

DONNONS DE L'ESPOIR AUX GÉNÉRATIONS FUTURES !



FONDATION LUXEMBOURGEOISE
CONTRE LE CANCER

DONS, DONATIONS, LEGS

En choisissant la Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer, vous pouvez agir en toute confiance en faveur de la cause qui vous tient à cœur:

- La recherche contre le cancer
- L'aide aux patients atteints d'un cancer
- La prévention des cancers.

Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer • 209, route d'Arlon • L-1150 Luxembourg • www.cancer.lu

Comptes bancaires (exemption fiscale) :

CCPL LU92 1111 0002 8288 0000 - BGLL LU17 0030 6921 5695 0000 - CCRA LU15 0090 0000 5203 4121
BLUX LU07 0081 3237 2500 1003 - BILL LU97 0020 1711 6161 8700 - BCEE LU21 0019 1755 1788 1000

Luxembourg-1
Port payé
P/S. 172

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

infoCANCER

31

BROCHURE / BROSCHÜRE
LIFE-BOXES

p. 4

DÉPISTAGE DU CANCER
COLORECTAL /
DARMKREBS-FRÜHERKENNUNG

p. 6

BRONZAGE ARTIFICIEL /
KÜNSTLICHE SONNE

p. 14

LUXEMBOURG :
LE TABAGISME EN 2009

p. 17

LUXEMBOURG :
LES CHIFFRES DU CANCER

p. 18

CANCER ET DÉPRESSION

p. 20

RELAIS POUR LA VIE : MERCI

p. 24



FONDATION LUXEMBOURGEOISE
CONTRE LE CANCER

Périodique trimestriel - 2^{ème} trimestre 2010 - Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer - 209, route d'Arlon - L-1150 Luxembourg



CANCER COLORECTAL :
Le dépistage sauve des vies

→ NOTRE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Présidente:

S.A.R. la Grande-Duchesse Maria Teresa

Membres:

Dr Carlo Bock, Dr Danielle Hansen-Koenig, Maître Tom Loesch, Dr Fernand Ries, Dr Guy Scheifer et Dr Jean-Claude Schneider.

→ NOTRE ÉQUIPE

Directrice: Marie-Paule Prost-Heinisch

Collaborateurs:

Claudia Gaebel, Maïke Nestriepke, Ingrid Plum, Barbara Strehler, Lucienne Thommes, Nadine Wagener, Albin Wallinger et Nathalie Wampach.

→ NOS COORDONNÉES

209, route d'Arlon • L-1150 Luxembourg

Tél : 45 30 331 • Fax : 45 30 33 33

www.cancer.lu • flcc@pt.lu

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

Accès: En bus: ligne 22 (Stade Josy Barthel)
Parking réservé aux patients (derrière la maison).

→ INFO-CANCER 61

Rédacteur en Chef: Marie-Paule Prost-Heinisch

Nombre d'exemplaires: 89.000

La Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer est membre adhérent du « Code de bonne conduite des organismes faisant appel à la générosité du public ».

Si vous désirez soutenir les actions de la Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer, vous pouvez adresser votre don fiscalement déductible au C.C.P. :

IBAN LU92 1111 0002 8288 0000

NOS PUBLICATIONS



NOS SITES



www.cancer.lu

www.relaispouirlavie.lu



www.info-tabac.lu

La plupart de nos brochures sont téléchargeables sur nos sites.

DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Informier et sensibiliser sur le cancer colorectal (appelé communément cancer de l'intestin) est pour nous une mission importante puisque le dépistage peut sauver de nombreuses vies.

Chaque année au Luxembourg, près de 300 nouveaux cas sont diagnostiqués et plus de 110 personnes en meurent: cette mortalité est beaucoup trop élevée. Ceci n'est pas spécifique au Luxembourg, mais c'est aussi le cas dans les autres pays occidentaux! La raison en est qu'on le trouve généralement trop tard, alors que ce cancer peut être détecté à ses débuts, en dehors de tout symptôme, et être guéri.

Et mieux, il peut même être évité en enlevant les polypes situés dans l'intestin! Car les cancers colorectaux résultent en général de la dégénérescence de polypes bénins qui évoluent vers un cancer en 5 à 10 ans.

Pourtant, quelle qu'en soit la raison, ce cancer reste étrangement méconnu du grand public. Notre souhait est que toute personne à partir de 50 ans, sans risque particulier, sans symptôme, en parle avec son médecin pour voir quand et comment faire ce dépistage.

Parlez-en avec vos proches, parlez-en autour de vous ! Le dépistage du cancer colorectal sauve réellement des vies !



Marie-Paule Prost-Heinisch

Marie-Paule PROST-HEINISCH
Directrice de la Fondation
Luxembourgeoise Contre le Cancer

Den Insider 41 „KREBS – MEHR WISSEN, WENIGER ANGST“



Es gibt viele Gerüchte und Legenden rund um das Thema Krebs. Doch was ist wirklich dran?

„Den Insider 41“ der Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer stellt 11 Aussagen vor, die in Luxemburg immer wieder zu hören sind. Etwa: „Viele Krebsarten werden vererbt“, „Viele Kinder erkranken an Krebs“, „Krebs ist eine Fatalität, gegen die man nichts machen kann“ oder „Krebs ist gleich Tod“.

Die jugendlichen Leser können auf 14 Seiten ihr Wissen testen und herausfinden, wie gut sie informiert sind und sie erfahren, warum „kluge Insider nicht alles glauben sollten“.

Vier Seiten behandeln das Thema „Krebsprävention“. Im Heft heißt es: „Es gibt zwar keinen 100%igen Schutz gegen eine Krebserkrankung, aber man kann seine Chancen erhöhen, nicht an Krebs zu erkranken.“ Dazu gehöre es, so die Jugendzeitschrift, einige Risikofaktoren wie Rauchen, Übergewicht, zu starke Sonnenstrahlen, etc. zu meiden sowie verschiedene Schutzfaktoren zu fördern. Zum Thema Rauchen, den größten vermeidbaren Krebs-Risikofaktor, heißt es: „Würden die Menschen nicht rauchen, wäre Krebs eine deutlich seltenere Krankheit.“

Die aktuelle Ausgabe «Den Insider 41» können Interessierte von www.cancer.lu herunterladen oder kostenlos bei der Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer erhalten: 209, route d'Arlon L-1150 Luxembourg Tel.: 45 30 331 • E-Mail: flcc@pt.lu

JOG, WALK OR BIKE :

Appel aux sympathisants
de la Fondation Luxembourgeoise
Contre le Cancer

**SAMEDI
10 JUILLET**
à 16h30 au Centre
Récréatif
d'Echternach

Dans le cadre du Triathlon International d'Echternach, la Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer invite à sa traditionnelle course-santé pour promouvoir l'activité physique et un monde sans tabac. Cette course-santé, nommée « Jog, walk or bike », aura lieu en fin d'après-midi le samedi 10 juillet.

Comme le nom l'indique, chacun pourra choisir de courir, de marcher ou de pédaler. Si les marcheurs ou coureurs devront parcourir 3 km autour du lac (allure libre), les cyclistes devront amener leur vélo et leur casque pour pédaler sur 12 km.

Comme chaque année, des responsables politiques, des personnalités et des médecins sont invités à montrer leur adhésion pour la prévention des cancers. Toutes les personnes intéressées et les sympathisants de la Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer sont invités à participer en famille ou avec des amis et collègues.

Tout le monde se retrouvera dans la tente VIP après cette course et pourra échanger ses impressions dans une ambiance bon enfant.

Inscription (gratuite) recommandée auprès de la Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer au 45 30 331 ou flcc@pt.lu



Une partie des participants en 2009

RECHERCHE DE BÉNÉVOLES pour patients

Afin de renforcer l'équipe de ses bénévoles pour l'aide aux patients, la Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer recherche des personnes prêtes à s'engager régulièrement (une fois par semaine au sein des services de chimiothérapie et d'oncologie d'établissements hospitaliers) ou ponctuellement (selon besoins à domicile).

Il s'agit de tenir compagnie aux patients atteints de cancer, d'être à l'écoute en cas de besoin, d'accompagner pour une promenade ou un examen médical ou de faire la lecture.

Les qualités requises pour devenir bénévole sont une certaine **disponibilité** (1 demi-journée par semaine), une **bonne capacité d'écoute, d'empathie et de sensibilité** vis-à-vis du patient, une **aisance relationnelle** ainsi que la **volonté d'apprendre**.

Le futur bénévole devra suivre une **formation** (5 séances hebdomadaires l'après-midi) assurée par la Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer. Après, **des supervisions et des formations continues** ont lieu régulièrement pour ces bénévoles.



La prochaine formation pour les nouveaux bénévoles débute mi-juin 2010 (en luxembourgeois).

Si vous êtes intéressé(e), n'hésitez pas à contacter la Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer (tél : 45 30 331 ou mail flcc@pt.lu)

EXPERTENABEND FÜR KREBSPATIENTEN

**DONNERSTAG
1. JULI**

« Die Seele braucht länger » Psychoonkologie in der Nachsorge

Barbara
Strehler



Operation, Chemotherapie, Radiotherapie sind abgeschlossen, aber damit die Gedanken an die Krebsdiagnose und damit verbundene Ängste noch lange nicht. Die Rückkehr in den Alltag, in Beruf und familiäre Rollen gestaltet sich oft mühsam, das Vertrauen in den eigenen Körper ist erschüttert. „Die seelischen Wunden heilen langsamer als die körperlichen Wunden“, so beschreibt es eine ehemalige Patientin treffend.

Wie kann Psychoonkologie in dieser Phase des Neuanfangs helfen? Welche Anregungen können hilfreich sein? Wie kann diese Neuorientierung gelingen?

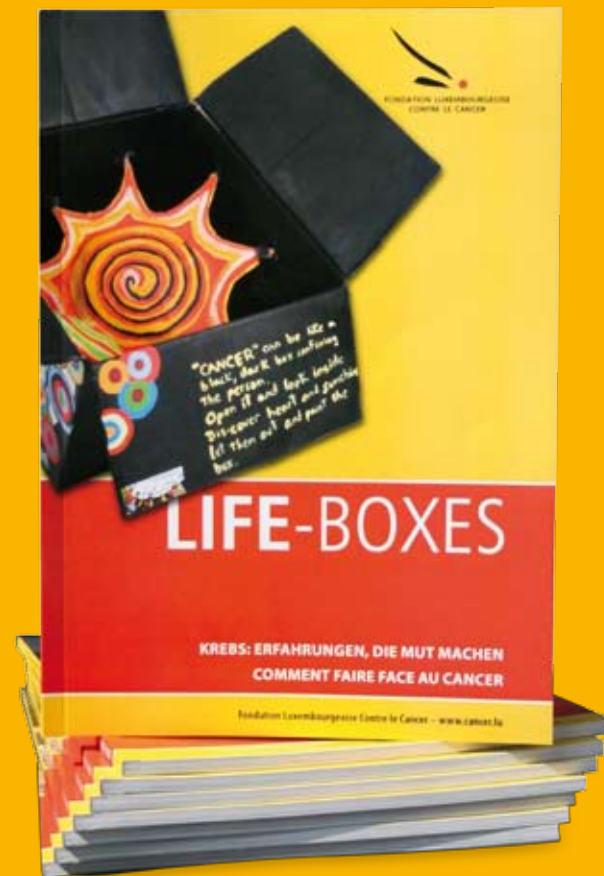
Nach dem Vortrag (in luxemburgischer Sprache) besteht die Möglichkeit, in kleinem Kreis Fragen zu stellen.

