeute

Professionnel de santé formé pour évaluer et traiter les personnes qui connaissent des pathologies ou des blessures qui limitent leur capacité à se déplacer et réaliser des activités physiques. Le physiothérapeute utilise des méthodes telles que l'exercice, les massages, les chaufferettes, la glace et la stimulation électrique pour renforcer les muscles, soulager la douleur et améliorer la mobilité. Il enseigne aussi des exercices pour prévenir les blessures et la perte de mobilité.

Plaquettes sanguines

Petits fragments cellulaires qui jouent un rôle fondamental dans la formation de caillots. Les patients qui ont un taux trop bas de plaquettes courent le risque d'avoir de graves hémorragies. Les patients qui en ont un taux trop élevé risquent de faire une thrombose, c'est-à-dire la formation de caillots de sang pouvant bloquer les vaisseaux sanguins et provoquer des accidents vasculaires cérébraux ou d'autres affections graves. Ces patients encourent aussi le risque d'avoir des hémorragies graves dues à un dysfonctionnement des plaquettes sanguines.

Plèvre

Fine couche de tissu qui entoure les poumons et tapisse la paroi intérieure de la cavité thoracique. Elle protège et amortit les poumons. Le tissu sécrète une petite quantité de liquide, qui agit comme un lubrifiant, en permettant aux poumons de bouger harmonieusement dans la cavité thoracique lorsque l'on respire.

Pronostic

Résultat ou évolution probable de la maladie ; la probabilité de guérison ou de récurrence.

Radiomarqué

Marqué avec une substance radioactive. Une fois injectée dans le sang, il est possible de suivre la progression de la substance dans le corps à l'aide d'un détecteur.

Radiothérapeute

Spécialiste traitant le cancer avec des rayonnements. Il a un rôle différent des radiologues*, d'autres spécialistes qui effectuent des examens d'imagerie médicale pour diagnostiquer et suivre différentes pathologies.

Radiologue

Médecin spécialisé dans le diagnostic des maladies et des blessures grâce à l'utilisation d'examens d'imagerie tels que les radiographies*, les scans CT*, et l'IRM* (imagerie par résonance magnétique).

Radiothérapie

Thérapie utilisant des rayonnements pour traiter le cancer. Ces rayonnements sont toujours orientés vers une zone spécifique du cancer.

Rayonnement ionisant

Type d'irradiation provoquée par des rayons X*, des substances radioactives, des rayonnements qui pénètrent dans l'atmosphère terrestre depuis l'espace ou d'autres sources. À fortes doses, les radiations ionisantes augmentent l'activité chimique à l'intérieur des cellules et peuvent provoquer des problèmes de santé, dont le cancer.

Rayons X

Rayonnement utilisé pour reproduire des images de l'intérieur des éléments. En médecine les rayons X sont utilisés pour examiner l'intérieur du corps.

Récidive

Se dit d'un cancer ou d'une maladie qui réapparaît, généralement après une période durant laquelle le cancer ou la maladie était absent(e) ou ne pouvait être détecté(e). Le cancer ou la maladie peut réapparaître au même endroit que la tumeur d'origine (primaire) ou à un autre endroit du corps. Autres noms : cancer ou maladie récidivant(e).

Rétropéritoine

Espace situé à l'arrière de la cavité abdominale, derrière (donc « retro ») une membrane appelée péritoine et devant les muscles et os qui constituent le bas du dos (également appelé paroi postérieure de la cavité abdominale). Tous les organes situés derrière le péritoine sont situés dans le rétropéritoine et sont donc appelés « organes rétropéritonéaux ». Parmi ceux-ci on compte par exemple les reins, une partie du pancréas et une partie du colon.

Rhabdomyosarcome

Cancer qui se forme dans les tissus mous, dans un type de muscles appelé muscles striés. Les rhabdomyosarcomes peuvent apparaître dans toutes les parties du corps.

Sarcome

Cancer des os, du cartilage, de la graisse, des muscles, des vaisseaux sanguins, ou d'autres tissus conjonctifs ou de soutien.

