

Les traitements du cancer du foie

COLLECTION
GUIDES PATIENTS

LE FOIE

LE CHOIX DES TRAITEMENTS

L'ABLATION PARTIELLE DU FOIE

LA GREFFE DE FOIE

LA DESTRUCTION PERCUTANÉE

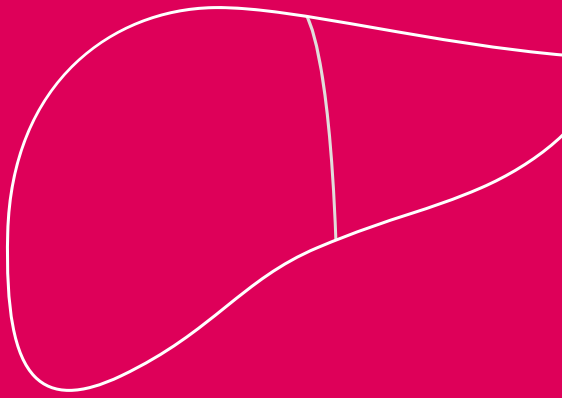
LA CHIMIOEMBOLISATION

LA THÉRAPIE CIBLÉE

LES TRAITEMENTS
SYMPTOMATIQUES

LES PROFESSIONNELS

LA VIE QUOTIDIENNE



L'Institut national du cancer est l'agence nationale sanitaire et scientifique chargée de coordonner la lutte contre le cancer en France.

Ce guide a été publié en octobre 2011 avec le soutien financier de la Ligue nationale contre le cancer.



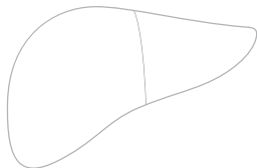
CE DOCUMENT S'INSCRIT DANS LA MISE
EN ŒUVRE DU PLAN CANCER 2009-2013

Mesure 19

Action 19.5 : Rendre accessible aux patients une information de référence sur les cancers afin d'en faire des acteurs du système de soins.

Ce document doit être cité comme suit : *@Les traitements du cancer du foie*, collection Guides patients Cancer info, INCa, octobre 2011.

Il peut être reproduit ou diffusé librement pour un usage personnel et non destiné à des fins commerciales ou pour des courtes citations. Pour tout autre usage, il convient de demander l'autorisation auprès de l'INCa en remplissant le formulaire de demande de reproduction disponible sur le site www.e-cancer.fr ou auprès du département communication institutionnelle de l'INCa à l'adresse suivante : diffusion@institutcancer.fr



Vous avez appris que vous avez un cancer du foie. La survenue de cette maladie provoque d'importants bouleversements. Elle s'accompagne aussi sans doute de nombreuses questions. En essayant d'y répondre concrètement, ce guide a pour objectif de vous accompagner dans la période des traitements qui commence.

Il explique les traitements qui peuvent vous être proposés, la façon dont ils sont choisis, leurs buts, leur déroulement, leurs effets secondaires. Il décrit le rôle des différents professionnels que vous rencontrez. Il aborde aussi les conséquences immédiates de la maladie sur la vie quotidienne comme la mise en ALD (affection longue durée), l'activité professionnelle, les aides à domicile, le soutien psychologique ou le rôle des proches.

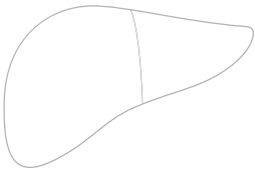
Enfin, un glossaire définit les mots que vous entendrez peut-être au cours de vos traitements. Ils sont identifiés par un astérisque (*) dans le texte.

Toutes les informations médicales sont issues des recommandations de bonne pratique en vigueur et ont été validées par des spécialistes du cancer du foie.

Ce guide présente la prise en charge de la forme la plus fréquente de cancer primitif du foie, le carcinome hépatocellulaire. Il exclut les formes plus rares de ce cancer telles que le cholangiocarcinome*, l'hémangioendothéliome épithélioïde*, ainsi que les métastases* touchant le foie mais issues d'un autre organe.

Les informations proposées ici peuvent ne pas correspondre précisément à votre situation qui est unique et connue de vous seul et du médecin qui vous suit. Elles décrivent les situations et les techniques les plus couramment rencontrées, mais n'ont pas valeur d'avis médical. Ces informations sont destinées à faciliter vos échanges avec les médecins et les membres de l'équipe soignante. Ce sont vos interlocuteurs privilégiés ; n'hésitez pas à leur poser des questions.

Pour obtenir des informations sur le suivi et la vie après les traitements du cancer du foie, rendez-vous sur www.e-cancer.fr/cancer-info.

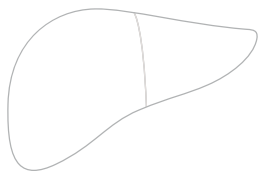


Points clés

- **Le foie est un organe vital.** Il fabrique la bile, filtre le sang, stocke le glucose et produit de nombreuses substances indispensables au maintien de l'équilibre dans l'organisme.
- Le cancer du foie le plus fréquent est le **carcinome hépatocellulaire ou hépatocarcinome**. Il se développe à partir des cellules spécialisées du foie, les hépatocytes.
- Le carcinome hépatocellulaire survient le plus souvent au cours de **l'évolution d'une maladie chronique du foie** comme une cirrhose ou une hépatite B ou C. Dans de rares cas, il se développe sur un foie sain.
- **Le choix des traitements est adapté à votre situation.** Lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), plusieurs médecins de spécialités différentes se réunissent pour discuter des meilleurs traitements possibles dans votre cas. Ils se basent pour cela sur des recommandations de bonne pratique. Ils peuvent également vous proposer de participer à un essai clinique.
- **Il existe quatre types de traitement du cancer du foie :** l'ablation partielle du foie (résection chirurgicale), la greffe de foie, la destruction tumorale percutanée et la chimiothérapie par chimioembolisation ou par médicament de thérapie ciblée.
- Lorsque le foie fonctionne normalement, **l'ablation partielle du foie** est le traitement principal. L'opération consiste à retirer la tumeur et une partie du foie. Sans complication, le foie peut se régénérer en quelques semaines.
- Lorsque le foie ne peut plus fonctionner normalement, le traitement de référence est **la greffe de foie**. La greffe permet de traiter dans le même temps le cancer et la maladie chronique du foie en remplaçant le foie atteint par un foie sain. C'est une opération lourde qui n'est

pas réalisable pour l'ensemble des malades en raison de nombreuses contre-indications.

- **La destruction tumorale percutanée** est une alternative à la chirurgie, réalisable dans certaines conditions de taille et de localisation de la tumeur et d'état général du foie. Cette technique utilise la chaleur (radiofréquence) ou le froid (cryothérapie) pour détruire la tumeur à travers la peau sans ouvrir l'abdomen.
- Lorsqu'il n'est pas possible de détruire ou de retirer la tumeur, deux traitements de chimiothérapie permettent de ralentir le développement du cancer : la chimioembolisation et la prise d'un médicament de thérapie ciblée.
 - **La chimioembolisation** consiste à injecter dans une artère du foie un produit pour bloquer la circulation et l'alimentation en sang de la tumeur. Dans le même temps, un médicament de chimiothérapie est injecté pour augmenter l'effet destructeur sur la tumeur.
 - **La thérapie ciblée** est un traitement par des médicaments qui agissent sur des mécanismes spécifiques aux cellules cancéreuses.
- L'équipe qui vous prend en charge est constituée de **professionnels de différentes spécialités** : hépato-gastroentérologue, chirurgien, oncologue médical, radiologue interventionnel, pathologiste... Ces professionnels travaillent en collaboration au sein de l'établissement de santé dans lequel vous recevez vos traitements et **en lien avec votre médecin traitant**.
- **Votre prise en charge est globale** et comprend par ailleurs tous les soins et soutiens complémentaires dont vous pourriez avoir besoin pendant et après les traitements tels qu'un soutien psychologique pour vous et vos proches, des conseils sur votre alimentation, la prise en charge d'une éventuelle addiction ou un accompagnement social.

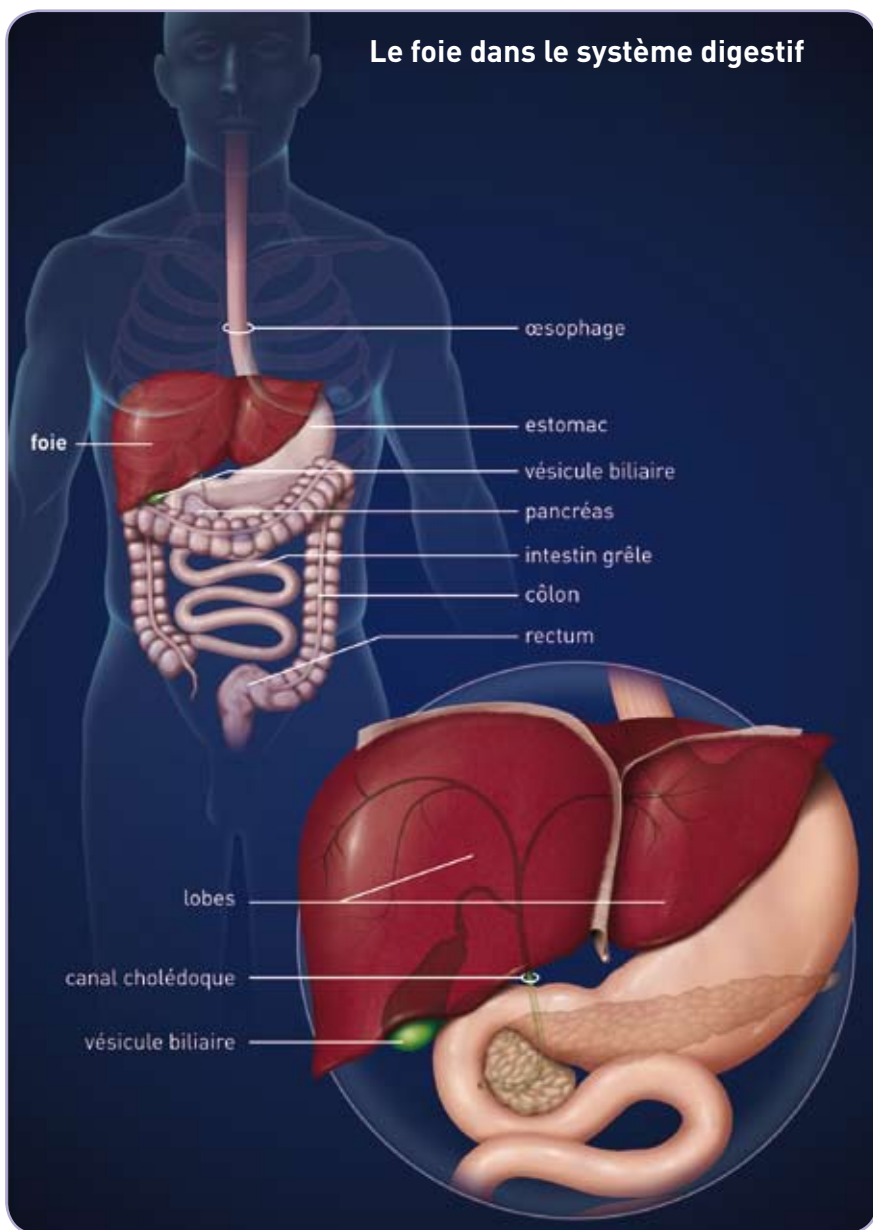


Sommaire

1.	Un cancer du foie, qu'est-ce que c'est ?	9
1.1	Quel est le rôle du foie ?	9
1.2	Comment le cancer du foie se développe-t-il ?	11
2.	Les traitements d'un cancer du foie	13
2.1	Le choix de vos traitements	14
2.2	Participer à un essai clinique	16
2.3	La prise en charge de la qualité de vie	17
3.	L'ablation partielle du foie	21
3.1	Comment se préparer à l'intervention ?	21
3.2	Les voies d'abord ou comment accéder à la tumeur ?	22
3.3	Comment se déroule l'opération ?	22
3.4	Que se passe-t-il après l'intervention ?	24
3.5	Quelles sont les complications possibles ?	26
4.	La greffe de foie	27
4.1	Dans quel cas une greffe de foie est-elle indiquée ?	27
4.2	Comment se préparer à l'intervention ?	28
4.3	Que se passe-t-il lorsqu'un foie est disponible à la greffe ?	29
4.4	Comment se déroule l'opération ?	30
4.5	Que se passe-t-il après l'intervention ?	30
5.	La destruction tumorale percutanée : la radiofréquence	33
5.1	Comment se préparer à l'intervention ?	33
5.2	Comment se déroule l'intervention ?	34
5.3	Que se passe-t-il après l'intervention ?	37
6.	La chimioembolisation	39
6.1	Comment se préparer à l'intervention ?	39
6.2	Comment se déroule l'intervention ?	39
6.3	Que se passe-t-il après l'intervention ?	42

7. La thérapie ciblée	43
7.1 Comment se déroule le traitement ?	43
7.2 Quels sont les effets secondaires possibles ?	44
8. Les traitements symptomatiques	49
8.1 La ponction d'ascite	49
8.2 Le traitement des varices œsophagiennes ou gastriques	50
9. Les professionnels et leur rôle	53
10. Questions de vie quotidienne	57
10.1 Qu'est-ce que l'ALD ?	57
10.2 La vie professionnelle pendant les traitements	58
10.3 Les aides à domicile	58
10.4 Bénéficier d'un soutien psychologique	59
10.5 Bénéficier de la prise en charge d'une addiction	60
10.6 Les proches	61
11. Ressources utiles	63
11.1 La plateforme Cancer info	63
11.2 Les associations et autres ressources	64
11.3 Les lieux d'information et d'orientation	65
12. Glossaire	67
Annexe : les examens du bilan diagnostique	76
Méthode et références	80

Le foie dans le système digestif



1. Un cancer du foie, qu'est-ce que c'est ?

QUEL EST LE RÔLE DU FOIE ?

COMMENT LE CANCER DU FOIE SE DÉVELOPPE-T-IL ?

Un cancer du foie survient lorsque des cellules du foie, initialement normales, se transforment et se multiplient de façon anarchique jusqu'à former une tumeur maligne.

1.1 QUEL EST LE RÔLE DU FOIE ?

Le foie fait partie de l'appareil digestif. C'est un des organes les plus volumineux du corps : il s'étend en longueur sur une vingtaine de centimètres. On peut le repérer en mettant sa main sur la droite de l'abdomen, sous les dernières côtes.

Il est composé de deux parties appelées lobes : un lobe droit volumineux et un lobe gauche plus petit.

Le foie possède de nombreuses fonctions indispensables à l'organisme.

- Il produit la bile* qui aide à la digestion des graisses. Un réseau de voies biliaires* parcourt le foie, collecte la bile fabriquée et la transporte jusqu'à la vésicule biliaire. Cette petite poche, attachée au foie, stocke la bile et la libère dans les intestins, lors des repas, par le canal cholédoque*.
- Il stocke le glucose, les vitamines et les minéraux issus de la digestion et qui lui sont amenés par le sang de la veine porte* hépatique. Il les libère dans le sang lorsque le corps en a besoin.
- Il fabrique des protéines* qui contribuent à la coagulation du sang afin de stopper les saignements en cas de coupure ou de blessure.
- Il débarrasse le sang des éléments nocifs comme les résidus de médicaments et les déchets de l'organisme.
- Il régule la quantité de certaines substances chimiques naturellement présentes dans le corps comme le cholestérol*.