Referentin: Barbara Strehler, Diplom-Psychologin der Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer

Datum: Donnerstag, 1. Juli um 18 Uhr

Ort: Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer, 209, route d'Arlon, Luxembourg

Teilnahme: kostenlos, aber aus organisatorischen Gründen (begrenzte Plätze) vorherige Anmeldung erforderlich unter Tel: 45 30 331



NOUVELLE BROCHURE « LIFE-BOXES »

La brochure Life-Boxes raconte comment des patients atteints de cancer ont surmonté, chacun à sa manière, une crise existentielle, en l'occurrence celle d'avoir affronté le diagnostic du cancer, les traitements et tout ce qui s'ensuit.

C'est l'histoire d'hommes et de femmes qui nous racontent ce qui les a aidés durant leur maladie, comment ils ont réussi à surmonter cette crise et ce qui leur a redonné la joie de vivre. Chacun a développé ses propres stratégies. Chacun a laissé sa créativité s'exprimer via une Life-Box. Ainsi est née cette brochure faite par des ex-patients pour des patients actuellement en traitement.

Car le but principal de cette brochure est de **donner du courage aux patients** en leur montrant des personnes qui sont passées par les mêmes épreuves et de les aider en leur donnant des idées pour affronter cette dure période de leur vie.

Mais la brochure va aussi **sensibiliser jeunes et moins jeunes, en bonne santé**, qui vont se rendre compte de l'importance de choses simples. Car la brochure Life-Boxes provoque une réelle **émotion** chez les lecteurs : étonnement des uns devant le courage de ces patients, admiration des autres devant tant de vie, voire de combat pour la vie.

A vous de découvrir cette brochure !



NEUE BROSCHÜRE „LIFE-BOXES“

Die Broschüre Life-Boxes zeigt, wie Krebsbetroffene eine existenzielle Krise bewältigt haben – jeder auf seine ganz eigene Art.

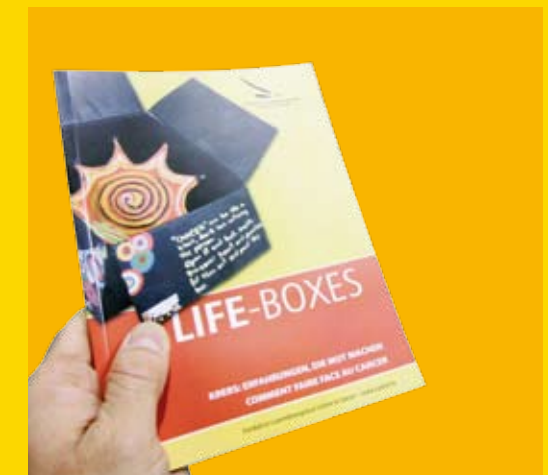
Dazu gehörte einerseits, sich der Diagnose zu stellen, andererseits die Behandlungen (sowie alles, was danach folgt) auf sich nehmen zu müssen. Um diese Lebenskrise zu meistern, entwickeln viele Patienten ganz **erstaunliche Kräfte, Mechanismen und Strategien**. Oft sind es auch hilfreiche Beziehungen, die einen Beitrag dazu leisten, diese anstrengende Zeit zu meistern. Vieles kann stützend wirken. Für jeden ist es anders.

Mit dieser Broschüre stellt die Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer die **Bewältigungsstrategien von ehemaligen Krebspatienten** in den Mittelpunkt. Was hat geholfen? Wie hat es geholfen? Welche „Wunder“ gab es in neuen Erkenntnissen, Erlebnissen und Beziehungen? Wie fanden Menschen aus der Lebenskrise wieder heraus?

Zu Wort kommen dabei die eigentlichen Experten – die Betroffenen selbst. Menschen, die aus der Lebenskrise herausgefunden haben und im Rückblick erzählen, was für sie **persönlich hilfreich** war.

So ergibt sich ein breiter Fächer an Bewältigungskompetenz, **kreativ dargestellt** in Form dieser Broschüre, die ein ganz besonderes Geschenk ist: Von Ex-Patienten für aktuell Erkrankte.

Tauchen Sie ein in die Welt dieser Life-Boxes, die Mut machen!



VOUS DÉSIREZ CETTE BROCHURE ?

INTERESSIERT AN DER BROCHÜRE?

La brochure Life-Boxes montre les diverses stratégies d'ex-patients pour faire face à la maladie.

Die Broschüre Life-Boxes stellt verschiedene Bewältigungsstrategien von ehemaligen Krebspatienten vor.

- 68 pages / Seiten
- 94 illustrations / Abbildungen
- 4 couleurs / Farben

Cette brochure est disponible gratuitement auprès de la / Diese Broschüre ist kostenlos erhältlich bei:



209, route d'Arlon L-1150 Luxembourg
Tél.: 45 30 331 • E-Mail: flcc@pt.lu
www.cancer.lu

LE CANCER COLORECTAL : QUI DÉPISTER ET COMMENT ?

(MPP) Au Luxembourg, comme partout en Europe, les cancers colorectaux (cancers du côlon et du rectum, appelés plus communément cancers de l'intestin) figurent parmi les cancers les plus fréquents.

Malheureusement, ils se développent sans symptômes et sont souvent trouvés trop tard, lorsque le traitement n'entraîne plus la guérison. Or, on peut éviter leur apparition en détectant et en enlevant les lésions qui favorisent leur développement. Si on n'a pas de risque particulier, c'est à partir de 50 ans qu'il faut commencer à y être attentif.



DARMKREBS- FRÜHERKENNUNG: WER, WIE UND WARUM?

Darmkrebs gehört in Luxemburg, wie in ganz Europa, zu den häufigsten Krebserkrankungen. Unter dem Begriff 'Darmkrebs' werden Karzinome im Dickdarm und Enddarm zusammengefasst. Diese machen sich leider oft nicht unmittelbar durch Symptome bemerkbar. So wird die Erkrankung oft nicht frühzeitig erkannt. Umso wichtiger ist es - selbst bei Personen ohne spezielles Risiko - ab dem Alter von 50 Jahren die Chancen einer Früherkennungsuntersuchung zu nutzen.

► QUE PEUT-ON FAIRE?

► Vivre sainement

D'abord, on peut mettre un maximum de chances de son côté en vivant sainement, c'est-à-dire en ayant une alimentation saine et équilibrée, avec beaucoup de fruits et de légumes, en ne fumant pas et en faisant régulièrement de l'exercice physique.

► Détecter le plus tôt possible pour guérir

Le dépistage du cancer colorectal consiste à rechercher la présence du cancer lors d'un examen médical, avant l'apparition de tout symptôme. Grâce au dépistage, on peut donc trouver un cancer à ses débuts. Plus il est trouvé tôt, meilleures sont les chances de guérison, car le traitement est d'autant plus efficace si la maladie ne s'est pas propagée à l'extérieur du côlon.

► Enlever un ou des polypes : une réelle prévention

Ensuite, il faut savoir que la plupart des cancers colorectaux se développent à partir de polypes (excroissances de la muqueuse intestinale). Or, ces polypes (tumeurs bénignes) peuvent être détectés par des examens médicaux (voir plus loin) et même être enlevés, ce qui les empêchera de se développer en cancers (tumeurs malignes).

► ETWAS FÜR SICH TUN: 3 MÖGLICHKEITEN

► Gesund leben

Zuallererst kann jeder seine Chancen, nicht zu erkranken, maximal erhöhen, indem er gesund lebt. Dazu gehört, sich mit viel Obst und Gemüse gesund und ausgewogen zu ernähren, nicht zu rauchen sowie sich körperlich regelmäßig zu bewegen.

► Die Erkrankung frühzeitig erkennen

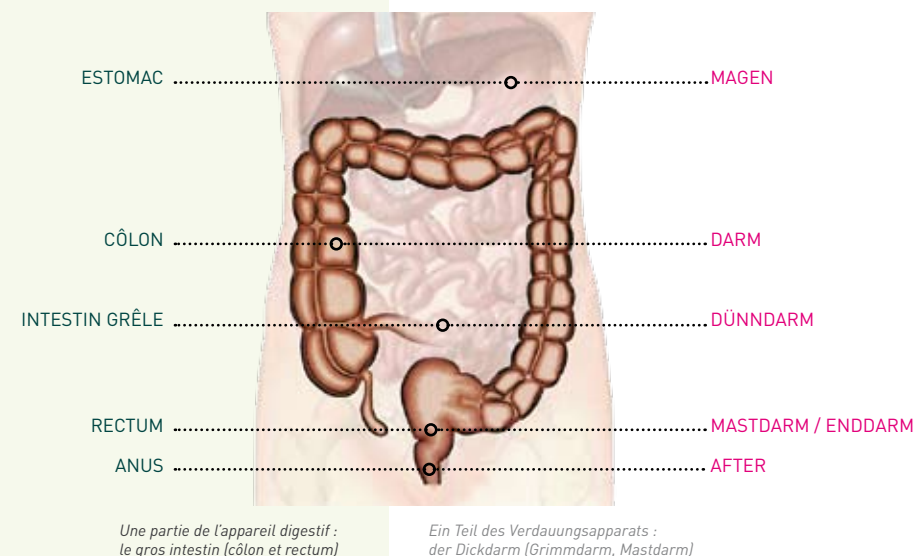
Der Sinn einer Darmkrebs-Früherkennungsuntersuchung besteht darin, einer möglichen Krebserkrankung möglichst im Anfangsstadium auf die Spur zu kommen, also vor dem Auftreten jeglicher Symptome. Je früher ein Tumor erkannt wird, desto besser sind die Heilungschancen. Auch eine Behandlung ist signifikant wirksamer, wenn sich die Krankheit noch nicht außerhalb des Darmbereichs ausgebreitet hat.

► Einen oder mehrere Polypen beseitigen lassen

Polypen sind gutartige Wucherungen der Darmschleimhaut. Die Mehrzahl der Darmkrebserkrankungen entwickeln sich aus solchen Wucherungen. Diese Polypen können durch Früherkennungsuntersuchungen beim Arzt entdeckt und sogar beseitigt werden. So kann verhindert werden, dass diese sich zu Krebserkrankungen (bösartigen Tumoren) weiterentwickeln.

► LES POLYPES

La grande majorité des cancers colorectaux résulte de la transformation maligne d'un polype de type adénomateux. Les polypes peuvent se former autour de 50 ans pour la population sans risque particulier. Par exemple à 65 ans, un tiers de la population est porteur d'un polype colique. Certains polypes vont se transformer en cancers dans un délai de 10 ans, voire moins. Ce sont les polypes les plus gros (taille supérieure à 1 centimètre) qui dégénèrent le plus et se transforment en cancers. On estime que 10% des polypes atteindront la taille de 1 centimètre, et que la moitié de ces derniers se transformeront en cancer.