Sarcome de Kaposi

Type de cancer dont les lésions (zones anormales) se forment au niveau de la peau, des ganglions lymphatiques*, de la muqueuse de la bouche, du nez, de la gorge et d'autres tissus du corps. Ces lésions sont généralement violettes et sont constituées de cellules cancéreuses, de nouveaux vaisseaux sanguins et de cellules sanguines. Elles peuvent apparaître simultanément à plusieurs endroits du corps. Le sarcome de Kaposi est lié à l'infection par le virus de l'herpès humain de type 8. Dans les pays occidentaux, il survient habituellement chez les personnes dont le système immunitaire est affaibli par le SIDA ou par les médicaments utilisés lors de la greffe d'organes. Il est également observé chez les hommes âgés de descendance juive ou méditerranéenne, ou chez les jeunes hommes en Afrique.

Sarcome des tissus mous pléomorphe indifférencié/non classé

Cancer apparaissant dans les muscles, la graisse, les tissus fibreux, les vaisseaux sanguins ou dans tout autre tissu de soutien présent dans l'organisme.

Sarcomes du stroma de l'endomètre

Type de sarcome apparaissant dans les tissus de l'utérus.

Sarcome rétropéritonéal

Type de cancer qui apparaît dans les os ou les tissus mous du corps, y compris les cartilages, la graisse, les muscles, les vaisseaux sanguins, les tissus fibreux, ou d'autres tissus conjonctifs ou de soutien. Les différents types de sarcomes dépendent du lieu d'apparition du cancer. Dans ce cas, le cancer se forme dans le rétropéritoine, la zone située derrière le péritoine.

Sarcome synovial

Sarcome malin qui se développe dans la membrane synoviale des articulations.

Scanner

Forme de radiographie dans laquelle les organes du corps sont scannés avec des rayons X* et les résultats sont synthétisés par un ordinateur, en vue de générer des images de parties du corps.

Schwannome

Tumeur du système nerveux périphérique qui apparaît dans la gaine des nerfs (enveloppe protectrice). Il est presque toujours bénin, mais des cas de schwannomes malins ont été signalés.

Sclérose tubéreuse de Bourneville

Anomalie génétique causant la formation de tumeurs bénignes (non cancéreuses) dans les reins, le cerveau, les yeux, le cœur, les poumons et la peau. Cette maladie peut aussi provoquer des convulsions, des troubles mentaux et différents types de lésions cutanées.

Sonde

Instrument long et fin utilisé pour explorer des plaies, des cavités ou des conduits du corps.

Surveillance active

Surveillance étroite de l'état d'un patient, mais sans lui donner de traitement, à moins que des symptômes apparaissent ou changent. La surveillance active est parfois utile pour les maladies qui progressent lentement. Elle est également utilisée lorsque les risques de traitement sont supérieurs aux avantages possibles. Lors d'une surveillance active, les patients peuvent passer certains tests et examens médicaux. La surveillance active est parfois utilisée dans le cancer de la prostate.

Syndrome de Werner

Maladie héréditaire qui se traduit par un vieillissement rapide qui commence au début de l'adolescence. Les patients peuvent être plus petits que la moyenne, présenter des problèmes de santé tels que la perte et le grisonnement des cheveux, le durcissement des artères, l'ostéoporose, le diabète et une peau mince et durcie. Ils présentent aussi un risque accru de cancer, notamment d'ostéosarcome (type de cancer des os). Le syndrome de Werner est causé par la mutation d'un gène impliqué dans la division cellulaire. Il s'agit d'une maladie autosomale récessive.

Tache café au lait

Tache plate marron clair sur la peau. Le terme « café au lait » indique la couleur de la tache.

Taxane

Type de médicaments qui bloque la croissance des cellules en arrêtant la mitose (division cellulaire). Les taxanes interfèrent avec les microtubules (structures cellulaires qui facilitent le déplacement des chromosomes durant la mitose). Ces agents sont utilisés pour traiter le cancer. Le taxane est un inhibiteur mitotique et un agent antimicrotubules.

Thérapies ciblées

Type de traitement qui utilise des médicaments ou d'autres substances telles que des anticorps monoclonaux pour identifier et attaquer des cellules cancéreuses spécifiques. Une thérapie ciblée peut avoir moins d'effets secondaires que les autres types de traitements anticancéreux.