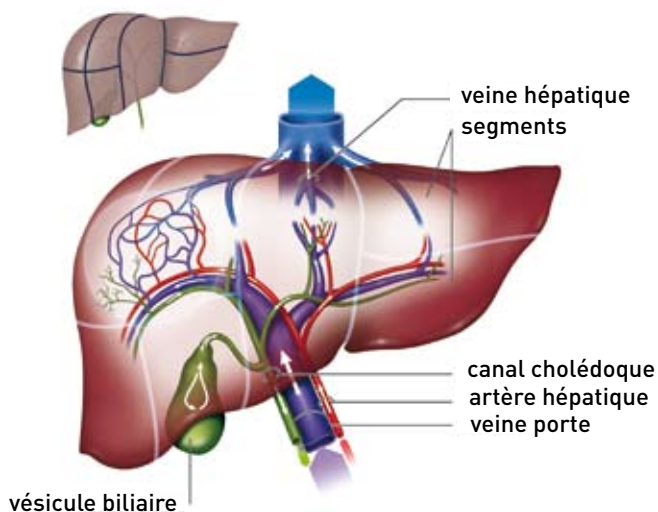
Un quart du volume du foie seulement est nécessaire pour faire fonctionner le corps normalement. Le foie possède également d'importantes capacités de régénération puisque si l'on retire une partie du foie, de nouvelles cellules se fabriquent rapidement et permettent au foie restant de grossir et de retrouver la taille d'un foie entier.

Le foie est alimenté par deux gros vaisseaux sanguins : la veine porte et l'artère hépatique. Le sang drainé par la veine porte provient de l'œsophage, de l'estomac et des intestins. La veine porte amène ainsi au foie un sang pauvre en oxygène mais riche en nutriments. L'artère hépatique provient du cœur et apporte au foie un sang riche en oxygène.

Ces deux vaisseaux, en entrant dans le foie, se divisent en plusieurs branches pour en alimenter les différentes parties. On appelle « segment » une partie du foie qui est alimentée par une branche de la veine porte hépatique et une branche de l'artère hépatique.

Après avoir irrigué l'ensemble des cellules du foie, le sang est évacué par la veine hépatique, qui se jette ensuite dans la veine cave inférieure qui retourne au cœur.

La circulation du sang et de la bile dans le foie



Le foie est composé essentiellement de cellules appelées **hépatocytes** qui s'organisent en petits groupes, les lobules, autour d'une veine centrale.

Dans 90 % des cas, le cancer primitif du foie se développe à partir des hépatocytes. On parle de **carcinome hépatocellulaire (CHC)** ou d'**hépatocarcinome**.

D'autres formes plus rares de cancers primitifs du foie peuvent se développer à partir des cellules des canaux biliaires (**cholangiocarcinome***) ou beaucoup plus rarement, des vaisseaux sanguins (**hémangioendothéliome épithélioïde***). **Ces formes de cancers ne sont pas traitées dans ce guide.**

CANCER PRIMITIF OU MÉTASTASES AU FOIE ?

Un cancer primitif du foie désigne une tumeur maligne qui s'est développée à partir des cellules du foie. Le foie peut également être atteint par des métastases, c'est-à-dire des tumeurs formées de cellules cancéreuses qui se sont détachées d'une tumeur située ailleurs dans l'organisme (par exemple dans le côlon ou le sein). Les traitements du cancer primitif du foie et des métastases hépatiques sont complètement différents. Ce guide présente uniquement les traitements du cancer primitif du foie.

1.2 COMMENT LE CANCER DU FOIE SE DÉVELOPPE-T-IL ?

Dans 9 cas sur 10, un cancer primitif du foie est une complication d'une maladie chronique du foie appelée cirrhose*. Un cancer peut aussi se développer alors que la cirrhose n'est pas encore présente comme dans certains cas d'hépatite* B. De manière rare, le cancer se développe sur un foie sain, sans cirrhose et sans hépatite.

De la cirrhose au cancer

Une cirrhose est une maladie à évolution lente et irréversible. Elle est la conséquence d'une modification progressive de l'organisation des cellules du foie.

L'alcool, les virus de l'hépatite B ou C ou plus rarement un excès en graisse ou en fer, agissent comme autant d'agressions sur les cellules. Lorsque l'agression est répétée, les cellules sont endommagées et détruites. Le foie produit alors un tissu fibreux pour remplir l'espace laissé par les cellules mortes, on parle de fibrose.

La fibrose empêche le sang de circuler correctement dans le foie jusqu'aux cellules encore vivantes. Elle peut, au fil du temps, se généraliser à l'ensemble du foie et l'empêcher de fonctionner normalement. On parle alors de cirrhose.

Les cellules du foie, fragilisées par la cirrhose, peuvent se transformer en cellules malignes, donnant naissance à un cancer.

Développement du cancer

Un cancer se développe lorsque des cellules se transforment et se multiplient de façon anarchique pour former une ou plusieurs tumeurs, appelées aussi nodules. À mesure que les cellules cancéreuses se multiplient, la tumeur grossit et peut envahir les vaisseaux sanguins ou les canaux biliaires.

Des cellules cancéreuses peuvent ensuite se détacher de la tumeur et emprunter les vaisseaux sanguins et lymphatiques pour aller envahir d'autres parties du corps comme les poumons, les os, les ganglions, le cerveau ou les glandes surrénales*. Les nouvelles tumeurs formées s'appellent des métastases.

Au moment du diagnostic, les médecins étudient précisément l'étendue du cancer et l'état du foie pour proposer le ou les traitements les mieux adaptés (voir page 13).

QUELQUES CHIFFRES

On estime à environ 8 200 le nombre de nouveaux cas de cancer du foie en France en 2011, dont près de 80 % concernent des hommes.

2. Les traitements d'un cancer du foie

LE CHOIX DE VOS TRAITEMENTS
PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE
LA PRISE EN CHARGE DE LA QUALITÉ DE VIE

Quatre types de traitements peuvent être utilisés : l'ablation partielle du foie, la greffe de foie, la destruction à travers la peau et la chimiothérapie (par chimioembolisation* et par thérapie ciblée*).

De manière générale :

- **l'ablation partielle du foie** permet d'enlever la tumeur lorsque le foie fonctionne normalement (voir page 21) ;
- **la greffe de foie** (ou transplantation hépatique) permet à la fois d'enlever la tumeur et de traiter une cirrhose lorsque le foie ne fonctionne plus normalement (voir page 27) ;
- **la destruction à travers la peau** (destruction tumorale percutanée) est une alternative à la chirurgie pour enlever les tumeurs de petite taille, lorsque leur localisation dans le foie le permet (voir page 33) ;
- **la chimiothérapie** (par chimioembolisation et par thérapie ciblée) vise à diminuer la taille de la tumeur et à ralentir le développement de la maladie (voir page 39 et page 43).

D'autres types de traitements n'ont pas pour objectif de traiter le cancer mais de prendre en charge les symptômes de la maladie ; on parle alors de traitements symptomatiques (voir page 49).

Les traitements décrits dans ce guide concernent le cancer primitif du foie dans sa forme la plus fréquente, le carcinome hépatocellulaire ou hépatocarcinome. Les formes rares et les métastases* touchant le foie font l'objet de traitements qui ne sont pas développés dans ce guide.

2.1 LE CHOIX DE VOS TRAITEMENTS

Le choix de vos traitements est adapté à votre cas personnel

Il dépend des caractéristiques du cancer, de l'état de votre foie et de votre situation personnelle.

Les caractéristiques du cancer : combien de nodules sont présents sur le foie ? De quelle taille ? Où sont-ils situés dans le foie, en profondeur ou à la surface, près de voies biliaires ou de vaisseaux sanguins ? Y a-t-il des métastases dans d'autres parties du corps ?

L'état de votre foie est également pris en compte : une cirrhose* est-elle présente ou pas ? Quel est son degré de sévérité ?

Pour évaluer la sévérité de la cirrhose, les médecins utilisent la classification de Child-Pugh*, qui va de la classe A (pour désigner une cirrhose légère) à la classe C (pour une cirrhose avancée).

La classification de Child-Pugh prend en compte :

- la présence ou non de symptômes de la cirrhose comme l'encéphalopathie* ou l'ascite* qui sont des signes de cirrhose grave ;
- les résultats du bilan sanguin qui permettent d'évaluer le fonctionnement du foie en mesurant la bilirubine* totale, l'albumine* et le taux de prothrombine*.

Des examens complémentaires comme une endoscopie œsogastro-duodénale* servent à évaluer l'hypertension portale, c'est-à-dire une pression trop importante dans la veine porte, à l'entrée du foie.

Si la cirrhose n'a pas été diagnostiquée auparavant, son origine est également recherchée : présence d'une hépatite* B ou C ? Dépendance à l'alcool ? Autre cause ?

Enfin, le choix des traitements prend en compte **votre situation personnelle** : votre âge, vos antécédents médicaux et chirurgicaux, votre état de santé global ainsi que les éventuelles contre-indications aux traitements. Votre avis est également pris en compte.

L'ensemble de ces éléments est recueilli grâce aux **examens du bilan diagnostique** (voir en annexe le tableau « Les examens du bilan diagnostique », page 76).

Le choix de vos traitements fait l'objet d'une concertation pluridisciplinaire

La prise en charge de votre cancer relève de plusieurs spécialités médicales. Votre situation est donc discutée au cours d'une **réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)**. Cette réunion rassemble au moins trois médecins de spécialités différentes : hépatogastroentérologue, chirurgien, oncologue médical, radiologue interventionnel, pathologiste... (voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 53).

En tenant compte des spécificités de votre situation et en s'appuyant sur des outils d'aide à la décision appelés recommandations*, les médecins établissent une proposition de traitements. Ils peuvent aussi vous proposer de participer à un essai clinique*.

Le choix de vos traitements est déterminé en accord avec vous

La proposition de traitement est ensuite discutée avec vous lors d'une consultation spécifique, appelée consultation d'annonce. Lors de cette consultation, le médecin qui vous prend en charge vous explique les caractéristiques de votre maladie, les traitements proposés, les bénéfices attendus et les effets secondaires possibles.

Cette consultation est importante. Il peut être utile de vous y faire accompagner par l'un de vos proches. Prenez le temps de poser toutes vos questions afin de vous assurer que vous avez compris les informations reçues.

Après avoir donné votre accord sur la proposition de traitement, ses modalités sont décrites dans un document appelé **programme personnalisé de soins (PPS)**. Il comporte les dates de vos différents traitements, leur durée, ainsi que les coordonnées des membres de l'équipe soignante. Le programme personnalisé de soins peut évoluer au fur et à mesure de votre prise en charge en fonction de votre état de santé et de vos réactions aux traitements.

Après cette consultation avec le médecin, une consultation avec un autre membre de l'équipe soignante, le plus souvent une infirmière, vous est proposée, à vous et à vos proches. Vous pouvez ainsi revenir sur les informations qui vous ont été données par le médecin, vous les faire expliquer à nouveau ou poser d'autres questions. L'infirmière évalue aussi vos besoins en soins et soutiens complémentaires (sur le plan social ou psychologique par exemple) et vous oriente si besoin vers les professionnels concernés.

À chaque étape, vous pouvez être accompagné par un proche ou la personne de confiance que vous avez choisie. La personne de confiance est une personne que le patient désigne, par écrit, lors de son entrée à l'hôpital et qui sera consultée s'il se trouve dans l'incapacité de recevoir des informations sur son état de santé et d'exprimer sa volonté. Elle appartient ou non à sa famille. À tout moment, le patient peut modifier son choix.

2.2 PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE

L'équipe médicale peut vous proposer de participer à un essai clinique. Les essais cliniques sont des études scientifiques menées avec des patients. Leur objectif est de rechercher de meilleures modalités de prise en charge du cancer, notamment en termes de traitement ou de qualité de vie.

Le cancer du foie fait l'objet de nombreuses études qui visent notamment :

- à tester de nouveaux traitements anticancéreux (médicaments de chimiothérapie ou de thérapie ciblée*) ou de nouvelles combinaisons de médicaments ;
- à évaluer différentes façons d'utiliser les traitements existants, notamment pour améliorer leur efficacité ou réduire leurs effets secondaires ;
- à comparer l'efficacité des médicaments utilisés pour soulager les symptômes (médicaments contre la douleur par exemple) ;
- à évaluer des méthodes de diagnostic capables de détecter le cancer du foie de manière plus précoce.

Chaque essai clinique a un objectif précis et les patients qui y participent doivent répondre à un certain nombre de critères propres à chaque essai. Un essai clinique est proposé lorsqu'il est adapté à la situation du patient.

Les essais cliniques sont indispensables pour faire progresser la recherche. C'est grâce à ces études que des avancées sont sans cesse réalisées en matière de traitements contre les cancers. En outre, un essai clinique peut vous permettre de bénéficier d'un nouveau traitement.

Si le traitement administré dans le cadre de l'essai clinique ne vous convient pas, le médecin peut décider d'y mettre fin et vous proposer un autre traitement. À tout moment, vous pouvez également décider, de vous-même, de quitter un essai clinique et de bénéficier du traitement de référence.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter le guide Cancer info *Les essais cliniques en cancérologie : les réponses à vos questions*. Pour connaître les essais cliniques en cours sur le cancer du foie, consultez le registre des essais cliniques sur www.e-cancer.fr

2.3 LA PRISE EN CHARGE DE LA QUALITÉ DE VIE

Votre prise en charge est globale. En plus des traitements spécifiques du cancer du foie, des soins et soutiens complémentaires peuvent être nécessaires pour traiter les conséquences de la maladie et de ses traitements : douleurs, fatigue, troubles alimentaires, besoin de soutien psychologique, problèmes sociaux...

Ces soins, appelés soins de support, sont assurés par l'ensemble de l'équipe soignante ou, parfois, par des professionnels spécialisés (spécialiste de la douleur, assistant social, diététicien, psychologue, kinésithérapeute, etc.). Voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 53.

Les soins de support comprennent notamment :

- la prise en charge des effets secondaires des différents traitements ;
- l'évaluation et le traitement de la douleur, qu'elle soit due au cancer ou aux traitements du cancer ;
- la possibilité de rencontrer un assistant social pour vous aider dans vos démarches administratives ;
- la possibilité pour vous et vos proches de rencontrer un psychologue ;
- l'accès à une consultation diététique en cas de troubles de l'alimentation ;
- la possibilité de bénéficier de la prise en charge d'une addiction (voir page 60).

Les soins de support font partie intégrante de votre prise en charge. Ils ne sont ni secondaires ni optionnels. Ils visent à vous assurer la meilleure qualité de vie possible. N'hésitez pas à parler à votre médecin et aux autres membres de l'équipe soignante de la façon dont vous vivez la maladie et les traitements. Cela leur permet de vous apporter les soins et soutiens nécessaires et de vous orienter au mieux.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter les guides *Douleur et cancer*, *Fatigue et cancer*, *Démarches sociales et cancer*, *Vivre pendant et après un cancer*.