► DIE POLYPEN

Die große Mehrzahl der Tumoren im Darm entwickelt sich aus anfangs gutartigen Darmpolypen vom Typ 'Adenom', die entarten. Polypen können sich in einer Bevölkerungsgruppe ohne besonderes Risiko im Alter von rund 50 Jahren bilden. Betrachtet man beispielsweise die Bevölkerungsgruppe der 65-jährigen ohne besonderes Risiko, so ist davon auszugehen, dass ein Drittel dieser Personen einen Polyp der Dickdarmschleimhaut aufweist. Einige Polypen verwandeln sich in einem Zeitraum von 10 oder sogar weniger Jahren in bösartige Krebserkrankungen. Es sind in der Regel die dicksten Polypen (mit einer Größe von über 1 cm), die am häufigsten degenerieren und sich in bösartige Tumoren verwandeln. Man schätzt, dass 10% der Polypen eine Größe von 1 cm erreichen und sich die Hälfte von diesen in eine Krebserkrankung verwandelt.

► QUI DÉPISTER ?

Le risque d'apparition de polypes commence aux alentours de 50 ans.

De plus, la grande majorité des cancers colorectaux (de l'ordre de 75%) se manifeste chez des personnes sans risque particulier, et ceci surtout après l'âge de 50 ans.

Il est clairement recommandé de se faire examiner à partir de 50 ans, et ceci **en dehors de tout symptôme**, c'est-à-dire chez des personnes a priori en bonne santé.

Il existe une **population plus à risque** qu'il faut identifier afin qu'elles suivent des programmes de surveillance adaptés (voir page 12).

Pour la **population « générale », sans risque particulier, on recommande le dépistage à partir de 50 ans.**



«Pour la population sans risque particulier et sans symptôme : dépistage à partir de 50 ans.»

► PAR QUEL MOYEN DÉPISTER ?

Pour un dépistage de masse au sein d'une population sans risque particulier, l'idéal serait d'avoir un test peu coûteux, de réalisation facile, fiable, accepté par la population et sans risques. Actuellement, on dispose de plusieurs méthodes de dépistage qui présentent chacune des avantages et des inconvénients. Ces méthodes sont d'une part la recherche de sang dans les selles, et d'autre part les méthodes de visualisation directe de l'intestin, à savoir la coloscopie par endoscopie ou par radiologie (« coloscopie virtuelle »). C'est à chacun de prendre la décision avec son médecin après avoir été informé et avoir bien compris les avantages et désavantages de chaque méthode.

La recherche de sang dans les selles

Il existe plusieurs tests détectant la présence de sang dans les selles, ce qui constitue un des signaux d'alarme du cancer de l'intestin. En effet, 2/3 des cancers colorectaux saignent au moins une fois par semaine, de même que les polypes de plus de 2 centimètres (les autres polypes moins souvent).

On comprend facilement que ce test ne détectera pas tous les cancers de l'intestin (à peine la moitié) et très peu de polypes (1 sur 10).

D'un autre côté, il sera aussi positif, c'est-à-dire des traces de sang seront trouvées, en cas de lésions digestives qui saignent (gastrite, hémorroïdes, etc.). Même chose en cas de présences de certaines substances (aspirine, viande rouge, certains végétaux, etc.) : c'est pour cela que ces médicaments et aliments ne doivent pas être pris pendant au moins 2 jours précédant le test. La vitamine C ou des

aliments riches en fibres qui raccourcissent la durée du transit, sont déconseillés pendant cette période. Les tests de dernière génération (dits immunochimiques) sont plus fiables et ne nécessitent pas de précautions de régime particulières.

Il faut aussi savoir que pour tout test positif, une coloscopie doit être réalisée.

Déroulement du test: il s'agit d'une plaquette cartonnée comportant une substance qui réagit à l'hémoglobine, c'est-à-dire aux traces de sang. En fait, la carte est imbibée d'une résine qui se colore en bleu en présence de sang.

Le patient doit appliquer, chez lui à domicile, des échantillons de selles avec une spatule sur une carte spéciale. Ce test sera envoyé au laboratoire où il sera interprété par des experts.

Ce test doit être effectué **chaque année à partir de 50 ans.**

Il est facile à réaliser, sans risque, sans douleur et peu coûteux pour les caisses de maladie. Il est mieux accepté par la population que la coloscopie, mais finalement peu spécifique, puisqu'il rate la moitié des cancers colorectaux. Ce test n'est valable que s'il est répété régulièrement.

La coloscopie par endoscopie

Cet examen permet de visualiser la totalité du côlon et du rectum à l'aide d'un tube souple introduit dans l'anus. On comprendra aisément que l'intestin du patient doit être bien « nettoyé », c'est-à-dire qu'il n'y ait pas de résidu fécal qui pourrait gêner. Ceci entraîne pour le patient une préparation plus fastidieuse : purge, la veille de l'examen, et régime sans résidus pendant quelques jours.



► KREBSFRÜHERKENNUNG BEI WELCHEN PERSONEN?

Das Risiko für das Auftreten von Polypen beginnt im Alter um die 50. Die große Mehrzahl der Darmkrebs-Erkrankungen (rund 75%) tritt bei Personen ohne spezielles Risiko auf, und dies vor allem nach dem Erreichen dieses Lebensjahr. Deshalb rät man nach dem Erreichen dieses Alters eindringlich zu einer Voruntersuchung - und dies ohne Vorliegen irgendwelcher Symptome, also auch bei Personen mit scheinbar gutem Gesundheitszustand.

Daneben gibt es eine **Bevölkerungsgruppe, die ein erhöhtes Risiko hat**. Diese gilt es, ausfindig zu machen, damit sich die Betroffenen ganz spezifischen Untersuchungen unterziehen (siehe Seite 13).

Für die „allgemeine“ Bevölkerung gilt: Zur Früherkennung wird ab dem Alter von 50 Jahren geraten.

► KREBSFRÜHERKENNUNG - MIT WELCHEN MITTELN?

Für eine Krebsfrüherkennung bei Personen ohne spezielles Risiko wäre ein Test „ideal“, der wenig kostet, leicht anwendbar ist, verlässliche Resultate bringt, der von den Menschen akzeptiert wird sowie risikolos ist. Zur Zeit existieren mehrere Methoden der Früherkennung. Dazu gehören ein Test zum Nachweis von Blut im Stuhl, die Koloskopie (auch Darmspiegelung genannt) sowie die Computertomographie des Darms (auch „virtuelle Koloskopie“ genannt). Jede dieser Methoden hat Vor- und Nachteile. Es obliegt jedem einzelnen, diese Vor- und Nachteile abzuwägen und dann gemeinsam mit seinem Arzt eine Entscheidung zu treffen.

Nachweis von Blut im Stuhl

Es gibt mehrere Testmöglichkeiten, um im Stuhl Blut nachzuweisen. Blut im Stuhl ist ein mögliches Warnsignal für Darmkrebs. 2/3 der Darm-Karzinome bluten mindestens 1x pro Woche. Dasselbe gilt für Polypen von einer Größe von mehr als 2 cm (die anderen Polypen bluten weniger oft). Ein solcher Test kann nicht alle Darmkrebs-Erkrankungen nachweisen (kaum die Hälfte) sowie nur sehr wenige Polypen (1 von 10). Gleichzeitig kann der Test auch dann positiv ausfallen, wenn Blutspuren gefunden werden, die von Verletzungen und Blutungen im Verdauungstrakt herrühren (Gastritis, Hämorrhoiden, etc.) oder wenn sich ausgewählte Substanzen (wie etwa Aspirin, rotes Fleisch, bestimmte Gemüse, etc.) im Darm befinden. Das ist auch der Grund dafür, warum man entsprechende Medikamente und Nahrungsmittel mindestens 2 Tage vor dem Test nicht zu sich nehmen darf. Auch von Vitamin C oder faserreichen Lebensmitteln, welche die Dauer des Darmdurchgangs verkürzen, wird in dieser Zeit abgesehen. Die Tests der letzten Generation („immunochemisch“

genannt) sind verlässlicher und erfordern keine speziellen Vorkehrungen hinsichtlich der Ernährung. Wichtig zu wissen ist auch, dass nach jedem positiven Test eine Koloskopie durchgeführt werden muss.

Wie läuft der Test ab? Nun, dazu benutzt man einen speziellen Teststreifen, auf dessen Testfeld eine Stuhlprobe zu geben ist. Das Testfeld verfärbt sich bei Spuren von Blut blau. Der Test muss an drei Tagen hintereinander gemacht werden, mit Hilfe von drei verschiedenen Teststreifen. Diese sind dann an ein Labor zu schicken, wo Experten die Auswertung vornehmen.

Ab einem Alter von 50 Jahren sollte dieser Test **jährlich** durchgeführt werden. Er ist einfach zu machen, ohne Risiko, ohne Schmerzen sowie mit nur geringen Kosten für die Krankenkassen verbunden. Diese Art von Test wird von der Bevölkerung deutlich besser als die Koloskopie (Darmspiegelung) akzeptiert. Er ist aber weniger genau, da die Hälfte aller Darmkrebs-Karzinome unentdeckt bleiben.

Die Koloskopie per Endoskop

Diese Untersuchung ermöglicht es, den gesamten Dick- und Enddarm mit Hilfe eines biegsamen Schlauchs zu betrachten (zu „spiegeln“). Der Schlauch wird durch den After in den Darm eingeführt. Dazu muss verständlicherweise der Darm des Patienten gut « gereinigt » sein, das heißt, es darf keine Ausscheidungsreste geben, die stören könnten. Dies bedeutet für den Patienten eine eher lästige und unangenehme Vorbereitung (Einnahme einer speziellen Trinklösung am Vorabend zur Darmreinigung, Ernährung ohne Ballaststoffe).

Pour décontracter le patient et lui éviter des douleurs, un calmant lui est administré en début d'examen. L'examen dure une vingtaine de minutes et permet de visualiser un polype éventuel ou un cancer. Il est essentiel de savoir que cette méthode permet aussi d'enlever les polypes.

Si aucun polype ou autre anomalie n'est trouvé, il est recommandé de refaire l'examen 10 ans plus tard. Sinon, l'examen sera répété dans un intervalle de 1 à 5 ans selon le nombre, la taille et la structure des polypes retirés.

Malheureusement, c'est un examen mal accepté par la population (peur, gêne, etc.) et son coût est élevé pour les caisses de maladie. Il n'est pas sans risque, comme tout acte médical (complications très rares : perforation, saignement, troubles cardio-vasculaires).

En Allemagne, dans le cadre d'un programme de dépistage du cancer de l'intestin, la coloscopie est recommandée, et pour éviter les complications éventuelles de cette méthode,

seuls les médecins ayant effectué plus de 200 coloscopies et procédé à l'ablation de 50 polypes les 2 dernières années, ont le droit de procéder à une coloscopie.

La coloscopie virtuelle

Il s'agit d'une étude du côlon par scanner qui peut simuler un examen endoscopique au moyen de techniques d'ordinateur. Cette méthode nécessite une préparation identique à celle de la coloscopie conventionnelle. Elle est relativement fiable pour la détection de polypes de plus d'un centimètre de taille, mais ne permet pas de voir des polypes plats ou de faible taille. Pour cette raison, elle devrait être répétée plus souvent en cas de négativité, ce qui entraîne l'inconvénient d'une exposition aux rayons X. En cas de présence de polypes de taille supérieure au centimètre, une coloscopie conventionnelle est indiquée.