Thrombose veineuse profonde

Formation d'un caillot sanguin au sein d'une veine profonde des jambes, du bassin ou des bras. Les principaux symptômes sont une douleur, un gonflement, une chaleur et une rougeur au niveau de la zone touchée. Aussi appelée phlébite profonde.

Tissu synovial

Tissu conjonctif fin, mobile et vascularisé qui compose les membranes entourant les articulations et les gaines de protection des tendons, où il recouvre les protubérances osseuses. Les cellules synoviales sécrètent un liquide appelé « synovie » qui sert de lubrifiant et des éléments nutritifs pour les surfaces des cartilages articulaires.

Trabectédine

Substance qui est extraite d'un type d'ascidie et à l'étude dans le traitement du cancer. La trabectédine agit en se liant à l'ADN et en y créant des ruptures. Elle bloque ainsi la capacité de la cellule à réparer les dommages touchant son ADN et peut provoquer la mort des cellules cancéreuses. La trabectédine est également synthétisée en laboratoire. Il s'agit d'un type d'inhibiteur de la réparation d'ADN par excision.

Traitement multimodal

Thérapie qui combine plusieurs méthodes de traitement. On parle aussi de thérapie associée ou de thérapie multimodale.

Traitements/médicaments systémiques

Traitement utilisant des substances qui se déplacent dans le flux sanguin, atteignent et affectent les cellules de tout l'organisme, par exemple, la chimiothérapie* et l'immunothérapie.

Trompes de Fallope

Conduits minces par lesquels les ovules passent de l'ovaire à l'utérus. Dans l'appareil reproducteur féminin, il y a un ovaire et une trompe de Fallope de chaque côté de l'utérus.

Tumeur bénigne

Tumeur non cancéreuse. Les tumeurs bénignes peuvent grossir, mais elles ne se propagent pas dans d'autres parties du corps. On qualifie également ces tumeurs de tumeurs non malignes.

Tumeur fibreuse solitaire (TFS)

Tumeur rare qui peut apparaître dans la plèvre* ou à n'importe quel emplacement dans les tissus mous. Elle peut être bénigne ou maligne.

Tumeur maligne des gaines des nerfs périphériques (MPNST)

Type de sarcome des tissus mous qui se développe dans les cellules qui forment une gaine de protection autour des nerfs périphériques, qui sont les nerfs qui sont en dehors du système nerveux central (cerveau et moelle épinière). Autres noms : schwannome malin ou neurofibrosarcome.

Tumeur stromale gastro-intestinale (GIST)

Type de tumeur se développant généralement à partir de la paroi du tube digestif. Elle peut être bénigne ou maligne.

Vincristine

Ingrédient actif d'un médicament utilisé pour traiter la leucémie aiguë. Elle est utilisée en association avec d'autres médicaments pour traiter la maladie de Hodgkin, le lymphome non hodgkinien*, le rhabdomyosarcome*, le neuroblastome et la tumeur de Wilms. La vincristine fait en outre l'objet d'études dans le traitement d'autres types de cancer. Elle inhibe la croissance cellulaire en arrêtant la division des cellules. Il s'agit d'un vinca-alcaloïde et d'un type d'agent antiméiotique.

Vinorelbine

Médicament anticancéreux qui appartient à la famille des médicaments appelés alcaloïdes de la pervenche.

Les Guides pour les patients de l'ESMO/Fonds Anticancer sont conçus pour aider les patients et leurs proches à comprendre la nature des différents types de cancer et évaluer les meilleures options de traitement disponibles. Les informations médicales décrites dans les Guides pour les patients s'appuient sur les recommandations de pratique clinique de l'ESMO, qui sont conçues pour guider les médecins oncologues au niveau du diagnostic, du suivi et du traitement des différents types de cancer. Ces guides sont réalisés par le Fonds Anticancer en étroite collaboration avec l'ESMO Guidelines Working Group et l'ESMO Cancer Patient Working Group.

Pour plus d'information, vous pouvez visiter www.esmo.org et anticancerfund.org