QUE PENSER DES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES ?

Homéopathie, plantes, vitamines, acupuncture, massages, ostéopathie, relaxation... De nombreux patients ont recours à des médecines complémentaires, appelées aussi médecines douces, parallèles ou non conventionnelles. Ils en retirent un soutien supplémentaire pour mieux supporter les traitements et leurs effets secondaires tels que la fatigue, l'anxiété ou la douleur. Ces médecines complémentaires peuvent avoir des effets secondaires ou interagir avec les traitements prescrits par le médecin qui vous prend en charge pour votre cancer. Il est donc important d'en parler avec lui.

Par ailleurs, si les médecines complémentaires peuvent soulager, elles ne peuvent en aucun cas remplacer les traitements habituels du cancer. Soyez vigilant si l'on vous propose des méthodes présentées comme plus efficaces que les traitements classiques. Il arrive en effet que des personnes ou des organisations cherchent à profiter de la vulnérabilité des personnes malades en leur proposant des méthodes qui peuvent s'avérer dangereuses. En cas de doute sur des propositions qui vous sont faites, n'hésitez pas à interroger l'équipe médicale spécialisée qui vous prend en charge ou votre médecin traitant.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

Quels sont les traitements préconisés dans ma situation ?

Pourquoi ?

Quels sont les objectifs de chacun de ces traitements ?

Quels en sont les effets secondaires ?

Où et quand se déroulent les traitements ? Avec quels médecins/ équipes médicales ?

Quelle est leur durée ?

Comment suis-je suivi pendant les traitements ?

3. L'ablation partielle du foie

COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?

LES VOIES D'ABORD OU COMMENT ACCÉDER À LA TUMEUR ?

COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ?

QUELLES SONT LES COMPLICATIONS POSSIBLES ?

L'ablation partielle du foie est une opération chirurgicale qui consiste à retirer la partie du foie sur laquelle la tumeur s'est développée. On parle généralement de résection chirurgicale ou encore d'hépatectomie partielle.

Cette technique est le traitement principal pour les cas de cancer qui surviennent sur un foie sain ou sur une cirrhose* qui n'affecte pas le fonctionnement du foie.

Elle est contre-indiquée en cas d'hypertension portale importante, c'est-à-dire de pression du sang trop élevée dans la veine porte*, qui augmente le risque de complications.

Elle nécessite également un arrêt de la consommation d'alcool. L'alcool provoque une inflammation qui empêche le foie de se régénérer après l'intervention et peut provoquer une insuffisance hépatique* grave.

3.1 COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?

La consultation avec le chirurgien

Lors d'une consultation, le chirurgien vous explique les objectifs de l'opération, la technique qu'il va utiliser, les suites et les complications possibles.

Cette consultation est l'occasion de poser toutes les questions que vous avez au sujet de l'intervention.

Le chirurgien peut également vous demander de signer un consentement afin qu'un échantillon de la tumeur soit conservé après l'opération dans une tumorothèque (bibliothèque de tumeurs) en vue de recherches ultérieures.

La consultation avec l'anesthésiste

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. La consultation avec l'anesthésiste permet d'évaluer les risques liés à l'anesthésie, en prenant en compte vos antécédents médicaux et chirurgicaux.

Il est important de signaler tout problème de santé, notamment les allergies (asthme, eczéma, rhume des foins, etc.), les problèmes cardiaques (hypertension par exemple), la prise de médicaments, en particulier anticoagulants* et aspirine, ainsi que votre consommation de tabac et d'alcool.

Il est prouvé que l'arrêt du tabac et de l'alcool quelques semaines avant une intervention réduit les complications postopératoires.

3.2 LES VOIES D'ABORD OU COMMENT ACCÉDER À LA TUMEUR ?

Une voie d'abord désigne le chemin utilisé par le chirurgien pour accéder à l'organe ou à la zone à opérer.

Dans la plupart des cas, l'ablation partielle du foie nécessite une **laparotomie** : le chirurgien ouvre l'abdomen pour accéder au foie. L'incision est le plus souvent pratiquée horizontalement sous les côtes, du côté droit, mais peut varier selon votre morphologie.

En alternative à la laparotomie, une autre voie d'abord, appelée **coelioscopie** ou laparoscopie, peut être utilisée. Elle consiste à remplacer l'ouverture de l'abdomen par plusieurs petites incisions, au travers desquelles le chirurgien fait passer ses instruments chirurgicaux et un système optique. Le système optique est relié à un écran vidéo et le chirurgien opère en regardant l'écran. Les gestes effectués à l'intérieur de l'abdomen sont identiques à ceux de la laparotomie.

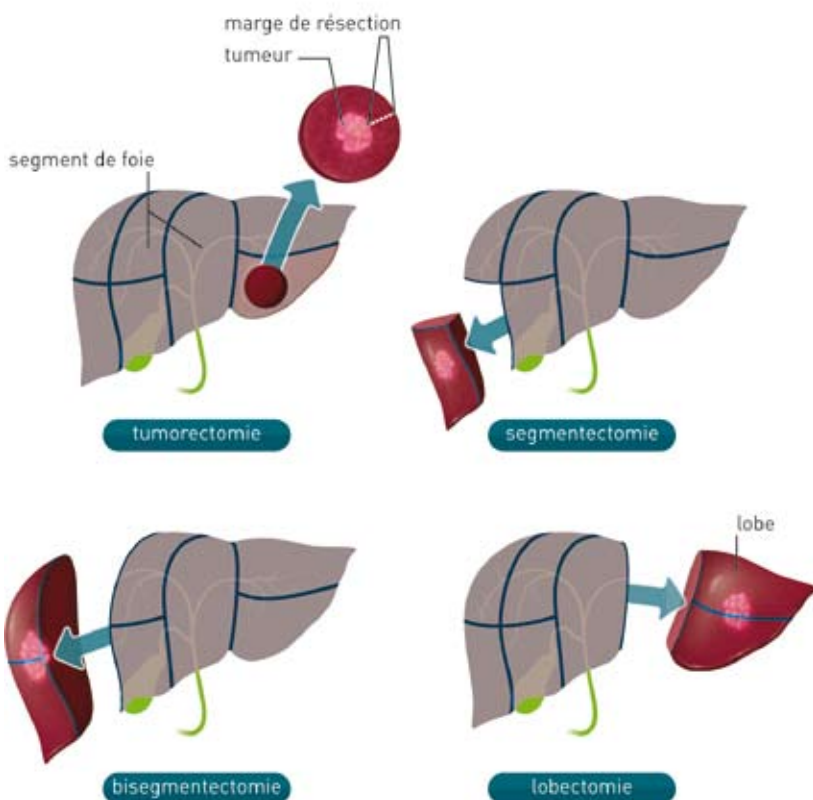
3.3 COMMENT SE DÉROULE L'OPÉRATION ?

L'intervention débute par l'ouverture de l'abdomen ou, lors d'une coelioscopie, par la mise en place des différents instruments et du système optique.

La première étape consiste à identifier et à localiser la tumeur. Le chirurgien s'aide le plus souvent d'une échographie*. On parle d'échographie peropératoire, c'est-à-dire réalisée durant l'opération.

Une sonde d'échographie stérile est posée au contact du foie. Des images très précises permettent de localiser la tumeur, notamment par rapport aux vaisseaux internes du foie, et de délimiter la partie du foie à retirer pour enlever la totalité de la tumeur. L'échographie sert également à vérifier qu'il n'existe pas d'autres nodules non détectés avant l'intervention.

La résection chirurgicale



La quantité de foie à enlever dépend de la taille, de la localisation et du nombre de nodules tumoraux. L'incision suit généralement les contours d'un ou plusieurs segments du foie. En fonction du nombre de segments retirés, on parle de segmentectomie ou de bisegmentectomie (pour deux segments retirés). Lorsqu'un lobe entier du foie est retiré, on parle de lobectomie droite ou gauche.

En cas de cirrhose, il n'est pas toujours possible d'enlever plusieurs segments, car les capacités de régénération du foie laissé en place sont alors limitées.

Dans certains cas, le chirurgien peut enlever uniquement la tumeur, on parle alors de tumorectomie. Une petite partie du foie sain entourant la tumeur, appelée marge de résection, est également retirée. Idéalement de 1 ou 2 centimètres, cette marge est une sécurité dans le cas où des cellules cancéreuses invisibles aux examens se seraient propagées à proximité de la tumeur.

3.4 QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ?

Après l'opération, vous êtes amené en salle de réveil, puis en service de soins intensifs où vous passez quelques jours.

Plusieurs dispositifs ont été mis en place pendant l'intervention pour faciliter le suivi et le rétablissement : une sonde nasogastrique, une sonde urinaire et des drains.

- La sonde nasogastrique, petit tuyau qui passe par le nez et rejoint l'estomac, évacue les sécrétions de l'estomac pour éviter les vomissements. Elle est le plus souvent retirée à votre réveil ou le lendemain de l'opération. Rapidement, une alimentation liquide, puis solide, vous est proposée.
- La sonde urinaire sert à recueillir les urines et à mesurer leurs volumes pour mieux contrôler le fonctionnement des reins. Elle est retirée quelques jours après l'intervention.
- Les drains, petits tuyaux souples et fins, permettent d'évacuer les liquides et les sécrétions (sang, lymphe, bile*) qui peuvent s'accumuler dans l'abdomen. Ils sont placés à travers la peau, à droite et à gauche de l'abdomen, sous les côtes. Ces drains ne

sont pas douloureux et sont retirés sur décision du chirurgien, le plus souvent quelques jours après l'intervention.

Seul le drain placé dans la voie biliaire* peut être conservé plus longtemps. Ce drain, beaucoup plus fin que les autres, sert notamment à s'assurer que le foie reprend normalement sa production de bile. Il est laissé en place quelques jours, puis bouché et enroulé sous un pansement étanche. Le chirurgien laisse s'écouler un ou deux mois avant de l'enlever définitivement. Ce temps est nécessaire pour diminuer le risque de provoquer une fuite de bile en retirant le drain.

Enfin, pour éviter une phlébite*, un médicament anticoagulant vous est prescrit dès que le foie fonctionne normalement. Les médecins vous demanderont également de vous lever assez rapidement après l'intervention. Le port de bas de contention est fréquemment préconisé après l'opération.

Durant les premiers jours d'hospitalisation, de nombreux examens sont programmés pour suivre l'évolution de votre état et le bon fonctionnement du foie opéré. En l'absence de complications, vous êtes transféré vers le service qui vous a reçu à votre arrivée.

La durée d'hospitalisation

L'hospitalisation dure habituellement entre 5 et 10 jours. Elle varie en fonction de l'intervention pratiquée, de la voie d'abord choisie (cœlioscopie ou laparotomie), de la survenue de complications et de votre état de santé général. En cas de complications (voir ci-après) l'hospitalisation peut être prolongée de plusieurs semaines.

Les analyses de la tumeur

L'ensemble de ce qui a été retiré lors de l'intervention chirurgicale est transmis au laboratoire ou service d'anatomopathologie* pour être analysé. Cet examen est réalisé par un médecin spécialiste appelé pathologiste.

L'examen consiste à observer minutieusement, à l'œil nu puis au microscope, les tissus prélevés afin de déterminer jusqu'où les cellules cancéreuses se sont propagées.

Le pathologiste vérifie également si les bords du tissu qui entoure la tumeur (marges de résection) sont sains, ce qui prouve que la tumeur a bien été entièrement enlevée.

3.5 QUELLES SONT LES COMPLICATIONS POSSIBLES ?

Des complications peuvent survenir tout de suite après la chirurgie ou dans les semaines qui suivent :

- un hématome* ou une infection au niveau de la plaie ;
- une hémorragie*, comme après toute intervention chirurgicale et qui peut nécessiter une transfusion ;
- une douleur au niveau de la cicatrice, susceptible de persister de nombreux mois après la chirurgie ;
- une fuite de bile dans l'abdomen (ou fistule biliaire*). Cet écoulement donne parfois des douleurs et de la fièvre. Une intervention est alors nécessaire pour évacuer la bile ou boucher la fistule ;
- des douleurs dans la zone opérée, fréquentes. Elles sont systématiquement traitées par de la morphine ou l'un de ses dérivés. Si vous n'êtes pas suffisamment soulagé, signalez-le sans tarder à l'équipe médicale pour que le traitement soit adapté ;
- une insuffisance hépatique lorsque le foie est trop petit pour fonctionner normalement ou lorsque la cirrhose s'aggrave. Des symptômes apparaissent alors : une jaunisse, de la fatigue, des hémorragies ou de l'ascite*. Lorsque l'insuffisance hépatique est modérée, ces symptômes ne durent en général pas plus de quelques jours.

Si aucune complication grave ne survient, le foie peut se régénérer en quelques semaines.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

Comment l'opération va-t-elle se dérouler ?

Quels en sont les risques ?

Comment puis-je me préparer au mieux ?

Que va-t-il se passer après l'intervention ?

Quelles vont être les conséquences de l'opération sur ma vie de tous les jours ?

4. La greffe de foie

DANS QUELS CAS UNE GREFFE DE FOIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?

QUE SE PASSE-T-IL LORSQU'UN FOIE EST DISPONIBLE À LA GREFFE ?

COMMENT SE DÉROULE L'OPÉRATION ?

QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ?

Une greffe de foie, également appelée transplantation hépatique, consiste à enlever le foie malade et à le remplacer par un foie ou un morceau de foie sain, provenant le plus souvent d'un donneur décédé.

4.1 DANS QUEL CAS UNE GREFFE DE FOIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

La greffe de foie est le traitement de référence pour les cancers qui se développent sur un foie atteint de cirrhose*. Elle a pour avantage de traiter en même temps le cancer du foie et la cirrhose. La transplantation ne peut cependant pas être proposée à tous les malades en raison du manque d'organes disponibles et des nombreuses contre-indications.

Une greffe est contre-indiquée notamment :

- si la tumeur a envahi les vaisseaux reliés au foie ou si des métastases* sont présentes dans d'autres organes. La taille et le nombre de tumeurs présentes sont également pris en compte. Une tumeur unique inférieure à 5 centimètres ou deux à trois tumeurs de moins de 3 centimètres sont généralement les critères retenus pour évoquer une transplantation ;
- si votre état de santé ne vous permet pas de supporter l'opération ou les médicaments antirejet qui devront être pris à vie ;
- si vous souffrez d'une dépendance à l'alcool qui n'est pas prise en charge ;
- si vous avez plus de 65 ans. Cette limite d'âge est parfois repoussée si vous n'avez pas d'autres maladies chroniques graves (cardiaques, respiratoires ou neurologiques).

Une greffe nécessite un suivi médical important à vie. Avant d'envisager cette intervention, l'équipe médicale vous sensibilise au caractère contraignant de ce suivi. Elle s'assure que vous aurez la possibilité de le respecter sur le long terme.