Damit sich der Patient entspannt und keine Schmerzen empfindet, bekommt er zu Beginn der Untersuchung ein Beruhigungsmittel verabreicht. Die Untersuchung dauert rund 20 Minuten und ermöglicht es, einen eventuellen Polypen oder eine Krebserkrankung zu entdecken. Wichtig zu wissen: Bei dieser Methode können Polypen auch gleichzeitig entfernt werden.

Wird kein Polyp oder eine andere Anomalie gefunden, wird empfohlen, diese Untersuchung nach 10 Jahren zu wiederholen. Andernfalls wird die Untersuchung in einem Intervall von 1-5 Jahren durchgeführt. Bei der Koloskopie handelt es sich (leider) um eine bei der Bevölkerung wenig akzeptierte Untersuchung (Gründe: Angst, Scham, etc.), ihre Kosten sind zudem für die Krankenkassen höher. Wie jeder medizinische Eingriff ist auch diese Form der Untersuchung nicht ohne jedes Risiko. Komplikationen, wenn auch sehr selten, können sein: Durchbruch, Blutung, Herz-Kreislauf-Beschwerden.

In Deutschland wird die Koloskopie im Rahmen eines Darmkrebs-Früherkennungsprogramms empfohlen.

Um bei dieser Methode eventuelle Komplikationen zu vermeiden, erhalten nur jene Ärzte das Recht, eine Koloskopie durchzuführen, die mehr als 200 Darmspiegelungen vorgenommen und in den letzten zwei Jahren zumindest 50 Polypen operativ entfernt haben.

Virtuelle Koloskopie

Hier handelt es sich um eine Computertomographie des Darms. Mit Hilfe der Computertechnik wird hier sozusagen eine Darmspiegelung simuliert. Diese Methode erfordert eine der konventionellen Koloskopie vergleichbare Vorbereitung. Sie ist relativ verlässlich dabei, Polypen von einer Größe von mehr als 1 cm aufzudecken, ermöglicht es aber nicht, flache Polypen kleinerer Art zu sehen. Aus diesem Grund muss sie bei einem negativen Befund öfter wiederholt werden. Dies bringt den Nachteil mit sich, dass man wiederholt Röntgenstrahlen ausgesetzt ist. Liegen Polypen in einer Größe von mehr als 1cm vor, ist eine konventionelle Koloskopie angebracht.

RÉSUMÉ : LES 2 MÉTHODES

| | Recherche de sang dans les selles | Coloscopie |
|--|--|--|
| Descriptif | Met en évidence la présence de sang dans les selles | Inspection de tout l'intestin grâce à un long tube |
| Âge (population sans risque particulier) | A partir de 50 ans | A partir de 50 ans |
| Fréquence (population sans risque particulier) | Chaque année | Tous les 10 ans |
| Préparation | Eviter certains aliments et médicaments | Eviter certains aliments et médicaments. Préparation à boire la veille (purgé). Léger calmant pendant l'examen. |
| Durée | Minimale | 20-30 minutes |
| Avantages | Test simple et sans risque Test peu coûteux | Fiable (détecte pratiquement tous les cancers colorectaux et la plupart des polypes). Préventif, car permet d'enlever les polypes. |
| Désavantages | Test non fiable Test peu spécifique (ne détecte que la moitié des cancers) | Nécessite préparation. Examen désagréable, parfois un peu douloureux. Complications très rares, mais possibles. Examen coûteux. |
| Acceptance | Bonne | Mauvaise |
| Si positif | Il faut faire une coloscopie | |
| Efficacité | Diminution de la mortalité de 15-20% (si la moitié de la population âgée de 50 à 75 ans y participe) | 80-90% des cancers colorectaux évités en enlevant les polypes |

ÜBERSICHT: DIE 2 METHODEN

| | Nachweis von Blut im Stuhl | Koloskopie |
|--|---|--|
| Beschreibung | Weist im Stuhl verborgenes, nicht sichtbares Blut nach | Betrachtung des gesamten Darms mit Hilfe eines biegsamen Schlauchs |
| Alter (Population ohne besonderes Risiko) | Ab 50 Jahren | Ab 50 Jahren |
| Häufigkeit (Population ohne besonderes Risiko) | Jedes Jahr | Alle 10 Jahre |
| Vorbereitung | Bestimmte Nahrungsmittel und Medikamente sind zu vermeiden | Bestimmte Nahrungsmittel und Medikamente sind zu vermeiden. Am Vorabend ist eine spezielle Trinklösung (Abführmittel) einzunehmen. Während der Untersuchung wird ein leichtes Beruhigungsmittel verabreicht. |
| Dauer | minimal | 20-30 Minuten |
| Vorteile | Test einfach und ohne Risiko. Test nicht teuer. | Verlässlich (deckt praktisch alle kolorektalen Karzinome und die Mehrzahl der Polypen auf). Präventiv, erlaubt nämlich die Entfernung der Polypen. |
| Nachteile | Test nicht verlässlich. Test wenig spezifisch (deckt nur die Hälfte der Krebserkrankungen auf) | Erfordert eine Vorbereitung. Untersuchung unangenehm, manchmal ein wenig schmerzhaft. Komplikationen sehr selten, aber möglich. Untersuchung ist teuer. |
| Akzeptanz | Gut | Schlecht |
| Bei positivem Befund | Es muss eine Koloskopie gemacht werden. | |
| Wirksamkeit | Abnahme der Sterberate um 15-20% (wenn die Hälfte der Bevölkerung im Alter von 50-75 daran teilnimmt) | 80-90% der Darmkrebserkrankungen werden durch die Beseitigung der Polypen vermieden. |

► CONCLUSION

Pour la population générale, le risque d'apparition de polypes et du cancer colorectal commence aux alentours de 50 ans : il est donc recommandé de se faire examiner à partir de 50 ans.

En ce qui concerne les méthodes de dépistage, chaque méthode a ses avantages et ses désavantages.

En se mettant à la place du patient qui veut mettre un maximum de chances de son côté, c'est la coloscopie qui l'emporte clairement. En effet, c'est la meilleure méthode de détection tant des polypes que des cancers, mais le coût, le risque et le fait qu'elle soit peu acceptée, rendent cette stratégie de dépistage discutable pour la population. Car du point de vue santé publique, la meilleure méthode ne sert à rien, si la plupart des gens en ont peur et n'y ont pas recours.

A l'heure actuelle, un projet-pilote comportant une invitation à une coloscopie de dépistage entre 50 et 51 ans avec évaluation statistique et contrôle de qualité rigoureux est en voie de finalisation au Ministère de la Santé.

Quelles sont les personnes à risque plus élevé?

Les personnes qui sont plus susceptibles d'avoir un cancer colorectal que la moyenne des gens sont celles :

- dont un parent au premier degré (parent, frère ou sœur, enfant) a déjà été atteint d'un cancer colorectal ou d'un polype adénomateux
- qui ont eu un cancer colorectal
- qui présentent des polypes bénins au côlon ou au rectum
- qui sont atteintes d'affections intestinales inflammatoires (rectolite hémorragique ou maladie de Crohn)
- qui sont atteintes de certains syndromes héréditaires, comme la polyposé adénomateuse familiale (maladie héréditaire très rare avec apparition de nombreux polypes dès l'adolescence), ou le cancer colique héréditaire sans polyposé (appelé aussi syndrome de Lynch).

Pour ces personnes qui ont un risque supérieur à celui de la population normale, il est conseillé d'en **parler à leur médecin**. Ensemble, ils pourront déterminer un programme de surveillance individuel, c'est-à-dire quel examen il faut faire, à quelle fréquence et à partir de quel âge il faut dépister.

► FAZIT

In der allgemeinen Bevölkerung beginnt das Risiko des Auftretens von Polypen sowie von Darmkrebserkrankungen ab dem Alter von circa 50 Jahren. Es wird deshalb empfohlen, sich ab diesem Alter untersuchen zu lassen.

Was die verschiedenen Früherkennungsmethoden betrifft, so hat jede Methode ihre Vor- und Nachteile.

Ein Patient, der seine Chancen auf Früherkennung von Darmkrebs maximal erhöhen möchte, wird eine Koloskopie als bevorzugte Methode ansehen. Sie ist tatsächlich die beste Methode, sowohl Polypen als auch bösartige Geschwülste zu entdecken. Die Kosten, das Risiko sowie die empfundenen Unannehmlichkeiten der Untersuchung haben jedoch bislang nicht zu einer breiten Durchsetzung dieser Methode in der Bevölkerung geführt. Vom Standpunkt der Gesundheitspolitik aus ist zu sagen: Es nutzt die beste Methode nichts, wenn die Mehrzahl der Leute Angst vor ihr hat und diese nicht in Anspruch nimmt.

Im Gesundheitsministerium befindet sich aktuell gerade eine Pilotstudie in der Finalisierungsphase. Die Pilotstudie besteht darin, Personen der Altersgruppe 50 bis 51 Jahre zur Vorsorgekoloskopie einzuladen und dann eine statistische Auswertung vorzunehmen.

Welche Personen haben ein erhöhtes Risiko?

Folgende Personen sind anfälliger als der Bevölkerungsdurchschnitt, an Darmkrebs zu erkranken:

- wenn Verwandte ersten Grades (Eltern, Bruder oder Schwester, Kinder) von Darmkrebs oder von einem adenomatösen Polypen betroffen waren
- Personen, die bereits einmal Darmkrebs hatten
- Personen, die bösartige Polypen im Dick- oder Enddarm aufweisen
- Personen, die an Entzündungen im Darm leiden (Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn)
- Personen, die von bestimmten erblichen Syndromen betroffen sind, etwa von familiärer adenomatöser Polypose (einer sehr seltenen Erbkrankheit, die schon im jugendlichen Alter bei den Betroffenen zahlreiche Polypen entstehen lässt) oder einem erblich bedingten Dickdarmkarzinom ohne Polyposé (auch Lynch-Syndrom genannt).

Jene Personen, die ein erhöhtes Risiko im Vergleich zur Normalbevölkerung haben, sollten ein **Gespräch mit ihrem Arzt suchen**. Gemeinsam kann dann ein speziell angepasstes Überwachungsprogramm festgelegt werden: die Art der Untersuchung, die Häufigkeit sowie der Zeitpunkt der Vorsorge.

BRONZAGE ARTIFICIEL : PAS DE BRONZAGE SANS RISQUE

Source : Société canadienne du cancer (www.cancer.ca, 2010)

Il n'existe aucun moyen de bronzer sans risque. Une peau bronzée est une peau qui a subi des dommages. Lorsque la peau change de couleur après avoir été exposée aux rayons ultraviolets (UV), c'est qu'elle tente de se protéger. Le cancer de la peau est le plus commun de tous les types de cancer. Il s'agit également du type le plus évitable.

Afin de réduire le risque de cancer de la peau, les experts recommandent d'éviter l'usage des appareils de bronzage artificiel. L'industrie du bronzage artificiel prétend à tort que le bronzage est sécuritaire.

Voici les faits :

Fausse croyance : « Il n'existe pas de preuve concluante que le bronzage cause le cancer »

Fait : Oui, il existe des preuves.