Selon la taille de la tumeur et la durée d'attente estimée, le plus souvent de plusieurs mois, un traitement peut être envisagé avant la greffe. Un traitement par destruction percutanée ou une chimioembolisation* peuvent ainsi être effectués sur les nodules les plus gros pour freiner la croissance de la tumeur en attendant la greffe. Vous trouverez un descriptif de ces traitements page 33 et page 39.

4.2 COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?

Les consultations avec l'équipe de greffe

Si l'option d'une greffe est retenue, un bilan complémentaire spécialisé est programmé dans les plus brefs délais par l'équipe qui vous prend en charge. Il permet de s'assurer de l'absence de contre-indication à la greffe.

Si le bilan est favorable, une consultation est programmée avec un ou plusieurs membres de l'équipe de greffe. Cette consultation sert à vous expliquer l'ensemble de la procédure et à répondre à vos questions.

Si vous donnez votre accord à la réalisation de l'intervention, votre nom est inscrit au registre national des demandeurs de greffe, géré par l'Agence de la biomédecine (voir ci-après). Vous pouvez alors être contacté par téléphone à tout moment du jour ou de la nuit lorsqu'un foie est disponible à la greffe.

Pour obtenir davantage d'informations, des ressources complémentaires sont à votre disposition :

- **L'association Transhépate** regroupe des personnes ayant vécu une greffe du foie ou atteintes d'une maladie grave du foie. Transhépate informe sur ces pathologies, sensibilise l'opinion à l'importance du don d'organes, apporte un soutien aux futurs transplantés et à leurs proches. Tel : 01 40 19 07 60. Internet : www.transhepate.org
L'association met à votre disposition un guide du futur transplanté hépatique qui détaille les différentes étapes, depuis l'attente de l'intervention à la vie après la greffe.
- **L'Agence de la biomédecine** s'assure du respect des règles de sécurité sanitaire, d'éthique et d'équité dans les domaines du prélèvement et de la greffe d'organes.
Elle propose un site internet dédié à l'information sur le don et la greffe d'organes : www.dondorganes.fr

4.3 QUE SE PASSE-T-IL LORSQU'UN FOIE EST DISPONIBLE À LA GREFFE ?

Un foie provenant d'un donneur est proposé à l'équipe de greffe par le pôle de répartition des greffons* de l'Agence de la biomédecine. Le foie est proposé nominativement à un receveur donné selon des règles de priorité définies à l'avance.

Si vous êtes choisi comme receveur, vous êtes contacté par l'équipe de greffe qui vous prend en charge pour savoir si vous acceptez toujours d'être greffé et s'il n'y a pas de contre-indication de dernière minute. Il est nécessaire que vous puissiez répondre immédiatement, quelle que soit l'heure. Vous êtes alors invité à vous rendre au centre de greffe qui vous prend en charge. Il faut rester à jeun.

Pendant ce temps, un chirurgien de l'équipe de greffe prélève le foie du donneur. Vous ne serez opéré que lorsque le chirurgien préleveur aura examiné le foie du donneur et vérifié qu'il peut être greffé.

D'OÙ PROVIENT LE FOIE GREFFÉ ?

Le foie provient dans la grande majorité des cas d'un donneur en état de mort cérébrale : son cerveau ne fonctionne plus et n'est plus capable d'assurer les fonctions vitales du corps comme la respiration. Seul le cœur continue de battre et alimente en sang les différents organes dont le foie.

L'autorisation est donnée par la famille du défunt ou par la volonté du donneur, exprimée de son vivant. Des examens complets sont réalisés pour s'assurer qu'aucune maladie n'est transmise au receveur en même temps que le foie greffé.

La greffe d'une partie de foie d'un donneur vivant pour soigner un cancer est une procédure rare et qui n'est pas pratiquée par tous les centres de greffe en France. C'est une opération complexe qui comporte de nombreuses contre-indications et peut entraîner d'importantes complications pour le donneur. La partie du foie greffée se révèle aussi parfois insuffisante pour le receveur. Dans la pratique, ce type de greffe est discuté si le donneur est en bonne santé avec un foie compatible et si le délai d'attente pour une greffe classique est trop long.

4.4 COMMENT SE DÉROULE L'OPÉRATION ?

La transplantation hépatique est une opération qui se déroule en deux temps. Le chirurgien enlève d'abord le foie malade avant de greffer le foie sain provenant du donneur.

Ces deux étapes demandent une parfaite synchronisation. Le foie greffé, également appelé greffon, ne doit en effet pas rester trop longtemps privé de sang pour pouvoir à nouveau fonctionner normalement.

L'opération se déroule sous anesthésie générale. Le chirurgien fait une incision horizontalement sous les côtes, et verticalement vers le sternum. Cette ouverture lui permet de manipuler l'ensemble du foie.

Le chirurgien commence par enlever le foie malade en s'assurant de ne pas disséminer la tumeur dans d'autres régions du corps. Il veille également à limiter le risque d'hémorragie, c'est-à-dire de perte importante de sang, qui peut survenir à cette étape de l'opération.

Lorsque l'ensemble du foie malade est retiré, la greffe du foie sain peut débuter. Le chirurgien place d'abord le greffon dans l'abdomen. Les vaisseaux sanguins sont reliés en priorité pour permettre au foie d'être à nouveau alimenté en sang. Les différents vaisseaux transportant la bile* sont ensuite raccordés. Une fois la greffe réalisée, le chirurgien teste la circulation du sang et de la bile.

Avant de refermer l'abdomen, des petits tubes, appelés drains, sont installés pour évacuer les liquides et les sécrétions comme le sang, la lymphe ou la bile qui peuvent s'accumuler autour du foie.

L'opération est longue et peut durer jusqu'à une quinzaine d'heures.

4.5 QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ?

Dans les jours qui suivent l'opération, vous restez hospitalisé en service de réanimation pour s'assurer que le foie greffé fonctionne normalement et pour surveiller l'apparition de complications éventuelles.

Des examens sont ainsi pratiqués très régulièrement pour détecter :

- **une absence de fonctionnement du greffon** ;
- **une thrombose**, c'est-à-dire la formation d'un caillot de sang dans les vaisseaux du foie.

Ces deux complications rares constituent une urgence vitale qui rend alors prioritaire pour une nouvelle greffe.

En dehors de cette situation exceptionnelle, cette opération peut avoir comme principales complications :

- **un rejet**. Celui-ci est devenu rare grâce aux traitements immunosuppresseurs* (ou traitements antirejet). Il est en général facilement arrêté en augmentant la dose du traitement. Exceptionnellement, ce rejet résiste au traitement et nécessite une nouvelle transplantation ;
- **une hémorragie***. Le risque d'hémorragie après la greffe est important et peut nécessiter une transfusion. Si l'hémorragie persiste, une intervention est organisée ;
- **des complications biliaires**. La suture entre la voie biliaire* du greffon et celle d'origine peut bloquer l'évacuation de la bile ou provoquer une fuite de bile. Cette complication est rare mais conduit parfois à une intervention ;
- **une infection**. Comme dans toute opération chirurgicale lourde, le risque d'infection est important. Le traitement antirejet, indispensable, entraîne une diminution importante des défenses de l'organisme et augmente le risque d'infection ;
- **une insuffisance rénale**. Les reins peuvent être abîmés temporairement à la suite de l'intervention. Certains médicaments anti-rejets sont en effet toxiques pour les reins. Ils peuvent également souffrir pendant l'intervention et parfois mettre quelques semaines à cicatriser. Il peut être alors nécessaire de recourir à une dialyse* temporaire dans les jours qui suivent la greffe.

Des complications communes à toutes les interventions chirurgicales sont également possibles :

- **une fatigue**, liée à l'intervention et l'anesthésie ;
- **un hématome*** ou **une infection** au niveau de la plaie ;
- **des douleurs**, au niveau de la cicatrice, susceptibles de persister

de nombreux mois après la chirurgie. Des douleurs au dos, en raison de la position allongée prolongée pendant l'intervention, peuvent également se manifester.

Ces effets sont pris en charge par l'équipe médicale qui vous suit. N'hésitez pas à signaler toute douleur survenant après l'intervention.

En l'absence de complication, l'hospitalisation dure entre 2 et 4 semaines et la première semaine est généralement effectuée en service de réanimation.

Le suivi de la greffe après l'hospitalisation

Avec la greffe, vous démarrez un traitement médicamenteux appelé immunosuppresseur destiné à éviter que le corps ne rejette la greffe. Il doit être pris à vie et sans interruption.

Des examens médicaux sont effectués très régulièrement pour vérifier le bon fonctionnement du foie, prévenir un éventuel rejet et dépister les effets secondaires des médicaments immunosuppresseurs.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

Comment me préparer en attendant la greffe ?

Quels sont les risques de la greffe ?

Que va-t-il se passer après l'intervention ?

Quels changements la greffe peut-elle entraîner dans ma vie de tous les jours ?

5. La destruction tumorale percutanée : la radiofréquence

COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?

COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ?

La radiofréquence est un traitement qui détruit la tumeur par la chaleur. L'intervention se fait à travers la peau ; c'est pourquoi on parle de destruction percutanée. Elle est réalisée sous anesthésie générale par un radiologue interventionnel spécialisé dans les traitements assistés par imagerie médicale (voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 53).

Cette technique constitue une alternative à la chirurgie lorsqu'elle est contre-indiquée. Elle est discutée en fonction de la taille de la tumeur, de sa localisation dans le foie et de l'état général du foie.

La prise en charge décrite ci-après concerne uniquement l'intervention par radiofréquence. D'autres techniques de destruction percutanée peuvent être occasionnellement utilisées comme un traitement par le froid, la cryothérapie.

5.1 COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?

La consultation avec le radiologue

Le radiologue vous explique les objectifs de l'intervention, la technique utilisée, les suites et les complications possibles. Cette consultation est l'occasion de poser toutes les questions que vous avez au sujet de l'intervention.

La consultation avec l'anesthésiste

La consultation avec l'anesthésiste permet d'évaluer les risques liés à l'anesthésie, en prenant en compte vos antécédents médicaux et chirurgicaux.

Il est important de signaler tout problème de santé, notamment les allergies (asthme, eczéma, rhume des foies, etc.), les problèmes cardiaques (hypertension par exemple), la prise de médicaments, en particulier anticoagulants* et aspirine, ainsi que votre consommation de tabac et d'alcool.

Il est prouvé que l'arrêt du tabac et de l'alcool quelques semaines avant une intervention réduit les complications postopératoires.

5.2 COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

Le traitement nécessite une hospitalisation, vous arrivez le matin et à jeun. L'intervention s'effectue dans une salle de radiologie spécialisée qui comprend la table d'intervention et les appareils d'imagerie médicale nécessaires à son déroulement (voir photo ci-dessous). Cette salle bénéficie de conditions d'asepsie* particulières proches de celles rencontrées dans un bloc opératoire.



Une salle de radiologie interventionnelle. Copyright G. Faugier - CHRU de Montpellier

L'anesthésie est générale : vous êtes endormi pendant toute la durée de l'intervention.

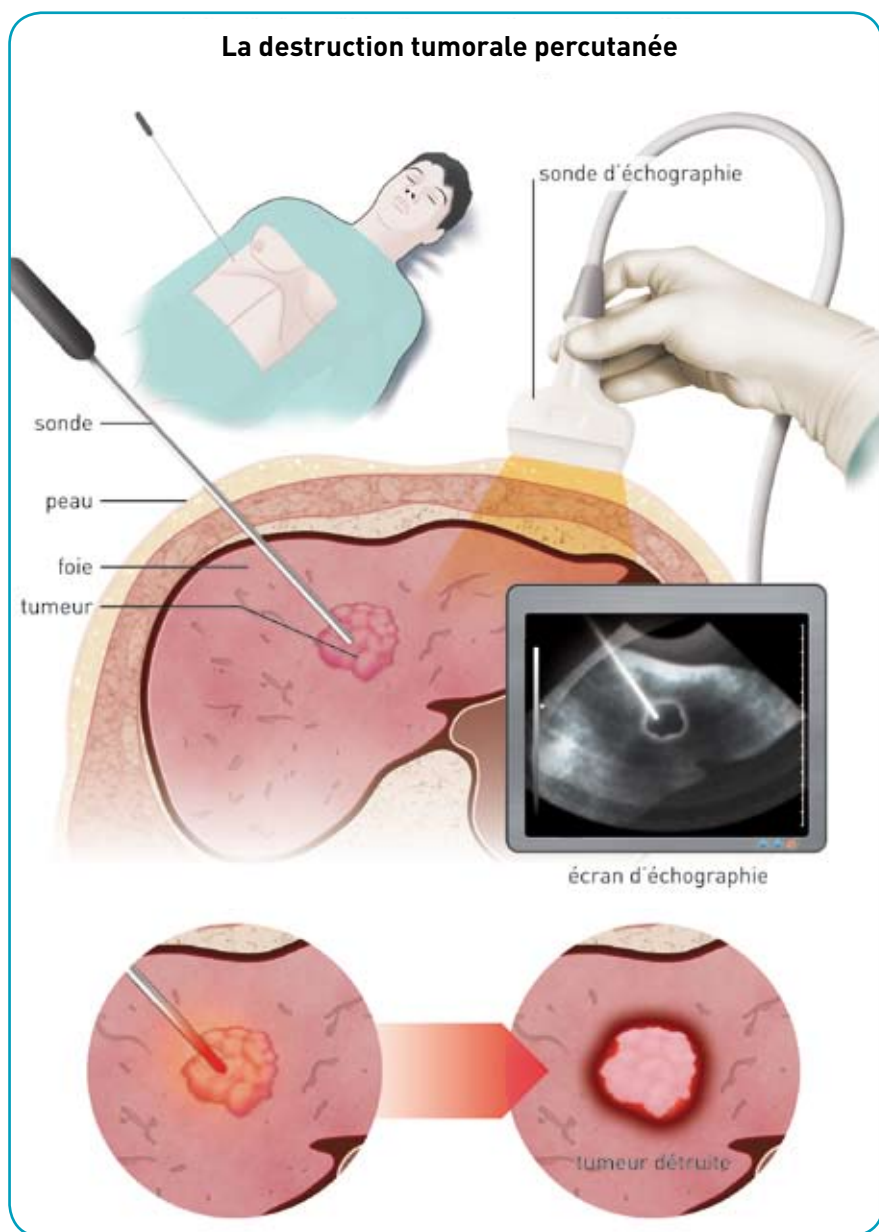
Le médecin utilise l'échographie* pour repérer précisément la ou les tumeurs à traiter. Dans certains cas et selon la localisation de la tumeur, ce repérage peut également se faire par le scanner*.

L'abdomen est désinfecté et le médecin insère, à travers la peau, une fine aiguille en métal, appelée sonde. La progression de la sonde vers le foie est suivie en permanence par imagerie médicale. L'extrémité de la sonde est placée au centre de la tumeur et la destruction peut alors commencer.

La sonde est reliée à un générateur qui fournit un courant électrique envoyé au cœur de la tumeur. Le courant électrique produit de la chaleur qui détruit les cellules cancéreuses. Cette opération dure entre 20 et 30 minutes. Le médecin retire ensuite la sonde en la gardant à une température élevée. Cette précaution permet de détruire les éventuelles cellules tumorales qui se seraient détachées du foie lors du retrait de la sonde.