Des spécialistes de renommée mondiale en recherche sur le cancer ont établi l'existence d'un lien direct entre l'utilisation des appareils de bronzage artificiel et le cancer de la peau. Aucune étude n'a prouvé le contraire. En 2009, l'Organisation Mondiale de la Santé a reclassé les dispositifs émettant des rayons UV, dont les lits de bronzage, de la catégorie des carcinogènes probables à celle des carcinogènes connus - en d'autres mots, de quelque chose que nous considérons comme pouvant causer le cancer à quelque chose dont nous savons qu'il cause le cancer.

Fausse croyance : « Le bronzage artificiel est sans danger, à condition d'éviter les brûlures »

Fait : Il n'existe aucun moyen de bronzer sans risque.

L'exposition aux rayons UV, quels que soient le type et la durée, peut représenter un danger, parce que cela cause des dommages à l'ADN, augmentant ainsi le risque de cancer. Une peau bronzée est une peau qui a subi des dommages. En fait, on a prouvé que tout recours aux appareils de bronzage artificiel avant 35 ans augmente de 75 % le risque de mélanome.

Fausse croyance : « Le bronzage vous protège contre le soleil »

Fait : Le bronzage n'offre presque aucune protection contre les rayons solaires ou les brûlures.

Qui plus est, certains bancs solaires peuvent vous exposer à cinq fois plus de radiations UV que le soleil. Vous faire bronzer au moyen d'un banc solaire ne vous protège pas suffisamment du soleil.

Fausse croyance : « Le salon de bronzage est un bon moyen d'obtenir ma vitamine D »

Fait : Les bancs solaires ne sont pas un moyen sécuritaire d'obtenir votre vitamine D.

Il est plus sûr de l'obtenir d'une exposition limitée au soleil, de suppléments ou de votre régime alimentaire. Vous n'avez pas besoin du bronzage pour jouir des bienfaits de la vitamine D. Durant l'automne et l'hiver, la prise d'un supplément est une façon beaucoup plus sûre et économique d'obtenir votre vitamine D.

Fausse croyance : « Le bronzage est sain »

Fait : Non, tel n'est pas le cas.

orsque votre peau change de couleur, c'est qu'elle a subi des dommages, ce qui peut entraîner le vieillissement prématuré ou le cancer de la peau.



Es gibt keine risikolose Bräunungsmethode. Eine gebräunte Haut ist eine Haut, die Schäden erlitten hat. Ist die Haut ultravioletten Strahlen (UV) ausgesetzt, wechselt sie die Farbe – so versucht sie sich zu schützen. Hautkrebs gehört zu den häufigsten Krebsarten. Es ist auch jener Krebs, der am ehesten zu vermeiden ist.

KÜNSTLICHE SONNE : KEIN BRÄUNEN OHNE RISIKO

Quelle: Canadian Cancer Society (www.cancer.ca, 2010)

Zur Reduzierung des Hautkrebs-Risikos empfehlen die Experten, die Nutzung von Apparaten zur künstlichen Bräunung zu vermeiden. Die Branche der Solarienbetreiber behauptet, diese Form des Bräunens sei sicher. Das ist nicht der Fall.

Hier die Fakten:

Irrtum: „Es gibt keinen Beweis dafür, dass künstliches Bräunen zu Krebs führt“

Fakt: Doch, es gibt Beweise dafür.

Experten mit großem weltweiten Renommee im Bereich Krebsforschung konnten eine direkte Verbindung zwischen der Nutzung von Apparaten der künstlichen Bräunung und Hautkrebs herstellen. Keine Studie bewies das Gegenteil. Im Jahr 2009 stufte die Weltgesundheitsorganisation WHO jene Vorrichtungen, die UV-Strahlen aussenden (darunter Sonnenbänke) neu ein, und zwar weg von der Einstufung „möglicherweise karzinogen“ hin zu „bekanntermaßen karzinogen“. In anderen Worten kann man die Schlussfolgerung so ausdrücken: Nicht mehr „Könnte Krebs verursachen!“, sondern: „Wir wissen jetzt, dass auf diese Weise Krebs verursacht wird.“

Irrtum: „Sich künstlich zu bräunen ist ungefährlich, sofern Verbrennungen vermieden werden“

Fakt: Es gibt keine einzige risikolose Bräunungsmethode.

UV-Strahlen, ganz gleich welcher Art und in welcher Zeitspanne, können eine Gefahr darstellen. Sie können Schäden an der DNA verursachen und auf diese Weise das Krebsrisiko erhöhen. Eine gebräunte Haut ist letztlich eine Haut, die Schäden erlitten hat. Tatsächlich wurde bewiesen: Die Nutzung von Apparaten der künstlichen Bräunung vor dem 35. Lebensjahr erhöht das Melanom-Risiko um 75%.

Irrtum: „Gebräunt sein schützt vor der Sonne“

Fakt: Gebräunt sein bietet fast keinen Schutz gegen Sonnenstrahlen oder Verbrennungen.

Einige Solarien können im Vergleich zur natürlichen Sonne sogar die 5-fache UV-Strahlung aufweisen. Künstliche Bräune bietet keinen ausreichenden vorbeugenden Schutz vor der natürlichen Sonne.

Irrtum: „Sich in Solarien zu bräunen, ist eine gute Möglichkeit, um an Vitamin D zu kommen“

Fakt: Solarien sind keine sichere Möglichkeit, um an Vitamin D zu gelangen.

Da sind ein Aufenthalt in der natürlichen Sonne, eine Vitamin-Ergänzung oder eine entsprechende Ernährung viel bessere Möglichkeiten. Sich künstlich zu bräunen ist dazu nicht nötig. Im Herbst oder Winter ist es im Zweifel viel sicherer und ökonomischer, eine Vitamin-Ergänzung zu sich zu nehmen.

Irrtum: „Sich bräunen ist gesund“

Fakt: Nein, das ist nicht der Fall.

Ändert Ihre Haut die Farbe, dann deshalb, weil sie Schäden erlitten hat. Dies kann eine vorzeitige Alterung oder Hautkrebs nach sich ziehen.



La règle de l'ABCD PEUT VOUS SAUVER LA VIE

Grain de beauté ou mélanome, quelle différence ? A ses débuts, il est difficile de différencier un mélanome d'un grain de beauté. **Le critère le plus important** est l'évolution des lésions brunes. En règle générale, un grain de beauté est stable, alors que le mélanome change d'aspect. Ainsi, l'aspect général d'un grain de beauté ne change pas, alors que pour le mélanome, il va se modifier rapidement (couleur, taille, etc.) et son évolution est rapide (plusieurs millimètres en quelques mois!). Pour se rendre compte des modifications, il faut surveiller soi-même ses grains de beauté (tous les 3 mois) et consulter en cas de doute. Les images ci-contre illustrent les premiers signes d'alerte du mélanome malin. L'apparition de l'un d'eux ou de tout autre signe cutané (**durcissement, gonflement, rougeur, démangeaison**) doit vous conduire à consulter un dermatologue dans les plus brefs délais. Souvenez-vous de l'ABCD de l'auto-examen cutané: c'est la précocité du diagnostic qui fait toute la différence dans le mélanome malin.

Si on détecte l'un de ses symptômes (ABCD) ou si une tache pigmentée **se transforme, saigne ou gratte**, il est recommandé de consulter un dermatologue. En cas de besoin, la tache pigmentée sera enlevée par une petite intervention chirurgicale.

EXEMPLES

Des symptômes suspects du mélanome malin sont:

Asymétrie:
forme irrégulière et asymétrique



Bords:
les bords sont irréguliers



Couleur:
couleur tachetée avec différentes nuances de brun et de noir



Diamètre:
le diamètre est supérieur à 6 mm



CALCULEZ VOTRE RISQUE DE DÉVELOPPER UN CANCER DE LA PEAU

Questionnaire mis au point par l'Académie Américaine de Dermatologie

Couleur de cheveux:

Blond / roux: ☐ 4 points
Brun: ☐ 3 points
Noir: ☐ 1 point

Couleur des yeux:

Bleu / gris: ☐ 4 points
Noisette / brun clair: ☐ 3 points
Brun foncé: ☐ 2 points

Vous avez des taches de rousseur:

Beaucoup: ☐ 5 points
Un peu: ☐ 3 points
Pas du tout: ☐ 1 point

Lorsque vous êtes exposé une heure au soleil:

Vous brûlez avec parfois formation de cloques: ☐ 4 points
Vous brûlez, puis bronzez: ☐ 3 points
Vous bronzez: ☐ 1 point

Votre travail se passe:

A l'extérieur: ☐ 4 points
mixte (ext. / int.): ☐ 3 points
A l'intérieur: ☐ 2 points

Un membre de votre famille a-t-il souffert d'un cancer de la peau:

Oui: ☐ 5 points
Non: ☐ 1 point

Où avez-vous vécu avant l'âge de 18 ans?

Zone tropicale: ☐ 4 points
Zone tempérée: ☐ 3 points
Dans le Nord: ☐ 2 points

Score:

☐ 10-15 points: **risque bas**
☐ 16-22 points: **risque moyen**
☐ 23-25 points: **risque élevé**
☐ 26-30 points: **risque très élevé**

LES HABITUDES TABAGIQUES AU LUXEMBOURG EN 2009

(MPP) Résultats de la dernière enquête de la Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer sur les habitudes tabagiques de la population du Luxembourg et réalisée durant l'année 2009 par TNS ILRES auprès de 4.677 personnes à partir de 15 ans (enquête représentative de la population). En voici les faits les plus marquants :

- En 2009, le Luxembourg compte **24% de fumeurs** et seulement **19% de fumeurs quotidiens**, les chiffres les plus bas observés jusqu'ici !
- Comme chaque année, il y a **toujours plus d'hommes fumeurs (28%) que de femmes fumeuses (21%)**. Chez les hommes, on observe le chiffre le plus bas avec 28% de fumeurs et même un record (vers le bas) avec 22% de fumeurs quotidiens. Quant aux femmes, on stagne avec 21% de fumeuses, mais on observe aussi un record (vers le bas) avec 17% de fumeuses quotidiennes.

- En ce qui concerne l'âge des fumeurs, ce sont **surtout les 25-34 ans qui fument** (35% de fumeurs), suivis par les 18-24 ans (29% de fumeurs).
- L'arrêt tabagique: le désir existe, mais le passage à l'acte semble plus difficile: **55% des fumeurs aimeraient s'arrêter**. Cela se traduit par **50.000 personnes qui aimeraient s'arrêter** et n'y arrivent pas vraiment: ceci montre bien la dure réalité de la dépendance à la nicotine. On compte 15% de fumeurs qui aimeraient moins fumer. Quant aux 30% restants, ce sont les fumeurs satisfaits: ils ne veulent rien changer à leurs habitudes tabagiques.

24% DE FUMEURS EN 2009

Au Luxembourg, en 2009, le taux de fumeurs (24%) et de fumeurs quotidiens (19%) n'a jamais été aussi bas. En chiffres, cela veut dire que :

- 280.000 personnes sont non-fumeurs,**
- 19.000 personnes fument occasionnellement,**
- 1.000 personnes fument tous les jours.**

78% GENÉS PAR LA FUMÉE DES AUTRES

Le tabagisme passif, c'est-à-dire **respirer la fumée des autres dérange 78% de la population**. Une analyse plus poussée montre que cela dérange 86% des non-fumeurs, et curieusement 55% des fumeurs!