La destruction des cellules tumorales se fait sur une sphère de quelques centimètres de diamètre. Cette précision a pour avantage d'épargner les cellules saines environnantes et les organes voisins.

Après avoir enlevé la sonde, le médecin vérifie que la tumeur est détruite à l'aide d'une échographie.



5.3 QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ?

À votre réveil

Une fois l'intervention terminée, vous êtes amené en salle de réveil où l'équipe médicale assure votre surveillance, notamment lors de votre réveil de l'anesthésie.

Des douleurs sont fréquentes dans la zone d'intervention. Elles sont systématiquement traitées, généralement par de la morphine ou l'un de ses dérivés. Si vous n'êtes pas suffisamment soulagé, signalez-le sans tarder à l'équipe médicale afin que le traitement puisse être adapté.

Vous pouvez généralement rentrer chez vous dès le lendemain.

Quels sont les effets secondaires possibles ?

La destruction tumorale percutanée présente peu d'effets secondaires. Ils se limitent le plus souvent à une douleur au niveau de l'abdomen qui peut être prise en charge par des médicaments antidouleur, prescrits par votre médecin.

Des complications peuvent cependant survenir : une hémorragie* au niveau du foie ; des atteintes des organes à proximité comme l'estomac ou le côlon nécessitant exceptionnellement une intervention chirurgicale. Une infection est également susceptible de se produire au niveau de la zone traitée.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

Comment le traitement va-t-il se dérouler ?

Quels en sont les risques ?

Comment puis-je me préparer au mieux ?

Que va-t-il se passer après l'intervention ?

6. La chimioembolisation

COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?

COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ?

La chimioembolisation associe un traitement médicamenteux injecté dans le foie (une chimiothérapie) à un blocage du sang qui alimente la tumeur (une embolisation). Cette technique ne nécessite pas d'ouvrir l'abdomen puisque le produit est amené jusqu'au foie par un vaisseau sanguin.

Ce traitement est destiné à ralentir la progression de la tumeur. Il est recommandé pour les cas de cancer où une intervention chirurgicale n'est pas possible. Il est également parfois mis en place dans l'attente d'une greffe de foie. Ce traitement est contre-indiqué en cas d'obstruction de la veine porte* ou lorsque des métastases* sont présentes sur d'autres organes.

L'intervention est effectuée par un radiologue interventionnel spécialisé dans les traitements assistés par imagerie médicale (voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 53).

6.1 COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?

Avant l'intervention, une consultation avec le radiologue est programmée. Elle permet de vous expliquer le déroulement de l'intervention et de faire un bilan radiologique comprenant un scanner* et/ou une IRM*.

La consultation est également l'occasion de poser toutes les questions que vous avez au sujet de l'intervention.

6.2 COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

Un traitement par chimioembolisation nécessite une hospitalisation. Il s'effectue dans une salle de radiologie spécialisée qui comporte une table d'intervention et les appareils d'imagerie médicale nécessaires

à son déroulement (voir photo page 34). Cette salle bénéficie de conditions d'asepsie* particulières, proches de celles rencontrées dans un bloc opératoire.

Vous êtes allongé sur la table et restez éveillé : le traitement est réalisé sous anesthésie locale.

L'intervention débute par une incision faite au niveau du pli de l'aîne pour insérer un tube fin dans l'artère fémorale. Ce tube, appelé cathéter, emprunte ensuite une grosse artère de l'abdomen, l'aorte puis arrive au foie par l'artère hépatique* (voir illustration ci-contre).

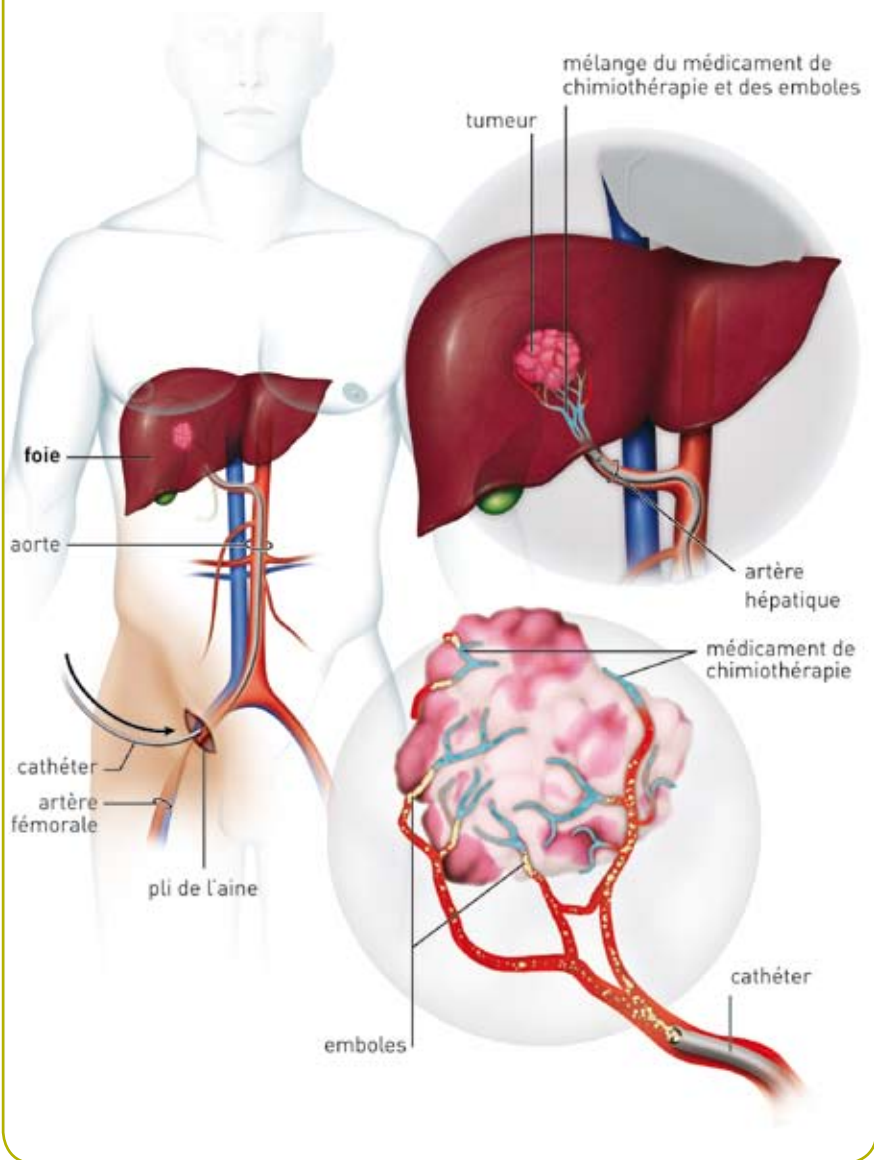
La progression du cathéter dans les vaisseaux sanguins est suivie en permanence à l'aide de l'imagerie médicale. Lorsque le cathéter est placé dans le foie, un produit iodé est alors injecté ; il se diffuse dans le sang. Il permet au médecin de visualiser sur des images radios les différentes artères du foie, on parle d'artériographie*.

Le médecin repère ainsi précisément l'artère qui alimente la tumeur et y guide le cathéter. Il injecte ensuite le traitement de chimioembolisation qui comprend :

- un médicament de chimiothérapie qui, amené par le sang, agit au plus près de la tumeur ;
- des agents d'embolisation, appelés aussi emboles, qui forment un barrage dans les vaisseaux sanguins. Il s'agit généralement de petites billes microscopiques ou d'un produit gras. L'action mécanique des emboles bloque le passage du sang vers la tumeur qui est ainsi privée d'alimentation et asphyxiée.

La barrière formée par les emboles permet aussi d'éviter que le médicament de chimiothérapie ne circule dans l'ensemble de l'organisme, ce qui limite les effets secondaires du traitement.

La chimoembolisation



6.3 QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ?

L'hospitalisation dure en général de 24 à 48 heures. Vous restez en observation pour surveiller la survenue éventuelle de complications ou d'effets secondaires nécessitant une prise en charge.

Quels sont les effets secondaires possibles ?

Dans les premiers temps suivant l'intervention, vous pouvez souffrir d'un syndrome de postembolisation. Cet effet secondaire, très fréquent, se caractérise par des nausées, des douleurs dans le ventre et de la fièvre. Il dure généralement moins de 10 jours.

Après l'intervention, votre médecin vous prescrit un traitement pour atténuer ces effets. Vous devez cependant le prévenir en cas d'évolution brutale de votre état (hausse de fièvre rapide, douleurs subites et fortes...).

Des complications peuvent également survenir comme un hématome* au niveau de l'aîne ou plus rarement une infection sur le site de la chimioembolisation qui est prise en charge par un traitement antibiotique.

Une chute de cheveux, appelée alopecie, se produit parfois après l'intervention. Elle est très rare et toujours temporaire.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

Comment le traitement va-t-il se dérouler ?

Quels en sont les risques ?

Que vais-je sentir pendant l'intervention ?

Comment puis-je me préparer au mieux ?

Que va-t-il se passer après l'intervention ?

7. La thérapie ciblée

COMMENT SE DÉROULE LE TRAITEMENT ?

QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

On appelle thérapie ciblée un traitement à base de médicaments qui agissent sur des mécanismes spécifiques aux cellules cancéreuses.

À la date de publication de ce guide, le seul médicament de thérapie ciblée qui bénéficie d'une autorisation de mise sur le marché* (AMM) dans le traitement des cancers du foie est le sorafénib. D'autres molécules sont en cours d'évaluation dans le cadre d'essais cliniques*.

Le sorafénib ralentit la progression du cancer en agissant sur la vitesse de croissance des cellules cancéreuses et en empêchant le développement des vaisseaux sanguins qui alimentent la tumeur.

Le sorafénib est indiqué :

- lorsque la localisation ou l'extension de la tumeur rend impossible tout autre traitement ;
- lorsque les traitements précédents n'ont pas apporté les résultats attendus.

Le sorafénib se présente sous la forme de comprimés à avaler à heures fixes. C'est un traitement général, appelé aussi traitement systémique, qui agit dans l'ensemble du corps. Cela permet d'atteindre les cellules cancéreuses quelle que soit leur localisation dans le corps.

7.1 COMMENT SE DÉROULE LE TRAITEMENT ?

Les doses administrées ainsi que la durée du traitement varient d'une personne à l'autre, en fonction des caractéristiques du cancer et de la tolérance au traitement. C'est pourquoi le plan de traitement est déterminé au cas par cas.

Avant de démarrer ce traitement, le médecin s'assure que vous ne présentez pas de signes qui pourraient augmenter le risque de complications.

Une hypertension artérielle ou des varices* œsophagiennes sont recherchées et traitées le cas échéant (voir le chapitre « Les traitements symptomatiques », page 49).

La posologie habituelle est de deux comprimés deux fois par jour, mais elle peut varier selon votre situation personnelle.

En cas d'effets secondaires trop importants et invalidants, le traitement peut être diminué voire interrompu.

Pour en savoir plus sur ce médicament, vous pouvez consulter le répertoire des médicaments sur le site de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), www.afssaps.fr

7.2 QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

Les effets secondaires du sorafénib varient selon le dosage du médicament et les personnes.

La prise de sorafénib peut s'étendre sur plusieurs mois et les effets secondaires s'installer dans le temps. Plusieurs effets sont susceptibles d'alterner et de varier dans la durée et l'intensité.

Certains effets secondaires sont limités ou évités grâce à des traitements préventifs ou des conseils pratiques. Néanmoins, s'ils deviennent trop importants, le traitement peut être diminué ou interrompu le temps que le corps se remette.

Ce guide présente les principaux effets secondaires du sorafénib. Votre médecin vous informe de l'ensemble des effets qu'il peut entraîner et des moyens pour y faire face.

Diarrhées

Les diarrhées sont fréquentes lors de la prise de sorafénib. Un traitement préventif (antidiarrhéique) peut vous être prescrit.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES DIARRHÉES

Privilégier une alimentation pauvre en fibres à base de riz, pâtes, pommes de terre vapeur, carottes, bananes bien mûres, gelée de coings, fromage à pâte cuite et biscottes.

Une hospitalisation doit être envisagée en cas de diarrhée persistante ou associée à de la fièvre ou des vomissements.

Troubles cutanés et syndrome main-pied

Le sorafénib peut entraîner des troubles au niveau de la peau : rougeurs, plaques, dessèchement, tiraillement.

Le syndrome main-pied est un trouble de la peau qui se manifeste au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds. Il se caractérise par des rougeurs, un gonflement, une sécheresse ou des cloques.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES TROUBLES CUTANÉS

À faire

- Appliquer régulièrement et généreusement un agent hydratant sur la peau.
- Réaliser une manucure et une pédicure avant de commencer le traitement, si les mains et les pieds sont déjà un peu abîmés (présence de corne).
- Porter des vêtements amples et des chaussures souples.

À éviter

- L'exposition des mains et des pieds à la chaleur (soleil, bains chauds).
- Les activités qui entraînent un frottement de la peau ou une pression sur les mains (activités ménagères, conduite, jardinage...).
- Les pansements adhésifs ou les bandages serrés.
- La marche et la course à pied.

Si malgré cela votre peau devient rouge, sensible ou douloureuse, signalez-le à votre médecin sans attendre que les symptômes n'empirent. Des médicaments antidouleur, prescrits par votre médecin, ou des soins locaux peuvent les soulager.

Fatigue

En dehors de la fatigue causée par la maladie elle-même, par l'appréhension des examens ou encore par les déplacements

quotidiens, la fatigue peut être liée au médicament. Elle dépend de votre tolérance à ce traitement et des effets secondaires. En effet, une anémie*, une perte d'appétit, des nausées et des vomissements, une fièvre ou encore des douleurs peuvent contribuer à cette fatigue. Elle ne doit pas être banalisée. Signalez-la à l'équipe soignante afin qu'elle soit prise en charge le mieux possible.

Chute des cheveux

La chute des cheveux (appelée alopecie) peut être difficile à vivre car elle est un signe concret et visible de la maladie. Elle est peu fréquente, souvent progressive et toujours temporaire. Les cils, les sourcils et les poils pubiens sont également susceptibles de tomber provisoirement.

Vous trouverez des informations complémentaires dans le guide *Cancer info Traitements du cancer et chute des cheveux* et sur www.e-cancer.fr/cancer-info

Baisse des globules blancs, des globules rouges et des plaquettes

Le traitement peut avoir des effets secondaires sur le sang et la moelle osseuse* et entraîner :

- une baisse du nombre de globules blancs (leucopénie), en particulier des lymphocytes (lymphopénie). Cette baisse entraîne un risque accru d'infection car les moyens de défense du corps sont réduits ;
- une baisse des globules rouges (anémie), chargés de transporter l'oxygène dans tout le corps. L'anémie se manifeste principalement par une pâleur et une fatigue qui ne s'atténue pas avec le repos ;
- une baisse du nombre de plaquettes (thrombopénie), responsables de la coagulation du sang. Une diminution des plaquettes augmente le risque d'hématomes* et de saignements (principalement au niveau des gencives).

Le nombre des globules blancs, des globules rouges et des plaquettes peut baisser de façon importante et simultanée. On parle d'aplasie. Elle est rare.

Des prises de sang sont effectuées régulièrement pour vérifier les taux de globules blancs, globules rouges et plaquettes.

Dans de rares cas, une transfusion de globules rouges ou de plaquettes est réalisée.

En cas de fièvre (plus de 38°C pendant plus de 6 heures) ou si vous ne vous sentez pas bien (frissons, diarrhées ou vomissements importants), consultez immédiatement votre médecin traitant.

Réactions allergiques

Comme tout médicament, le sorafénib peut être source d'allergie. Alerte votre médecin en cas de gonflement du visage, des lèvres et de la langue, d'essoufflement, de fièvre, de réactions cutanées graves (démangeaisons, rougeurs, boutons), de difficultés à respirer...

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

Quelle posologie dois-je respecter ? À quel moment de la journée prendre les médicaments ?

Quels sont les objectifs du traitement ?

Quels sont les effets secondaires ? Que puis-je faire pour les limiter ?

Comment sont-ils traités ?

Combien de temps dure le traitement ?

Comment est effectué le suivi ?

Y a-t-il des conseils alimentaires particuliers à suivre ?

8. Les traitements symptomatiques

LA PONCTION D'ASCITE

LE TRAITEMENT DES VARICES ŒSOPHAGIENNES OU GASTRIQUES

Les traitements symptomatiques désignent l'ensemble des techniques médicales utilisées pour prendre en charge les symptômes de la maladie. Ils n'ont pas pour objectif de traiter le cancer, mais visent à assurer une meilleure qualité de vie, à prévenir ou traiter d'éventuelles complications.

Lorsque le foie est endommagé, des symptômes peuvent apparaître comme une encéphalopathie*, une jaunisse, une insuffisance rénale, un épanchement d'ascite* et des varices* à l'œsophage ou à l'estomac.

La ponction* d'ascite et le traitement des varices sont des techniques qui permettent de limiter les risques liés à ces symptômes.

8.1 LA PONCTION D'ASCITE

L'ascite est un liquide jaune clair qui est parfois présent en grande quantité dans l'abdomen en cas de dysfonctionnement grave du foie.

Avec le temps, plusieurs litres de liquide peuvent s'accumuler et nécessiter une ponction.

Le liquide en lui-même n'est pas dangereux, mais une infection d'ascite risque de provoquer des complications graves comme une infection généralisée ou des troubles cardiaques.

Un volume important d'ascite entraîne également une sensation de lourdeur dans le ventre et des difficultés à respirer.

La ponction d'ascite consiste à évacuer ce liquide de l'abdomen pour vous soulager et pour prévenir toutes complications. C'est un traitement simple, pratiquement indolore, qui est réalisé lors d'une hospitalisation.

Le médecin insère une fine aiguille au travers de la peau, sur le côté gauche de l'abdomen. Un petit volume de liquide est prélevé pour être analysé et détecter une éventuelle infection.

L'aiguille est ensuite reliée à un tuyau souple dans lequel s'écoule une grande partie du liquide. L'évacuation du liquide prend parfois jusqu'à quelques heures et vous restez allongé sur un lit pendant toute cette durée. La plupart du temps vous pouvez rentrer chez vous le soir même.

Un traitement médicamenteux à base de diurétique et un régime pauvre en sel peuvent également vous être conseillés selon votre état de santé.

8.2 LE TRAITEMENT DES VARICES ŒSOPHAGIENNES OU GASTRIQUES

Les varices œsophagiennes ou gastriques sont des gonflements dus à un excès de sang dans des veines de l'œsophage ou de l'estomac.

En effet, à cause de la cirrhose* ou de la présence d'une tumeur, le sang ne circule plus normalement et se retrouve bloqué à l'entrée du foie. Ce volume de sang trop important entraîne une hypertension que l'on appelle hypertension portale*.

Les veines situées en amont et qui alimentent le foie se mettent alors à gonfler. Elles se déforment à certains endroits, formant des varices.

Si la pression est trop importante ou la varice trop fragile, elle se rompt et entraîne un écoulement de sang dans le tube digestif.

Un traitement peut vous être prescrit pour éviter une rupture des varices :

- une prise de médicaments, pour diminuer la pression du sang dans les veines ;
- une intervention, à l'aide d'une endoscopie de l'œsophage, qui consiste à ligaturer les varices pour éviter qu'elles ne continuent de s'agrandir.

Déroulement d'une ligature des varices

La ligature des varices se fait sous anesthésie générale au moyen d'une endoscopie, c'est-à-dire en faisant passer un tube appelé endoscope par la bouche. Cette technique permet au chirurgien de visualiser les varices avec la vidéo et d'intervenir sans pratiquer d'incision chirurgicale.

Un anneau élastique est amené par l'endoscope et placé à la base des varices. Il se referme et étrangle ainsi la varice, l'empêchant de se développer. Au bout de quelques jours, la varice meurt, se détache et est éliminée naturellement dans les selles.

Après l'intervention, vous restez généralement hospitalisé 24 heures en observation. Plusieurs interventions sont parfois nécessaires pour traiter l'ensemble des varices. Un délai de 2 à 3 semaines est alors respecté entre chaque intervention.

Quels sont les effets secondaires de cette intervention ?

Des douleurs surviennent parfois au niveau de la zone traitée. Elles sont généralement soulagées par la prise de médicaments antalgiques, prescrits par votre médecin.

Lorsque les varices se détachent, un saignement, le plus souvent faible, peut se produire dans le tube digestif. En cas de douleurs subites à l'abdomen ou de sang dans les selles, contactez immédiatement le service qui a effectué l'intervention.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

Comment l'intervention va-t-elle se dérouler ?

Quels en sont les risques et les bénéfices pour ma santé ?

Que va-t-il se passer après l'intervention ?

9. Les professionnels et leur rôle

Au cours de la maladie, vous rencontrez ou pouvez solliciter de nombreux professionnels, que ce soit dans l'établissement dans lequel vous êtes suivi ou en ville. Voici, en quelques mots, en quoi consiste leur activité.

L'**aide-soignant** participe à vos soins en collaboration avec les infirmiers.

L'**anatomopathologiste** ou **pathologiste** est un médecin spécialiste qui examine au microscope les cellules et les tissus prélevés au cours d'une biopsie ou d'une chirurgie. Son rôle est déterminant pour le diagnostic et l'orientation du choix des traitements lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire.

L'**anesthésiste-réanimateur** est un médecin spécialiste chargé de vous endormir ou de vous insensibiliser lors d'une opération chirurgicale. Avant l'opération, il vous examine au cours d'une consultation préanesthésique afin de déterminer la technique d'anesthésie la plus appropriée. Pendant l'intervention, il effectue et surveille l'anesthésie. Il assure ensuite votre suivi en salle de réveil et prend en charge la douleur éventuelle.

L'**assistant social** est un professionnel du domaine social qui vous accompagne et vous aide à résoudre vos difficultés économiques et sociales. Vous pouvez contacter un assistant social au sein de l'établissement de santé où vous êtes suivi ou en ville.

Le **chirurgien** est un médecin spécialiste qui pratique des opérations chirurgicales pour, par exemple, diagnostiquer un cancer, enlever une tumeur, des tissus ou des organes atteints, assurer le fonctionnement correct d'un organe, remédier à certaines complications.

Le **diététicien** guide les choix alimentaires et, sur prescription médicale, prend en charge les problèmes nutritionnels en rapport avec le cancer et ses traitements.

L'**hépatogastroentérologue** est le médecin spécialiste de l'appareil digestif : œsophage, estomac, intestin grêle, côlon, rectum, foie, pancréas, vésicule biliaire*. Il intervient dès le diagnostic et peut être associé aux différentes étapes de votre prise en charge.

L'**infirmier** est chargé de réaliser des soins et de surveiller et administrer les traitements prescrits par le médecin. Il exerce son activité au sein d'un établissement de soins ou en ville.

Le **kinésithérapeute** ou **masseur-kinésithérapeute** aide à rééduquer différentes parties du corps grâce à des mouvements adaptés. Sur prescription médicale, il réalise des actes, manuellement ou à l'aide d'appareils, et vous apprend des gestes ou des techniques qui permettent de remédier à vos déficits.

Le **médecin addictologue** est un médecin spécialiste des addictions et de leurs traitements, c'est-à-dire de la prise en charge des dépendances à un produit (alcool, drogues) ou à une conduite (jeu, boulimie). Lorsque le médecin est spécialisé dans la prise en charge d'une dépendance à l'alcool, on parle aussi d'**alcoologue**.

Le **médecin généraliste** suit vos différents problèmes de santé. Il a un rôle très important pour le dépistage et le diagnostic d'un cancer, pendant les traitements et lors de la surveillance après les traitements. Il assure le lien avec l'hôpital ou la clinique par des contacts téléphoniques, des comptes rendus et des courriers médicaux. C'est souvent lui qui est choisi comme médecin traitant.

Le **médecin traitant** est le médecin que vous avez choisi et déclaré auprès de votre caisse d'Assurance maladie. Il coordonne vos soins, vous guide vers d'autres professionnels de santé, gère votre dossier médical et assure une prévention personnalisée. Le médecin traitant est souvent un médecin généraliste, mais ce peut être un spécialiste. Il peut être conventionné ou non, exercer dans un cabinet, à l'hôpital ou dans toute autre structure de soins.

L'**oncologue** ou **cancérologue** est un médecin spécialiste du cancer et de ses traitements. Ce peut être un chirurgien spécialisé en cancérologie, un spécialiste de la chimiothérapie (oncologue médical), un spécialiste de la radiothérapie (oncologue radiothérapeute) ou un spécialiste d'organe (hépato-gastroentérologue).

Le **psychiatre** est un médecin spécialiste des maladies mentales et des troubles psychologiques (dépression ou anxiété face à la maladie, difficultés relationnelles ou comportementales...). Comme tout médecin, il peut prescrire des médicaments. Lorsqu'il travaille en cancérologie, on parle de psycho-oncologue ou d'oncopsychiatre.

Le **psychologue** est un professionnel spécialiste de l'écoute et formé à aider des personnes en situation de souffrance psychique. Il peut assurer un soutien et un suivi psychologique par des entretiens individuels ou en groupe. Lorsqu'il travaille en cancérologie, on parle aussi de psycho-oncologue ou d'oncopsychologue.

Le **radiologue** est un médecin spécialiste qui réalise et interprète des images de parties du corps ou d'organes lors des examens de radiologie tels que la radiographie ou l'échographie. Il est assisté par un manipulateur de radiologie.

Le **radiologue interventionnel** est un radiologue spécialiste des traitements guidés par l'imagerie médicale (échographie*, IRM*, scanner*, etc.). Lorsqu'il intervient pour un cancer du foie, il effectue les traitements par destruction de la tumeur à travers la peau et par chimioembolisation*. Il agit toujours en lien avec les différents professionnels de santé qui suivent votre dossier.

Le **sophrologue** propose des techniques de soutien fondées sur des exercices de respiration consciente, de visualisations positives et de relaxation.

10. Questions de vie quotidienne

QU'EST-CE QUE L'ALD ?

LA VIE PROFESSIONNELLE PENDANT LES TRAITEMENTS

LES AIDES À DOMICILE

BÉNÉFICIER D'UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

BÉNÉFICIER DE LA PRISE EN CHARGE D'UNE ADDICTION

LES PROCHES

La survenue de la maladie et la mise en place de vos traitements entraînent d'importants changements dans votre vie quotidienne. Des solutions existent afin d'assurer la meilleure conciliation entre votre prise en charge médicale et votre vie au quotidien.

10.1 QU'EST-CE QUE L'ALD ?

Selon la définition de l'Assurance maladie, une affection de longue durée (ALD) est une maladie qui nécessite un suivi et des soins prolongés (plus de 6 mois), ainsi que des traitements coûteux, ouvrant droit à une prise en charge à 100 %. Le cancer du foie fait partie des affections de longue durée.

Le taux de prise en charge à 100 % concerne les soins et les traitements en rapport avec votre maladie. Cependant, certains frais ne sont pas pris en charge à 100 %. Il s'agit notamment du forfait hospitalier (coût de l'hébergement, de la restauration et de l'entretien des chambres pendant une hospitalisation) et des soins dont le coût dépasse le tarif de la Sécurité sociale. La part non remboursée par l'Assurance maladie est à votre charge ou peut être remboursée par votre mutuelle complémentaire si vous en avez une.

C'est votre médecin traitant qui établit le formulaire pour demander votre prise en charge à 100%. Il adresse ce document, appelé protocole de soins, au médecin conseil de l'Assurance maladie. Après accord de ce dernier, le protocole de soins vous est remis et expliqué par votre médecin traitant. Il vous informe sur la prise en charge médicale de votre maladie, sur la durée de la prise en charge et sur vos remboursements.

10.2 LA VIE PROFESSIONNELLE PENDANT LES TRAITEMENTS

La vie professionnelle est souvent perturbée par la maladie, soit parce que vous êtes trop fatigué, soit parce que les effets secondaires causés par le cancer ou les traitements vous empêchent de travailler.

Pendant les traitements, un arrêt de travail de quelques semaines ou quelques mois est fréquent. Vous pouvez alors bénéficier d'indemnités journalières qui compensent en partie la perte de vos revenus professionnels. Les conditions pour obtenir ces indemnités sont variables selon les statuts professionnels (salarié, fonctionnaire, travailleur indépendant, demandeur d'emploi, profession libérale, etc.).

Pensez à prévenir votre ou vos employeurs dès le premier jour de votre arrêt de travail. Cela permettra de conserver un bon contact et facilitera, à terme, une reprise du travail dans les meilleures conditions.

10.3 LES AIDES À DOMICILE

Lorsque l'on suit un traitement ou que l'on rentre chez soi après une hospitalisation, il est parfois difficile de s'occuper des tâches quotidiennes. Une aide à domicile peut alors s'avérer utile. Derrière ce terme, outre l'aide à domicile, on trouve différents métiers tels que l'auxiliaire de vie sociale ou la technicienne de l'intervention sociale et familiale.

Ces professionnels ont diverses compétences et peuvent vous aider pour :

- les gestes du quotidien comme le lever, la toilette ou l'alimentation ;
- les activités domestiques comme l'entretien du logement et du linge, les courses ou la préparation des repas ;
- les démarches administratives ;
- l'organisation de la vie familiale comme aller chercher les enfants à l'école.

Il est parfois possible de bénéficier d'un soutien financier qui prend en charge une partie des frais engendrés par l'aide à domicile. Plusieurs dispositifs existent. Ils sont conditionnés par votre âge, votre situation ou vos ressources.

Pour en savoir plus sur vos droits, sur les aides et sur les démarches, vous pouvez prendre contact avec votre caisse d'Assurance maladie, consulter le guide Cancer info *Démarches sociales et cancer* ou encore, faire appel à l'assistante sociale de l'établissement dans lequel vous êtes suivi.