LES CONCLUSIONS DE LA FONDATION LUXEMBOURGEOISE CONTRE LE CANCER

La tendance est clairement à la baisse: le nombre de fumeurs diminue lentement, mais sûrement. Il s'agit donc de rester vigilant et de garder le tabagisme à l'ordre du jour. La prévention doit se jouer sur plusieurs plans (législatif, fiscal, éducatif)

L'urgence est clairement l'interdiction totale de fumer dans les cafés et discothèques. Maintenant c'est au gouvernement et au parlement de respecter leurs engagements faits dans ce sens (à lire dans l'Info-Cancer 60).

L'enquête détaillée (graphiques, etc) notre site www.info-tabac.lu
(cliquez sur Informations → Les chiffres au Luxembourg → Tabagisme au Luxembourg)

LES CHIFFRES DU CANCER AU LU XEMBOURG

Derniers chiffres disponibles: année 2007

Chaque année, au Luxembourg, on peut dire (en moyenne) que 2.000 personnes reçoivent un diagnostic de cancer et que 1.000 personnes en meurent.



L'incidence en 2007

Les derniers chiffres disponibles se trouvent dans la récente publication du Registre Morphologique des Tumeurs. Il s'agit des chiffres de l'incidence du cancer au Luxembourg en 2007, c'est-à-dire les nouveaux cas de cancer diagnostiqués en 2007. Ces chiffres indiquent qu'en 2007, pas moins de **2.098 nouveaux cas de cancers** ont été enregistrés.

Globalement, les cancers sont **plus fréquents chez les hommes** (1.132 nouveaux cas de cancer) **que chez les femmes** (966 nouveaux cas de cancer).

En 2007, sur 1.132 nouveaux cas de cancer **chez l'homme**, les **plus fréquents** sont :

1. Cancer de la prostate : 323 cas
2. Cancer colorectal : 160 cas
3. Cancer de la peau (mélanome malin inclus) : 139 cas
4. Cancer du poumon : 119 cas
5. Cancer du rein : 45 cas

En 2007, sur 966 nouveaux cas de cancer **chez la femme**, les **plus fréquents** sont :

1. Cancer du sein : 317 cas
2. Cancer colorectal : 132 cas
3. Cancer de la peau (mélanome malin inclus) : 97 cas
4. Cancer du corps de l'utérus : 54 cas
5. Cancer du poumon : 52 cas

Les cancers affectent **principalement les personnes âgées**.

Approximativement 67% des femmes atteintes par la maladie et 71% des patients masculins ont 60 ans ou plus au moment du diagnostic.

« 7 cancers sur 10 sont diagnostiqués après 60 ans. »

La mortalité en 2007

Attention, l'incidence ne doit pas être confondue avec **la mortalité**, qui représente le nombre de décès par cancer. Au Luxembourg, si le cancer de la prostate est le plus fréquent chez l'homme, ce sont les **cancers des organes respiratoires** (poumon, etc) qui sont la première cause de décès par cancer **chez l'homme** suivis par les cancers des organes digestifs (colon, pancréas, etc). **Chez la femme**, ce sont les **cancers digestifs** qui sont la première cause de décès.

Le Service des Statistiques de la Direction de la Santé édite chaque année une brochure des statistiques sur les causes de décès. La dernière en date nous donne les chiffres pour 2007.

Sur un total de 3.774 personnes décédées en 2007, 1.040 personnes sont décédées des suites d'un cancer : ceci correspond à peu près à la moyenne européenne qui dit qu'une personne sur 4 en meurt !

Généralement, il y a **un peu plus d'hommes que de femmes** qui en meurent (2007 : 570 vs. 470).

Si on regarde quels sont les cancers les plus meurtriers, ce sont pour 2007 :

Chez l'homme :

1. les cancers des organes respiratoires : 163 cas
2. les cancers des organes digestifs : 158 cas
3. les cancers de la prostate : 59 cas

Chez la femme :

1. les cancers des organes digestifs : 126 cas
2. le cancer du sein : 67 cas
3. les cancers des organes respiratoires : 80 cas

Ces tendances n'ont pas changé spectaculairement les dernières années. On notera que pour les 2 sexes confondus, ce sont les cancers des organes digestifs qui sont les plus meurtriers (avec 284 décès), suivis des cancers des organes respiratoires (243 cas). Les 2 conseils à donner pour éviter un grand nombre de ces décès sont : ne pas fumer et participer au dépistage du cancer colorectal à partir de 50 ans !

L'incidence augmente, la mortalité diminue

Au Luxembourg et en général dans les pays occidentaux, si on regarde l'évolution de l'incidence et de la mortalité des dernières décennies, on constate que l'incidence des cancers augmente, mais que la mortalité diminue.

Comment expliquer l'écart entre ces deux données ? Cela s'explique d'abord par le vieillissement de la population : plus on est âgé, plus le risque d'avoir un cancer augmente. Ensuite, les progrès médicaux jouent évidemment un rôle ainsi que la détection précoce qui entraîne généralement un pronostic plus favorable pour les patients.

Pour les années à venir, les experts prédisent une augmentation des nouveaux cas de cancers et une diminution de la mortalité. Il y aura de plus en plus de personnes vivant avec un cancer, et elles vivront de plus en plus longtemps avec cette maladie. Le cancer va devenir une maladie chronique comme le diabète.



CANCER ET DÉPRESSION

Dr Paul Rauchs, psychiatre

« Quand la tristesse et la peur durent longtemps, c'est une mélancolie ». C'est le fameux aphorisme d'Hippocrate qui définit depuis plus de 2000 ans la mélancolie, c'est-à-dire la dépression.

Mais la tristesse et la peur sont aussi et avant tout deux sentiments normaux et nécessaires qui deviennent seulement pathologiques quand ils durent longtemps et, ajouterons-nous à Hippocrate, quand ils deviennent trop intenses, quand ils ne sont plus en proportion avec le facteur déclenchant. La tristesse est nécessaire pour faire le deuil d'une personne ou d'une situation, la peur pour éviter un danger. Parfois ces affects deviennent trop intenses et visent alors au delà du but. Nous sommes alors dans la pathologie et devons faire appel au spécialiste.

Diagnostic de la dépression

Le diagnostic de dépression se fait sur trois grands syndromes qui sont l'humeur négative, le ralentissement psychomoteur et l'ensemble des symptômes somatiques.

L'humeur négative est caractérisée par la tristesse pouvant aller parfois jusqu'à des pleurs, de l'anxiété et surtout d'une anhédonie, c'est-à-dire d'une incapacité à éprouver du plaisir. S'y ajoutent souvent un sentiment de culpabilité et d'indignité. Le patient perd parfois le contact avec la réalité et peut présenter alors un véritable délire de ruine et/ou d'autoaccusation de maux et de crimes imaginaires. Un stade ultime est réalisé par

la perte complète de tout affect et on parle alors d'anesthésie affective.

Le ralentissement psychomoteur est constitué par une inhibition des différentes fonctions physiques et psychiques. Les mouvements se font plus lents, les traits du visage accusent une hypomimie qui peut aller jusqu'au fameux oméga mélancolique du front, le malade se replie sur lui-même et désinvestit ses activités professionnelles, sociales et familiales. La mère de famille ne sait plus quoi cuisiner, le comptable n'arrive plus à aligner les chiffres et le footballeur du dimanche n'a plus envie d'aller à son entraînement. Le stade ultime est réalisé par la clinophilie, littéralement l'amour du lit que le patient ne quitte plus.

Les symptômes somatiques découlent tout d'abord du ralentissement psychomoteur précédent, réalisant alors une hypotension artérielle, une constipation, une baisse de l'appétit et une perte de poids, des troubles du sommeil et de la concentration, une fatigue persistante et surtout un syndrome douloureux assez vague associant souvent maux de tête et du ventre, algies musculaires, etc.

La complication majeure de la dépression est bien sûr le suicide.

Formes cliniques de la dépression

Autrefois on opposait la dépression endogène ou mélancolie à la dépression exogène ou réactionnelle.

Dépression endogène veut dire que la cause est à chercher à l'intérieur de la constitution biologique du patient. Il s'agit donc d'un dérèglement organique dû à une baisse dans le cerveau du taux de neurotransmetteurs. Ces derniers sont des molécules assurant la transmission entre les différentes cellules nerveuses et s'appellent p. ex. sérotonine ou noradrénaline. Logiquement, la dépression endogène survient sans cause externe, sans facteur déclenchant net et précis. Elle admet une prédisposition héréditaire et réalise souvent les tableaux les plus graves qui, en absence de traitement, aboutissent bien des fois au suicide. Le pronostic cependant est aujourd'hui très favorable, car les médicaments antidépresseurs agissent en l'espace de trois semaines avec une efficacité le plus souvent spectaculaire.

Dépression exogène signifie au contraire que la cause de la maladie se trouve en dehors du patient. Elle

est réactionnelle à un douloureux événement de la vie comme un deuil, une rupture sentimentale, des difficultés sociales et/ou économiques, ainsi que bien sûr à une maladie plus ou moins grave, comme p. ex. dans notre cas, le cancer. Contrairement aux « endogènes » qui se replient sur eux-mêmes, les « exogènes » cherchent en général de l'aide, souvent aussi, ils lancent des appels, de véritables « bouteilles à la mer », par des tentatives de suicide. Dans le traitement, les antidépresseurs ont certes leur place, mais leur efficacité est moins spectaculaire que dans la mélancolie. L'essentiel de la thérapeutique réside dans le traitement de la cause déclenchante et surtout dans une prise en charge psychothérapeutique adéquate.

Aujourd'hui on a malheureusement un peu abandonné cette classification qui continue pourtant à faire ses preuves. On ne s'intéresse plus tellement à la philosophie et à la pathogénie de la maladie, mais plutôt aux symptômes et à leur intensité. Et c'est ainsi qu'on oppose actuellement la **dépression majeure** à la **dépres-**

sion mineure, voire au simple **trouble d'adaptation**. Cette dichotomie se prête admirablement à la pratique des échelles de dépression qui ont la prétention de mesurer quantitativement, « scientifiquement », la gravité de l'affection. Elles accompagnent aussi, pour le plus grand bonheur des laboratoires pharmaceutiques, le processus de guérison et sont donc censés apprécier l'efficacité des antidépresseurs.

L'anxiété dans le cancer

Hippocrate ayant associé dès l'origine la dépression à l'anxiété, nous ne pouvons pas ne pas parler aussi de l'angoisse et de la peur. Quand on apprend le diagnostic d'une maladie, qu'elle soit réputée grave ou bénigne, on ressent bien sûr d'abord de la peur : peur devant la douleur engendrée par la maladie elle-même et par son traitement, peur devant une diminution physique et sociale, peur enfin de la mort. Nous avons vu que la peur est un sentiment normal et surtout nécessaire, car

elle est à l'origine de notre défense face au danger. Elle nous fait fuir devant un chien enragé et consulter un médecin devant la menace d'une maladie. La peur a donc un objet bien concret, contrairement à l'angoisse qui est elle est une crainte devant un objet non identifié. L'angoisse a une histoire bien plus personnelle pour le patient que la peur, car elle se réfère aux expériences passées, à ses phantasmes, à ses deuils, à ses déceptions, à ses échecs aussi dont une partie est toujours restée inconsciente.