10.4 BÉNÉFICIER D'UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

La maladie peut être source de souffrance psychologique. L'angoisse du lendemain, la perte de repères, l'altération de l'image du corps, la difficulté à communiquer avec ses proches sont autant de facteurs qui peuvent être déstabilisants et rendre vulnérable.

Chacun vit la maladie et les traitements de manière différente, selon son histoire, sa personnalité et ses relations familiales, sociales, professionnelles. Dans tous les cas, il est important d'exprimer ses doutes et ses craintes, notamment à l'équipe soignante. Vous pourrez ainsi être écouté et bénéficier, si nécessaire, d'un soutien psychologique.

Selon vos besoins et vos souhaits, vous pouvez être orienté vers un professionnel, vers des groupes de parole ou vers des associations de patients.

Consulter un professionnel

La consultation d'un psychiatre est remboursée par l'Assurance maladie. En revanche, la consultation d'un psychologue n'est prise en charge que lorsqu'elle a lieu à l'hôpital ou dans un centre médico-psychologique (CMP).

Des consultations gratuites avec un psychologue peuvent être proposées par des associations de patients ou des réseaux de santé.

Participer à un groupe de parole

Des groupes de parole peuvent être organisés à l'initiative de l'établissement hospitalier ou d'associations. Animés par des professionnels, ils permettent d'échanger, de rencontrer des personnes confrontées aux mêmes problèmes ou aux mêmes

inquiétudes. Ces groupes peuvent vous aider à vous exprimer, notamment sur des sujets que vous n'évoquez pas forcément avec votre entourage.

Rencontrer une association de patients

Il existe de nombreuses associations de patients ou de proches de personnes malades. Leurs modes d'intervention sont variés, mais leur rôle est important. Elles peuvent vous apporter, ainsi qu'à vos proches, des informations ainsi qu'un soutien sur le plan humain ou social. Elles constituent aussi un moyen de rencontre et d'échange.

Pour en savoir plus sur les aspects psychologiques de la maladie, consultez le guide *Vivre pendant et après un cancer*. Pour connaître les coordonnées des associations près de chez vous, rendez-vous sur www.e-cancer.fr/cancer-info

10.5 BÉNÉFICIER DE LA PRISE EN CHARGE D'UNE ADDICTION

L'arrêt de la consommation d'alcool est fortement recommandé en cas de cancer du foie afin de réduire le risque de complications pendant et après les traitements. Si vous souffrez d'une dépendance à l'alcool, il est possible de vous faire aider. Plusieurs possibilités existent.

Votre médecin traitant évalue votre consommation et la meilleure conduite à adopter. Il vous permet ainsi de faire un premier point sur la nécessité d'être pris en charge et peut vous orienter au besoin vers une structure spécialisée si une dépendance est présente.

Les structures en addictologie* regroupent des spécialistes de la prise en charge d'une addiction (médecins, psychologues, travailleurs sociaux). Vous pouvez consulter ces professionnels dans des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou dans des consultations hospitalières d'addictologie. Selon votre état de santé, une hospitalisation dans un service spécialisé, l'unité hospitalière d'addictologie, peut être organisée.

Les groupes de parole permettent de rencontrer des personnes qui ont réussi à se libérer de leur dépendance. Ils peuvent être une aide et un soutien important tout au long de votre démarche. Vous

pouvez vous renseigner auprès de votre médecin ou des associations spécialisées pour connaître les groupes près de chez vous et trouver celui qui correspond le mieux à vos besoins.

Une aide à distance est également disponible.

La ligne téléphonique Écoute Alcool vous apporte un soutien et vous oriente vers les différents groupes, associations et professionnels qui peuvent vous accompagner. N° d'appel 0811 91 30 30 (prix d'un appel local, de 8 heures à 2 heures, 7 jours/7).

Les sites internet

Alcool info service et sa rubrique « où trouver de l'aide ? » vous oriente vers les personnes ou les structures qui peuvent vous accompagner : www.alcoolinfoservice.fr

Vous pouvez également vous rendre sur le site www.drogues-info-service.fr pour des informations complémentaires sur les addictions.

10.6 LES PROCHES

Accompagner une personne atteinte d'un cancer est une épreuve difficile. L'investissement personnel auprès d'une personne malade est éprouvant, tant sur le plan physique que psychologique.

Proposer à vos proches de lire ce guide peut les aider à mieux comprendre la période que vous traversez.

Des psychologues et psychiatres sont généralement présents dans les établissements de santé et peuvent accueillir autant les personnes malades que leurs proches. Par ailleurs, des associations d'anciens patients et de bénévoles proposent un soutien particulier aux proches, notamment à travers des groupes de parole. N'hésitez pas à vous renseigner auprès de l'établissement où vous êtes suivi ou de la Ligue nationale contre le cancer.

Des informations détaillées destinées aux proches figurent dans le guide *Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer*.

11. Ressources utiles

LA PLATEFORME CANCER INFO
LES ASSOCIATIONS ET AUTRES RESSOURCES
LES LIEUX D'INFORMATION ET D'ORIENTATION

11.1 LA PLATEFORME CANCER INFO

- **Cancer info, le service téléphonique : 0810 810 821** (prix d'un appel local)
Une équipe constituée de spécialistes de l'information sur les cancers répond à vos questions d'ordre pratique, médical ou social, du lundi au samedi, de 9 heures à 19 heures. Vous pouvez aussi accéder à un service d'écoute animé par des psychologues et à une permanence juridique animée par des avocats.
- **Cancer info, la rubrique internet : www.e-cancer.fr/cancer-info**
La rubrique Cancer info du site de l'Institut national du cancer donne accès à des informations détaillées sur le cancer du foie, ses facteurs de risque, son diagnostic, ses traitements, le suivi après les traitements, la vie pendant et après la maladie, les associations près de chez vous, etc.
- **Cancer info, les guides**
(disponibles gratuitement sur www.e-cancer.fr)
- **Démarches sociales et cancer (2009)**
Support d'information sur les droits sociaux, ce guide a pour but d'aider les personnes malades et leurs proches à s'orienter dans leurs démarches auprès des différents services sociaux et administratifs.
 - **Les essais cliniques en cancérologie : les réponses à vos questions (2008)**
Ce guide répond aux questions que les patients peuvent se poser lorsqu'un essai clinique leur est proposé : quel est l'objectif ? existe-t-il des risques ? comment prendre la décision ? etc.
 - **Douleur et cancer (2007)**
Ce guide a pour objectif de répondre aux questions des patients sur les douleurs liées au cancer et de faciliter leur prise en charge.

- **Vivre pendant et après un cancer (2007)**
Ce guide a pour but d'accompagner le patient dans les changements que peuvent entraîner la maladie et ses traitements, sur le plan psychologique, émotionnel, relationnel ou familial.
- **Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer (2006)**
Ce guide a pour objectif de permettre aux proches de mieux cerner le rôle qu'ils peuvent jouer auprès de la personne malade.
- **Fatigue et cancer (2005)**
Ce guide a pour objectif d'aider les patients et leurs proches à comprendre les causes de la fatigue associée au cancer et à faciliter sa prise en charge.

11.2 LES ASSOCIATIONS ET AUTRES RESSOURCES

Ligue nationale contre le cancer

La Ligue nationale contre le cancer apporte aux malades et à leurs proches un soutien moral, psychologique, matériel et financier. Elle est présente partout en France à travers ses 103 comités départementaux. Pour connaître et accéder à ses services : appelez le 0810 111 101 (prix d'un appel local) ou connectez-vous sur www.ligue-cancer.net

Transhépate

L'association Transhépate regroupe des personnes ayant vécu une greffe du foie ou atteintes d'une maladie grave au foie. Transhépate informe sur ces pathologies, sensibilise l'opinion à l'importance du don d'organes, apporte un soutien aux futurs transplantés et à leurs proches. Tel : 01 40 19 07 60. Internet : www.transhepate.org

L'agence de la biomédecine

L'agence de la biomédecine s'assure du respect des règles de sécurité sanitaire, d'éthique et d'équité dans les domaines du prélèvement et de la greffe d'organes. Elle propose un site internet dédié à l'information sur le don et la greffe d'organes : www.dondorganes.fr

▶ Hépatites info service

Le site internet hépatites info service : www.hepatites-info-service.org informe sur les hépatites* et propose un service téléphonique.

N° d'appel : 0800 845 800 (appel gratuit, de 8 heures à 23 heures, 7 jours/7).

▶ SOS hépatites

La fédération SOS hépatites regroupe des associations ayant pour but la prévention, l'information, la solidarité et la défense de toutes les personnes concernées par les hépatites virales, les maladies du foie, quels que soient les virus et les modes de contamination, ainsi que la promotion de la recherche. Internet : www.soshepatites.org

N° d'appel : 0800 004 372 (appel gratuit du lundi au vendredi, de 10 heures à 13 heures et de 14 heures à 18 heures).

▶ Écoute Alcool

La ligne téléphonique Écoute Alcool vous apporte du soutien et vous oriente vers les différents groupes, associations et professionnels qui peuvent vous accompagner.

N° d'appel : 0811 91 30 30 (prix d'un appel local, de 8 heures à 2 heures, 7 jours/7).

Le site internet **Alcool info services** et sa rubrique « où trouver de l'aide ? » vous oriente vers les personnes ou les structures qui peuvent vous accompagner : www.alcoolinfoservice.fr

Des informations complémentaires sur les addictions sont disponibles sur le site internet www.drogues-info-service.fr

11.3 LES LIEUX D'INFORMATION ET D'ORIENTATION

Il existe des lieux d'information pour les malades et leurs proches animés par des professionnels qui accompagnent les personnes tout au long de la maladie ou les accueillent ponctuellement, selon leur choix.

Leur rôle est d'informer, d'écouter et d'orienter. Ils ne font ni diagnostic ni pronostic et leurs services sont gratuits.

Vous pouvez vous renseigner au sein de votre établissement de santé sur l'existence d'**ERI** (Espaces de Rencontres et d'Information), d'**AIRES Cancer** (dans la région Nord-Pas-de-Calais), ou d'autres structures de ce type.

Les **Accueils Cancer de la Ville de Paris** proposent également un soutien psychologique, social, personnel et familial.

Pour connaître les coordonnées de ces lieux d'informations, connectez-vous sur www.e-cancer.fr/cancer-info, rubrique ressources utiles, ou appelez Cancer info au 0810 810 821 (prix d'un appel local).

12. Glossaire

Ce glossaire définit les termes scientifiques que vous pouvez entendre tout au long des traitements.

a

addictologie : spécialité qui s'intéresse à la prise en charge des addictions, c'est-à-dire des dépendances physiologiques et psychologiques à une substance, comme l'alcool et les stupéfiants, ou à un comportement comme le jeu ou la boulimie.

agence nationale de la biomédecine : agence publique d'État dont la mission est de contribuer au développement des traitements utilisant des éléments du corps humain (organes, tissus, cellules) en s'assurant que l'éthique et la sécurité sanitaire sont prises en compte.

albumine : substance produite par le foie et présente dans le sang. L'albumine contribue à l'équilibre des échanges de liquides à l'intérieur de l'organisme et au fonctionnement des cellules du corps en assurant le transport du calcium et de certaines hormones. Lorsque le foie ne fonctionne plus normalement, comme lors d'une cirrhose*, la production d'albumine diminue. La mesure de l'albumine par une prise de sang permet d'évaluer le fonctionnement du foie.

anatomopathologie : spécialité médicale qui consiste à observer les organes, les tissus ou les cellules prélevés sur le patient pour repérer et analyser des anomalies liées à une maladie. L'examen se fait d'abord à l'œil nu, puis il est complété par une analyse à l'aide d'un microscope. On parle aussi d'anatomocytopathologie ou encore, par abréviation, d'«anapath».

anémie : diminution du nombre de globules rouges dans le sang, qui se traduit notamment par une grande fatigue, une pâleur, un essoufflement.

anticoagulant : médicament qui diminue la coagulation du sang, évitant ainsi la formation de caillots dans les vaisseaux sanguins.

artère hépatique : gros vaisseau sanguin qui alimente le foie en sang oxygéné.

artériographie : technique qui permet d'obtenir des images des vaisseaux sanguins du foie par l'injection d'un produit dans le sang lors d'une radiographie.

ascite : accumulation de liquide dans l'abdomen provoquée par une atteinte au foie.

asepsie : absence de micro-organismes sur une personne, un objet ou dans un lieu, susceptibles d'entraîner l'apparition d'une infection. L'asepsie s'obtient par un ensemble de mesures destinées à éviter l'introduction de microbes dans l'organisme : désinfection, stérilisation, lavage des mains, filtrage de l'air, port de vêtements spéciaux...

autorisation de mise sur le marché : autorisation de commercialisation d'un médicament après évaluation de son rapport bénéfice/risque, délivré par l'Afssaps (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) ou l'EMA (European medicines agency). On parle aussi d'AMM.

b

bile : liquide produit par le foie et qui aide à la digestion des graisses.

bilirubine : pigment qui donne sa couleur jaune à la bile*. La bilirubine provient de la destruction des vieux globules rouges dans la rate et la moelle osseuse ; elle est ensuite transformée par le foie. Lorsque le foie ne fonctionne plus normalement, par exemple à cause d'une cirrhose*, cette transformation se fait difficilement et le taux de bilirubine augmente, provoquant une jaunisse. La mesure du taux de bilirubine par une prise de sang permet d'évaluer le fonctionnement du foie.