L'annonce du diagnostic de cancer engendre donc toujours de la peur et de l'angoisse : peur devant ce que l'on sait consciemment de la maladie, angoisse liée à nos propres expériences ou connaissances liées inconsciemment au cancer.

Le facteur anxiogène du cancer tire son origine de sa représentation sociale et de son imaginaire qui ont certes beaucoup évolué, mais qui restent encore bien trop souvent associés à la mort et à la mutilation. Il n'y a qu'à penser au mot même de cancer, ce crabe terrifiant brandissant ses deux pinces aussi énormes que menaçantes, ainsi qu'à la longue et douloureuse maladie qui continue à hanter les avis de décès. Dans ce domaine aussi il reste un énorme travail de prévention à faire. De par cet état de fait, nous vivons tous dans un état d'anticipation anxieuse, entretenue aussi par les campagnes de sensibilisation pourtant nécessaires, mais qui ont aussi leur revers de médaille : le sentiment de culpabilité qui guette le patient qui n'a pas toujours suivi scrupuleusement à la lettre les recommandations d'hygiène et de tempérance. Peur et culpabilité peuvent ainsi devenir, parfois paradoxalement, sinon un frein, du moins un facteur de retard à la première



consultation, et donc un temps précieux perdu.

Il n'en reste pas moins vrai que, classiquement, ce sont les maladies cardio-vasculaires qui engendrent le plus d'anxiété, ceci pour des raisons à la fois imaginaires (le cœur reste fortement connoté comme l'organe par excellence de la vie, tant physique que morale) et physiologiques (les battements du cœur sont ressenties consciemment et entretiennent souvent la spirale de l'angoisse physique et psychique).

La dépression dans le cancer

Mais après l'anxiété, venons-en à la dépression proprement dite. Tordons tout d'abord le cou à un mythe : la dépression n'intervient pas dans la genèse du cancer. Quant aux études voulant démontrer un impact de la dépression sur le pronostic de la maladie cancéreuse, elles sont contradictoires ... et parfois même paradoxales.

Les chiffres concernant la prévalence de la dépression chez les patients atteints de cancer sont eux aussi contradictoires et varient de 1% (comme pour la mélancolie dans

la population générale) à plus d'un tiers des patients. Cette contradiction vient du fait que le diagnostic est souvent imprécis, cela d'autant plus que les symptômes dépressifs se confondent avec ceux du cancer et de son traitement (anxiété et tristesse, fatigue, douleurs, etc). La dépression majeure est rare, il s'agit en général d'une dépression réactionnelle ou d'un « trouble de l'adaptation » selon le terme peu délicat des nouvelles classifications. Ma propre pratique de psychiatre me fait dire que les cancérologues ne m'appellent pas plus que les autres confrères. N'empêche que la réalité clinique se trouve certainement plus près des 30% que du 1%.

Les différentes phases de la maladie cancéreuse ne sont pas égales devant la dépression.

La période, en général de six mois, qui suit l'annonce du diagnostic est un temps de sidération, de peur intense, de bouleversement personnel et familial. Le patient doit trouver un nouvel équilibre et les rôles se répartissent différemment, notamment au sein de la famille. Il s'agit d'un moment clef où guette souvent la menace suicidaire.

Paradoxalement, la phase de guérison ou de rémission est, elle aussi propice, à la dépression.



Nous pouvons l'assimiler à la dépression du post-partum, à la période de vie après un examen réussi. Ici aussi, le patient a vécu pour et dans un projet, celui de la thérapie et de la guérison. Avoir mené à bien ce dessein laisse le sujet avec certes une grande satisfaction, mais aussi face à un avenir fait de blanc. Et puis il y a aussi cette culpabilité mal placée mais d'autant plus pesante que connaissent de même les rescapés des camps de la mort et de la torture et qui pourrait se résumer à la lancinante question : « Pourquoi ai-je survécu moi et pas mon voisin ? » Il y a enfin la remise en question des nouveaux équilibres personnel, fami-

lial et social qui se sont établis après l'annonce de la maladie.

Les différents types de cancer non plus ne sont pas égaux devant la dépression qui se fait d'autant plus insistante que le cancer touche à l'image du corps et au rôle social. Ainsi, les femmes qui souffrent de cancers génitaux (sein et utérus) risquent plus que la moyenne de développer une dépression.

Approche thérapeutique

Nous avons vu qu'elle commence dès avant l'éclosion de la maladie, par une démystification de l'image du cancer qui n'est pas plus porteur de sens et de malédiction que n'importe quelle autre pathologie, dépression comprise. Aussi le traitement est-il celui de la dépression réactionnelle. Les antidépresseurs et les anxiolytiques y ont bien sûr leur place, mais la priorité est à accorder à la prise en charge psychothérapeutique. Elle doit prendre en compte les expériences et phantasmes très personnels et individuels qui teintent le vécu du malade. Elle ne doit surtout pas oublier l'entourage qui participe au système d'équilibre très instable dans lequel baigne le patient et qui développe bien souvent lui aussi des dépressions et des menaces suicidaires.

Insistons donc pour finir que l'on ne traite ni un cancer, ni une dépression, mais un patient. La prise en charge ne peut être que pluridisciplinaire, mais gardons-nous de trop « psychiatriser » le mal-vivre qui accompagne nécessairement toute personne malade. L'appel au psychiatre, pour nécessaire qu'il soit parfois, ne peut dédouaner ni l'équipe soignante, ni l'entourage, ni le patient lui-même de leurs propres responsabilités et de leur sollicitation, professionnelle pour la première, bienveillante pour le deuxième, responsable pour le troisième.

RELAIS POUR LA VIE 2010 UN FORMIDABLE ÉLAN DE SOLIDARITÉ

La 5ème édition du Relais pour la Vie a été un réel succès. Avec 8.277 participants au relais et plus de 140.000 € récoltés, on peut dire que la population du Luxembourg continue à faire preuve de solidarité envers les patients de cancer.



Les 6 et 7 mars derniers s'est déroulée la 5ème édition du Relais pour la Vie, la grande manifestation de solidarité envers les patients atteints de cancer. Cet événement organisé par la Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer a eu lieu à la Coque où 315 équipes composées de 8.277 personnes se sont donné rendez-vous et ont relevé le défi de se passer le relais durant 24 heures sur la piste de l'Arena en marchant ou en courant. De nombreux visiteurs ont également répondu présents et ont pu faire part de leur soutien et de leur solidarité envers les patients atteints de cancer.

empreintes ont été comptées. Comme chaque année, le moment le plus émouvant a été sans conteste la cérémonie des bougies. 1.800 bougies ont été allumées en souvenir d'un être cher décédé à cause du cancer ou pour encourager un patient en cours de traitement. Quant à l'exposition Life-Boxes de la Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer, elle a encore une fois connu un grand succès avec plus de mille visiteurs avec en avant-première la nouvelle brochure « Life-Boxes ». Petits et grands ont pu s'informer et se distraire grâce aux stands d'information, aux ateliers sportifs et aux ateliers pour enfants.

Comment résumer le Relais pour la Vie 2010 ? Emotions d'une part, mais aussi encouragements pour les personnes concernées! On peut dire que le but voulu par la Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer est atteint : **non seulement donner du courage aux patients, mais aussi briser le tabou du cancer.**



Photos : Nous remercions les photographes Guy Wolff, Marc Wilwert et Plus de photos sur www.relaispurlavie.lu

Claude Piscitelli pour les photos prises lors du Relais pour la Vie 2010.



Le tour des personnalités : « Mir si fir iech hei... mat der Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer »



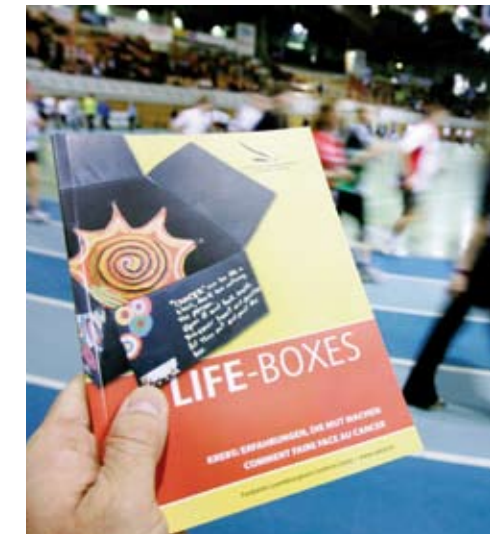
315 équipes ont couru ou marché. Record atteint avec 213 équipes de 24h et 102 équipes de 12h.



Relais pour la Vie : solidarité avant tout.



Un formidable élan de solidarité avec 8.277 personnes inscrites.



La nouvelle brochure « Life-Boxes » présentée en avant-première au Relais pour la Vie et l'exposition « Life Boxes »



3.697 empreintes ont été collectées durant ces 24 heures.

TÉMOIGNAGES LORS DE LA CÉRÉMONIE D'OUVERTURE



MARTINE

Mäin Numm ass Martine an ech hu 45 Joer. Ech si bestuet, hunn 2 grouss Kanner a si berufstätteg. Am Oktober 2008 ass bei mir Broschkriibs festgestallt ginn. Ganz schnell gouf ech operéiert, duerno koum Chimio- a Radiotherapie. [...] D'Diagnos Broschkriibs huet mech vun engem Moment zum aneren aus mengem gewinnte Familljen- a Berufsliewen erausgerappt. Sou eng Situatioun ass ganz schwéier a Wieder ze faassen, dofir probéieren ech et mat engem Bild: bis zur Diagnos hunn ech mech gefüllt, wéi wann ech um Balcon vun engem Héichhaus den Horizont vu mengem Liewe kënnt iwwerblécken. Mee op eemol zitt ee mir de Buedem ënnert de Féiss ewech. [...]

Glécklecherweis falen ech net bis op den déifste Fong: en Netz, gewieft aus ville Fiedem, fänkt mech op an dréit mech duerch déi haart Zäit vun der Therapie, an dat bis haut. Dat Netz huet awer nëmmen déi néideg Spannkraaft, well u ganz ville Seeler glächezäiteg gezu gëtt. Vun deene stellen ech der gären e puer vir: Virop sinn ech dankbar, dass ech vun enger ganz kompetenter, mee och net manner mënschlecher, medizinescher Equipe betreit gouf. [...] Ganz wichteg fir mech war d'Ënnerstëtzung déi ech bis haut vu mengem Mann kritt hunn, mat vill Verständnis fir meng och mol onsécher Laun, an als Stäip a sou villen ongemittleche Situatiounen. Eis Kanner hu mir oft mat hirem jugendlechen Humor iwwert munch traureg Stonn ewech gehollef, an [...] och vill Aufgaben am

Stot iwwerholl. Meng Elteren an aner Familljemembere waren zu jiddfer Zäit bereet eng Hand mat unzepaken. [...] Vill Frënn, Bekannten an Noperen hu kuerz telefonéiert, oder sinn einfach laanscht komm, fir spontan Sympathie a Matgefill auszedrücken, oder Hëllef unzebidden. Mäin Hond huet mir Dag fir Dag seng trei Unhänglechkeet gewisen [...] Mengen Aarbechtskollegen a Virgesate sinn ech dankbar fir hiert Versteedsdemech fir mäi laangt Feelen op der Aarbecht. [...] Zu gudder Lescht gëllt e grouse Merci der "Fondation luxembourgeoise contre le cancer", bei där ech [...] an Eenzelgesprécher psychologesche Bäistand fonnt hunn. [...]