C

cancer : maladie provoquée par la transformation de cellules qui deviennent anormales et prolifèrent de façon excessive. Ces cellules

dérégulées finissent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne. Les cellules cancéreuses ont tendance à envahir les tissus voisins et à se détacher de la tumeur. Elles migrent alors par les vaisseaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques pour aller former des métastases*.

canal cholédoque : canal qui conduit la bile* produite par le foie vers les intestins.

carcinome hépatocellulaire : cancer qui se développe à partir de cellules du foie, les hépatocytes. On parle aussi d'hépatocarcinome.

cellule : unité de base de la vie qui constitue tout organisme. Le corps humain est composé de plusieurs milliards de cellules de différents types (cellules de peau, des os, du sang...) qui, pour la plupart, se multiplient, se renouvellent et meurent. Des cellules identiques assemblées entre elles forment un tissu. Une cellule devient cancéreuse lorsqu'elle se modifie et se multiplie de façon incontrôlée.

chimioembolisation : traitement qui vise à détruire une tumeur du foie en bouchant l'artère qui la nourrit par injection d'emboles* associées à des médicaments de chimiothérapie. Ce traitement est réalisé sous anesthésie locale.

cholangiocarcinome : cancer du foie qui se développe à partir des cellules des voies biliaires*.

cholestérol : substance grasse indispensable à la vie, qui entre dans la composition des cellules, et notamment de leur membrane. Le cholestérol est présent dans la plupart des tissus et liquides de l'organisme (sang, cerveau, bile*...).

cirrhose : maladie du foie qui se couvre de tissu fibreux, durcit et fonctionne mal. Une cirrhose est provoquée par des agents toxiques pour les cellules du foie comme l'alcool ou les virus des hépatites B et C, et favorise l'apparition de cancer*.

classification de Child-Pugh : classification qui évalue la gravité d'une cirrhose*. La classification part de A pour une cirrhose légère ou une absence de cirrhose, à C pour une cirrhose avancée.

d

dialyse : procédé d'épuration des déchets toxiques en excès dans le sang chez les personnes dont les reins n'assurent plus ou mal leur rôle.

e

échographie : examen qui permet de regarder l'intérieur du corps à travers la peau. Le médecin fait glisser sur la zone du corps à examiner une sonde qui produit des ultrasons (vibrations non audibles par l'oreille humaine). Quand ils rencontrent les organes, les ultrasons émettent un écho. Capté par un ordinateur, l'écho est transformé en images sur un écran de télévision.

embolie : obstacle dans un vaisseau sanguin.

encéphalopathie : atteinte du cerveau provoquée par un dysfonctionnement du foie et qui peut entraîner des troubles du comportement ou un coma.

endoscopie œsogastroduodénale : technique d'exploration de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin à l'aide d'un instrument composé d'un tube en fibres optiques, appelé endoscope.

essai clinique : étude scientifique menée avec des patients, dont l'objectif est de rechercher de meilleures modalités de prise en charge du cancer*. Un essai clinique peut porter sur la prévention, le dépistage, le diagnostic, un traitement ou la qualité de vie.

f

fibrose : modification des tissus du foie en réaction à la destruction des cellules par un composé toxique comme l'alcool ou un virus. Lorsque la fibrose s'étend à l'ensemble du foie, on parle de cirrhose*.

fistule biliaire : canal anormal qui se crée entre l'abdomen et une voie biliaire*, entraînant un écoulement de bile dans l'abdomen, provoquant parfois des douleurs et de la fièvre.

g

glande surrénale : glande située au dessus des reins.

greffon : organe ou partie d'organe destiné à être greffé.

h

hémangioendothéliome épithélioïde : cancer du foie qui se développe à partir des cellules des vaisseaux sanguins présents dans le foie.

hématome : accumulation de sang localisée sous la peau ou dans une cavité à la suite d'une rupture de vaisseaux sanguins.

hémorragie : écoulement anormal de sang en dehors des vaisseaux sanguins.

hépatite : inflammation du foie qui entraîne une destruction plus ou moins importante des cellules du foie. Une hépatite peut être provoquée par un virus (hépatite virale) comme celui de l'hépatite B et C, ou être la conséquence d'une intoxication, notamment par un excès d'alcool. Une hépatite augmente le risque de développer un cancer du foie.

hépatocyte : cellule du foie.

hypertension portale : augmentation de la quantité de sang à l'entrée du foie, au niveau de la veine porte hépatique. L'hypertension portale est due à une mauvaise circulation du sang dans le foie, provoquée par une maladie comme une cirrhose* ou par une tumeur cancéreuse.

i

immunosuppresseur : se dit d'un traitement qui diminue les réactions de défense de l'organisme contre les corps étrangers pour éviter le rejet d'un organe greffé.

insuffisance hépatique : dysfonctionnement du foie qui ne peut plus assurer ses fonctions. Une insuffisance hépatique peut être provoquée par une maladie ou survenir après une opération chirurgicale qui enlève une partie du foie.

IRM (imagerie par résonance magnétique) : technique d'examen qui consiste à créer des images précises d'une partie du corps, grâce à des ondes (comme les ondes radio) et un champ magnétique. Les images sont reconstituées par un ordinateur et interprétées par un radiologue.

m

métastase : tumeur formée à partir de cellules cancéreuses qui se sont détachées d'une première tumeur et ont migré par les vaisseaux lymphatiques ou les vaisseaux sanguins dans une autre partie du corps où elles se sont installées.

moelle osseuse : substance qui se trouve à l'intérieur des os et qui produit les différentes cellules du sang (globules rouges, globules blancs et plaquettes).

p

phlébite : inflammation d'une veine, pouvant provoquer son obturation par la formation d'un caillot de sang.

ponction : prélèvement de cellules, d'un petit morceau de tissu ou de liquide à l'aide d'une aiguille fine, dans une partie du corps.

protéine : composant de toutes les cellules de l'organisme. De forme très variée, les protéines remplissent de nombreuses fonctions : construction, fonctionnement, défense. Elles sont fabriquées à partir de l'information contenue dans les gènes.

prothrombine : substance fabriquée par le foie qui sert à la coagulation du sang. La mesure du taux de prothrombine par une prise de sang permet d'évaluer le fonctionnement du foie.

r

recommandation : document destiné à aider les professionnels de santé à proposer au patient les solutions de prises en charge (diagnostic, traitement, suivi) les mieux adaptées selon le type de cancer et son stade. L'élaboration des recommandations s'appuie sur l'analyse des essais cliniques* et sur l'avis d'experts. On parle parfois de RPC (recommandation pour la pratique clinique) ou de référentiel de bonnes pratiques.

S

scanner : examen qui permet d'obtenir des images du corps en coupes fines au moyen de rayons X. Les images sont reconstituées par ordinateur, ce qui permet une analyse précise de différentes régions du corps. Les radiologues parlent aussi de tomодensitométrie, abrégée en TDM. Le terme scanner désigne aussi l'appareil utilisé pour réaliser cet examen.

t

thérapie ciblée : traitement à l'aide de médicaments qui, selon leur cible, visent à freiner ou à bloquer la croissance de la cellule cancéreuse, en l'affamant, en provoquant sa destruction, en dirigeant le système immunitaire contre elle ou en l'incitant à redevenir normale.

V

varice : veine gonflée et déformée. Cette déformation est provoquée par du sang en excès qui circule mal.

veine porte : grosse veine amenant au foie le sang riche en produits nutritifs que ses branches ont puisés au niveau des organes digestifs (estomac, intestins...).

vésicule biliaire : petite poche attachée sous le foie qui concentre et stocke la bile* qu'il produit jusqu'à ce qu'elle soit libérée dans l'intestin lors de la digestion.

voie biliaire : canal qui transporte la bile* de sa production par le foie jusqu'à son déversement dans l'intestin en passant par sa mise en réserve dans la vésicule biliaire*.

Annexe : les examens du bilan diag

Des examens sont réalisés pour obtenir le plus d'informations possibles sur le cancer dont vous êtes atteint. Cette étape peut sembler longue, mais un bilan précis est indispensable pour vous proposer un traitement adapté. Le tableau ci-dessous présente les

EXAMEN	DESCRIPTION
Examen clinique	Examen (auscultation, palpation, etc.) par un médecin généraliste ou un hépato-gastroentérologue, réalisé dans le cadre d'une consultation qui comprend également un entretien avec le patient.
Echographie abdominale	Examen qui permet d'obtenir en direct des images de l'intérieur du corps à travers la peau. Le médecin fait glisser sur l'abdomen une sonde qui produit des ultrasons (vibrations non audibles par l'oreille humaine). Quand ils rencontrent les organes, les ultrasons émettent un écho. Capté par un ordinateur, l'écho est transformé en images sur un écran de télévision. Ces images peuvent être imprimées.
Scanner thoracoabdominopelvien (également appelé TDM, tomodensitométrie)	Examen qui permet, à l'aide de rayons X de réaliser une imagerie en coupe du thorax, de l'abdomen et du pelvis. L'examen nécessite l'injection d'un produit de contraste qui permet de visualiser les vaisseaux et les différents organes dont le foie. La circulation dans le foie et aux abords de la tumeur est étudiée. L'examen est effectué en quatre temps successifs pour pouvoir observer la circulation du sang dans le foie.

nostique

examens les plus souvent réalisés et leurs objectifs. L'ordre dans lequel ils sont réalisés peut varier d'une personne à l'autre. Tous ces examens ne sont pas systématiques et, si besoin, d'autres peuvent vous être proposés.

OBJECTIF
<p>Évaluer l'état de santé général, identifier les antécédents médicaux ou chirurgicaux personnels et familiaux, déceler des anomalies palpables du foie.</p>
<p>L'échographie abdominale permet de suivre l'évolution d'une maladie au foie déjà existante (<u>cirrhose*</u>, <u>hépatite*</u>, etc.). Elle sert également d'examen de dépistage du cancer du foie.</p>
<p>Cet examen permet de confirmer le diagnostic de cancer du foie évoqué par les résultats d'une échographie.</p> <p>Il permet également de repérer d'autres nodules et d'éventuelles extensions de la tumeur sur d'autres organes (ganglion, os, poumon, glandes surrénales, péritoine).</p>

Annexe : les examens du bilan diag

EXAMEN	DESCRIPTION
IRM hépatique	Examen qui utilise un puissant aimant et des ondes radioélectriques pour produire des images en coupes du foie. Un ordinateur assemble ces images en trois dimensions.
Dosage de l'alpha fœto-protéine	Prise de sang permettant de mesurer le taux d'alpha fœto-protéine, substance sécrétée par les cellules d'une tumeur cancéreuse du foie.
Biopsie	Prélèvement d'un échantillon de tissu au niveau du foie et des ganglions. Les biopsies du foie sont réalisées sous contrôle d'une échographie ou d'un scanner. Sous anesthésie et guidée par l'imagerie médicale, une aiguille est insérée à travers la peau jusqu'à la zone suspectée d'être une tumeur. Un prélèvement de tissu est effectué pour être ensuite analysé.
Examens pour évaluer l'état du foie en dehors de la tumeur	
Analyse de sang	Un prélèvement de sang est effectué pour mesurer la concentration de substances fabriquées ou prises en charge par le foie. L'analyse sert ainsi à mesurer : <ul style="list-style-type: none"> ■ l'albumine* ■ la bilirubine* totale ■ le taux de prothrombine*
Endoscopie œsogastroduodénale	Examen qui consiste à explorer le haut du tube digestif (œsophage, estomac, intestin...) avec un tube souple et de petit diamètre, muni d'un éclairage et d'un système optique. Ce tube, l'endoscope, est introduit par la bouche. Il permet de voir l'intérieur du tube digestif.

nostique (suite)

OBJECTIF
<p>Cet examen est utilisé à la place ou en complément du scanner pour caractériser la lésion et préciser une extension locorégionale.</p>
<p>Un taux élevé d'alpha fœto-protéine associé à la présence d'un nodule sur le foie détecté à l'imagerie oriente le diagnostic de cancer.</p>
<p>Cet examen n'est pas systématique. Il n'est pas nécessaire lorsque les autres examens (scanner, IRM, dosage de l'alpha fœto-protéine) sont évocateurs d'une tumeur maligne.</p>
<p>L'analyse de sang permet d'évaluer l'état général du foie et de mesurer la gravité d'une éventuelle cirrhose selon la <u>classification de Child-Pugh*</u>.</p>
<p>L'endoscopie permet de visualiser la présence de <u>varices*</u> sur l'œsophage ou dans l'estomac. Ces varices sont le signe d'une <u>hypertension portale*</u>, qui est une complication d'une atteinte au foie. La présence d'une hypertension portale est un élément important à prendre en compte dans le déroulement des différents traitements.</p>

Méthode et références

Ce guide fait partie de Cancer info, la plateforme d'information de référence à destination des malades et des proches. Cette plateforme est développée par l'Institut national du cancer en partenariat avec la Ligue nationale contre le cancer. Elle vise à rendre accessible une information validée pour permettre au patient d'être acteur du système de soins. Les contenus de Cancer info sont élaborés à partir des recommandations destinées aux professionnels de santé et selon une méthodologie pluridisciplinaire associant professionnels et usagers. Ils sont régulièrement mis à jour en fonction des avancées médicales et réglementaires.

Sources

Les informations contenues dans ce guide sont issues des sources de référence suivantes :

- Guide ALD n°30 « Cancer primitif du foie », novembre 2010.
- Thésaurus national de chirurgie digestive. « Carcinome hépatocellulaire (cancer primitif du foie) », 2007.
- Commission d'évaluation de la SFCD. « Cancérologie digestive : pratiques chirurgicales », 2009
- Guide ALD n°6 « Cirrhose », septembre 2008.
- Conférence de consensus, « Indications de la transplantation hépatique », 2005.
- Conférence de consensus, « Complications de l'hypertension portale chez l'adulte », 2003.
- Rapport d'évaluation technologique de la HAS, « L'hépatectomie droite par cœlioscopie », juillet 2010.

Conception et coordination

Emmanuelle Bara, responsable du département information des malades et des proches, directrice adjointe de l'information des publics, Institut national du cancer

Nicolas Viudez, chargé de projet, département information des malades et des proches, Direction de l'information des publics, Institut national du cancer

Valérie Delavigne, linguiste, département information des malades et des proches, Direction de l'information des publics, Institut national du cancer

Relecture médicale

Dr Jean-Claude Barbare, hépatologue, oncologue digestif, CHU d'Amiens, Fédération francophone de cancérologie digestive

Dr Emmanuel Boleslawski, chirurgien, chirurgie digestive et transplantations, CHRU de Lille, Association française de chirurgie hépatobiliaire et de transplantation hépatique

Dr José Clavero, membre du comité consultatif des professionnels de santé (CCPS) de l'Institut national du cancer, médecin généraliste, Paris

Dr Géraldine Sergent-Baudson, radiologue, CHRU de Lille

Conformité aux recommandations professionnelles

Dr Valérie Mazeau-Woynar, responsable du département des recommandations pour les professionnels de santé, Direction des soins et de la vie des malades, Institut national du cancer

Dr Laetitia Verdoni, département des recommandations pour les professionnels de santé, Direction des soins et de la vie des malades, Institut national du cancer

Relecture usagers

Anne-Marie Brossard, membre du groupe d'usagers de la Ligue nationale contre le cancer

Jean-Pierre Escande, membre du comité des malades, des proches et des usagers (CMPU) de l'Institut national du cancer, administrateur national de la Ligue nationale contre le cancer

Hélène Mouriessé, membre du groupe d'usagers de la Ligue nationale contre le cancer

Emmanuelle Pujol, animatrice ERI, Institut Gustave-Roussy, Villejuif

Notes

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pour en savoir plus et télécharger ou commander
gratuitement ce guide :



Édité par l'Institut National du Cancer
Tous droits réservés - Siren 185 512 777
Conception : INCa
Réalisation : Le Square
Couverture : Olivier Cauquil
Illustrations médicales : Pierre Bourcier
Iconographie : CHRU de Montpellier
Impression : Comelli
ISSN 2104-953X

DEPÔT LÉGAL OCTOBRE 2011

Vous avez appris que vous avez un cancer du foie. La survenue de cette maladie provoque d'importants bouleversements. Ce guide a pour objectif de vous accompagner dans la période des traitements qui commence.

Quels sont les traitements? Quels sont leurs objectifs et leurs effets secondaires? Quelles sont leurs conséquences sur votre vie quotidienne? Qui sont les professionnels que vous rencontrez? Voilà les questions auxquelles ce guide tente de répondre en fournissant des informations médicales de référence et validées par des spécialistes du cancer du foie.

Cependant, votre situation face au cancer est unique. Les informations de ce guide ne peuvent donc pas remplacer un avis médical. Ce guide constitue, avant tout, un support pour vos échanges avec vos médecins et l'équipe soignante.