Des Lëscht ass sécherlech net komplett, mee si weist dach däitlech d'Wichtigkeet vun engem stabilen Netz, gespaant aus ënnerschiddleche Seeler, fir de Kranken opzefänken an ze droen. Dofir ass mäin Opruff vun dëser Plaz en dueblen: Engersäits gëllt fir all Kriibspatient: haalt är Aen an Ouren op fir erauszefannen, wou esou en Netz fir iech opgespaant ginn ass an wou dir Ënnerstëtzung fannt. Anerersäits awer appelléieren ech u jiddfereen, heibannen an dobaussen : sidd bereet, sief et als Ehepartner, Familljemember, Frënd, Noper, Berufskolleg oder och Patron, e Fuedem vun deem Netz wëllen ze sinn, wat dem Kriibspatient erlaabt kierperlech a seilesch gesond ze ginn. Merci, datt dir mir nogelauschtert hutt.



DAVID

My name is David. I am from England but Luxembourg has been my home for the past 25 years. I have prostate cancer. I will always remember the day and the moment I first got the diagnosis. I knew very little about cancer, and had thought about it even less. It was certainly one of the worst days of my life. It felt like a death sentence. But that was more than seven years ago. Since then I have had surgery on two occasions, and twice my cancer has re-appeared. I continue to be under treatment. I no longer expect to be cured, and will live with cancer for the rest of my life. But I am still with you here today. In short, it is possible to live with cancer.

[...] The initial period of treatment was difficult for me as it is for most cancer sufferers. Psychologically I was in a state of shock. I wasted time and energy blaming myself and looking for a "cause". With the benefit of hindsight, the most important thing is to concentrate first on treatment and then on recovery. Recovering from cancer is a time when we need all the help we can get. I am grateful to the innumerable people and organisations who helped me during a difficult time in my life. I start with my wife who was by my side when I awoke from surgery. It was my wife who listened carefully to everything the doctors had said and helped me to digest what I needed to know when I was still in a state of shock and unreceptive.

I am grateful :
- to the doctors and medical staff who looked after me ;
- to the friends who accompanied me and gave me their support ;
- to the colleagues who helped me out at work and to the Human Resources Department of the European Investment Bank, which did all in its power to spare me administrative worries ;
- to fellow cancer patients I have met at the "Fondation contre le Cancer" and to its staff for their support and understanding. [...]

As the years have gone by, I have ceased to question why I have cancer; it is now a part of me. And there is no cure to fear except to look it in the face. The bottom line is that no-one wants to confront cancer. But once you have one, there is no choice but to live with it. So try to live well ! Cancer obliges you to focus on the essential and to disregard the secondary and unimportant. Cancer changes your time perspective: you no longer worry about what you might have planned to do in ten years' time. But it teaches you to recognise who and what is important in your life today. If I am asked to describe how it is to live with cancer, I would reply that it is simply about getting on with your life and living it to the full, today, right here and now !



JACQUES

Mon nom est Jacques, je vais avoir 60 ans. En 2007, on m'a diagnostiqué un cancer de la vessie. Celui-ci a été traité avec succès. Mais j'ai eu un nouveau choc en 2009, car j'ai dû être soigné pour un cancer de la thyroïde. Pour nous, les malades, le soutien de la famille est nécessaire et précieux. Souvent, nos proches supportent nos sautes d'humeur et leur aide durant la période de traitement est essentielle. Très souvent, la peur nous accompagne au quotidien et au moindre petit mal, de mauvais pressentiments nous envahissent.

Heureusement, entre les deux maladies et par l'intermédiaire d'une connaissance, j'ai eu le privilège d'entrer en contact avec la Fondation contre le Cancer. Au service psychologique, que ce soit en séance personnelle ou en thérapie de groupe, j'ai trouvé des personnes d'une très grande compétence. Elles savent nous écouter, nous aider à gérer nos émotions et à maîtriser cette peur qui nous habite. Je crois que parler de la maladie avec la famille et les amis, c'est aussi une sorte de thérapie. Le dialogue est essentiel. Nous avons besoin de parler. Car il est important et souhaitable de ne pas garder notre anxiété au

fond de nous. Des moments de grands découragements nous guettent à tout instant. Le dialogue nous aide à traverser ces périodes difficiles.

Je ne voudrais pas manquer de remercier aussi mes amis de la Coque. En effet, j'ai travaillé près de 25 ans dans ces lieux, d'abord à la piscine puis à la Coque. Chaque fois que j'y reviens, c'est comme me ressourcer et retrouver les complicités amicales que seule une très grande amitié peut créer. Par mon témoignage, j'aimerais vous inciter à dialoguer avec vos collègues de travail qui sont atteints d'un cancer. Si vous voulez les aider, n'ayez pas peur de leur parler et d'être à leur écoute.

A vous tous, les participants du Relais pour la Vie, je tiens à vous dire : vous voir ici ce soir en si grand nombre nous donne du courage et de la force pour continuer à lutter contre la maladie. Alors à vous tous : MERCI.



FRÄNZ

Ech sinn de Fränz. Ech hat selwer Kriibs am Joer 2001. Deemols war ech 43 Joer al. Ech hunn alles matgemeet wat e Kriibspatient matmécht. Et waart een op d'Resultat. Dat ass schonns net einfach. Et ass awer och net einfach ze héieren, datt ee Kriibs huet. Bei mäi war nach besonnesch speziell, dass ech als ee vu wéinege Männer Broschkriibs hat. Da kritt een nei Hoffnung, wann een héiert mat Operatioun an Traitement kéint een et packen. An ëmmer erëm komme Momenter, wou een niddergeschloen ass, wou een d'Flemm huet. Ech hu wuel ni opgehele mat schaffen, och dat huet mer Courage ginn. Op der anerer Säit hat ech no der Radiotherapie en echten "burnout", an nëmme well virun allem meng Fra drop gedrängt huet datt ech soll an d'Kur goen, konnt ech mech Gott sei Dank eng Partie Wochen erhuelen. An nodeems ech souguer wollt mat der Politik ophalen, hat ech erëm neie Mut. E besonnesche Problem ass deen, wéi geet ee mat de Leit ronderëm sech ëm. Vill Schwierigkeeten hat ech eleng, eise Kanner, deemols 13 an 11 Joer, ze soen, dass ech Kriibs hat. Fir eise Jéngste war et besonnesch schwéier, well e grad am 6. Schouljoer huet missen an de franséische Vokabele léieren: « le cancer : une maladie très très grave ». An et ass och net einfach wann een am Rampelicht steet, anere Leit dobaussen seng Krankheet matzedeele. No villen Diskussiounen hunn ech decidéiert d'Krankheet mam Numm ze nennen, net ze

soen ech géif mech zrëckzéien, well ech krank wier, mee well ech "Kriibs" hätt. Et ass wichteg de Kriibs mam Numm ze nennen. Wann een de Feind mam Numm nennt, dann huet ee scho manner Angscht virun em. Haut, 9 Joer duerno, ass et vläicht méi einfach iwwert Kriibs ze schwätzen. Dass ech et sou laang gepackt hunn, huet mat drai Saachen ze dinn: 1) ech hat Chance, datt de Kriibs an engem fréie Stadium, duerch Gléck, entdeckt ginn ass 2) ech hat gutt Doktoren a Gesondheetspersonal, an all zu Lëtzebuerg, och dat ass wichteg ze soen 3) ouni eng gewësse Chance an eng gutt Betreierung geet et net, et ass awer onwahrscheinlech wichteg Selbstvertrauen ze hunn, an dat kritt een duerch Famill a Frënn a Bekannten. Wann ee Solidaritéit spiert, kritt ee méi Opdriff. Et ass dofir wou ech net ophalen zënter 9 Joer iwwert de Kriibs ze schwätzen. Et ass dofir wou ech och all Joer ëmmer erëm, dëst Joer souguer mat zwou Equppen, eng vu Famill a Frënn an eng vu menger Schaff, dem Justizministär, um Relais pour la Vie matmaachen. Et ass fir mech d'Méiglechkeet un déi Leit déi Kriibs hunn, oder Frënn, Famill a Bekannten hunn, déi Kriibs hunn, déi Solidaritéit erëmzeginn, déi ech erfuer hu virun 9 Joer an déi mäi gehollef huet dës Situatioun besser ze meeschten.

TROPHÉES 2010



3 équipes ont remporté les Trophées du Relais pour la Vie 2010 selon les nouvelles modalités (collecte d'argent ou action utile dans la prévention ou l'aide aux patients). Il s'agit de :

- European Cour of Auditors IV, capitaine Helena Piron-Mäki-Korvela
- Lycée Vauban, capitaine Pascale Flammang
- Friends, capitaine Angela Aguilar

MERCI AUX ÉQUIPES



RELAIS POUR LA VIE



BILAN 2010

- **140.942 €**
pour les patients et la prévention
- **8.277 PARTICIPANTS**
avec 315 équipes
- **19 PAYS**
avec leurs stands de publications
- **3.697 EMPREINTES**
de solidarité avec les patients
- **1.800 BOUGIES**
allumées pendant la minute de silence
- **4.767 KM PÉDALÉS**
= 4.767 € pour la lutte contre le cancer
- **511 BÉNÉVOLES**
(artistes et organisation)

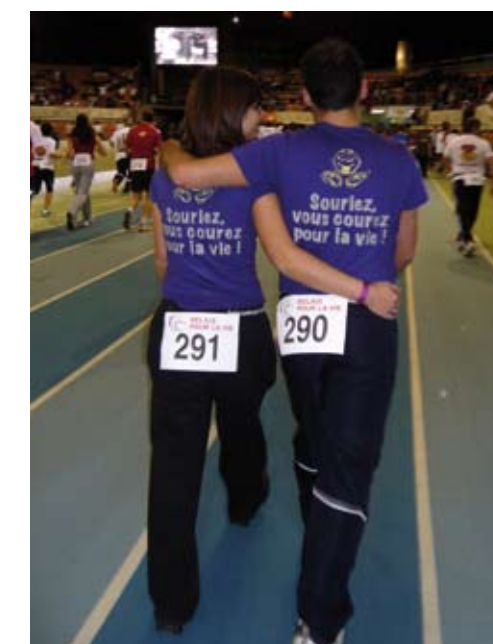
RECETTES NETTES : 140.942 €

- ▶ 134.229 € vont permettre à la Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer de financer une partie de ses activités de prévention et d'aide aux malades.
- ▶ 6.713 € vont aller à l'American Cancer Society pour la lutte contre le cancer dans les pays en voie de développement.

MERCI AUX PARTENAIRES

La Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer remercie tous ses partenaires principaux : Bâloise Assurances, Banque de Luxembourg, Cactus, Guardian, Ministère de la Santé et PricewaterhouseCoopers.

Merci aussi aux autres partenaires (Télécran et Wort) et sympathisants (Cases, Coque, Eaux de Beckerich, Enovos et Velocenter Goedert).



RENDEZ-VOUS EN 2011