



# Les lymphomes

## Maladie de Hodgkin et lymphomes non hodgkiniens

G R A N D P U B L I C

Octobre 2009

# LES LYMPHOMES

## Maladie de Hodgkin et lymphomes non hodgkiniens

Les lymphomes sont des tumeurs malignes développées à partir du système lymphatique, qui participe aux réactions de défense de l'organisme et comprend :

- des cellules, les lymphocytes\*, qui ont un rôle prépondérant dans les réactions de défense immunitaire. Une partie de ces cellules circule dans le sang, d'autres sont réparties dans divers endroits de l'organisme tels les ganglions lymphatiques, les amygdales, la muqueuse intestinale, la rate...
- un réseau lymphatique fait de fins vaisseaux transportant ces cellules dans un liquide translucide, le liquide lymphatique ou lymphe.

Les lymphomes peuvent se développer dans n'importe quel organe contenant du tissu lymphoïde\* et participant donc au système lymphatique. Mais les lymphomes se développeront surtout là où ce tissu lymphoïde est le plus dense, plus particulièrement dans les ganglions lymphatiques, les amygdales, la muqueuse de l'intestin grêle.

On distingue deux grands types de lymphomes :

- la maladie de Hodgkin,
- les lymphomes non hodgkiniens.

# La maladie de Hodgkin

La maladie de Hodgkin est caractérisée par la présence, au sein des lésions, d'une cellule tumorale bien spécifique, **la cellule de Sternberg\***, du nom du médecin qui l'a découverte.

C'est essentiellement, mais non exclusivement, une maladie de l'adulte jeune, surtout entre 20 et 40 ans. Elle est en revanche rare chez l'enfant avant 10 ans. L'incidence annuelle\* de la maladie est de l'ordre de 4,8 cas pour 100.000 habitants. Son pronostic\* continue à s'améliorer, le taux de mortalité étant de 0,5 pour 100.000 habitants (en 2005), en diminution de 9,8 % entre 2000 et 2005.

## Les circonstances de découverte

Trois situations sont possibles :

**> la plus fréquente (80% des cas) :**

ce sont des adénopathies\* superficielles, autrement dit des ganglions palpables, qui vont orienter le diagnostic. Il s'agit soit d'une adénopathie isolée, soit d'un paquet ganglionnaire unique, généralement au niveau du cou, du creux sus-claviculaire\* ou du creux inguinal\*, dont l'apparition est rapide et le volume d'emblée important (> de 1 à 2 cm de diamètre).

**> dans 15% des cas :**

les adénopathies ne sont pas cliniquement perceptibles car elles sont profondes, situées dans le médiastin\*. C'est donc le plus souvent un cliché radiographique pulmonaire systématique ou demandé en raison de signes cliniques particuliers (toux, gêne respiratoire, gonflement des vaisseaux du cou), liés à d'importantes adénopathies médiastinales, qui va orienter le diagnostic. Ailleurs, il pourra s'agir d'une localisation intra-abdominale de la maladie.

**> enfin, dans 5% des cas :**

la maladie débute par des signes généraux (fièvre isolée, inexplicquée par une cause infectieuse, des sueurs abondantes, souvent nocturnes, un amaigrissement important, un prurit\* sans lésion dermatologique) ou la perception d'une masse abdominale (il peut s'agir d'un gros foie, d'une grosse rate ou d'une masse ganglionnaire abdominale).

## Une maladie classée en 4 stades

**Cette classification, dite de Ann Harbor, comprend 4 stades :**

- > stade I : atteinte d'un seul groupe ganglionnaire ;
- > stade II : atteinte de plusieurs groupes ganglionnaires mais d'un seul côté du diaphragme (muscle séparant le thorax et l'abdomen) ;
- > stade III : atteinte ganglionnaire située de part et d'autre du diaphragme ;
- > stade IV : atteinte touchant un ou plusieurs viscères.

Les lettres «a» et «b» viennent préciser l'absence (a) ou l'existence (b) de signes inflammatoires biologiques au niveau du sang (accélération de la vitesse de sédimentation). Cette classification a surtout un intérêt pronostique et donc thérapeutique.

## Un pronostic qui a bénéficié des progrès de la chimiothérapie

Le pronostic de la maladie de Hodgkin est globalement bon et d'autant meilleur que la maladie est peu étendue. Ainsi, dans les formes localisées (stades I et II), une rémission chronique est obtenue dans 95 % des cas.

Dans les formes plus étendues (stades IIIb et IV), la rémission chronique est obtenue dans 70% des cas. Pour chaque stade, la rapidité et la qualité de la réponse thérapeutique sont les meilleurs critères pronostiques.

## Etablir le diagnostic et le bilan d'extension de la maladie

C'est l'examen microscopique du tissu prélevé lors de la cytoponction\* d'une adénopathie qui va permettre d'orienter le diagnostic mais ce n'est que l'examen de l'ensemble du ganglion, après son exérèse chirurgicale, qui permettra de poser un diagnostic formel en mettant en évidence les «cellules de Sternberg» au sein d'une «architecture» ganglionnaire évocatrice. Il faudra ensuite faire le bilan d'extension et d'évolutivité de la maladie afin d'en déterminer le stade, lequel conditionnera le traitement.

Diverses explorations seront nécessaires :

- un interrogatoire, recherchant sueurs, fièvre, amaigrissement, fatigue ;
- un examen clinique complet, pratiqué par le médecin, recherchant d'autres adénopathies, un organe augmenté de volume (foie et rate notamment), une altération de l'état général ;
- un scanner du thorax et de l'abdomen ;
- des examens sanguins pour apprécier la fonction hépatique, la fonction rénale, rechercher un syndrome\* inflammatoire, une anémie... ;
- une biopsie de moelle osseuse : cet examen est pratiqué sous anesthésie locale, à l'aide d'un trocart (sorte de foret permettant un carottage de l'os). Le médecin réalise une biopsie de l'os iliaque à l'aide de ce trocart afin d'y prélever un échantillon de moelle osseuse qui sera ensuite analysé au microscope.

## Traitement de la maladie de Hodgkin

Il est basé sur la combinaison de la chimiothérapie et de la radiothérapie, dont les modalités vont dépendre du stade évolutif et des critères de gravité de la maladie.

Compte tenu de la haute probabilité de guérison de la maladie de Hodgkin (tous stades confondus, on arrive actuellement à guérir plus de 80 % des patients), il s'agit d'opter pour les traitements les moins agressifs possibles permettant aux patients de mener ensuite une vie normale.

Schématiquement, dans les formes localisées (I et II) et de pronostic favorable, le traitement comprend entre 3 et 4 cycles de chimiothérapie, éventuellement associés à une irradiation des zones envahies. Dans les formes étendues (III et IV), 6 à 8 cures de chimiothérapie sont généralement proposées, s'étalant sur une période d'environ 6 mois et ne requérant généralement que des hospitalisations de jour.

Pour les patients jeunes, on proposera une cryopréservation\* de sperme pour les hommes. Chez les femmes jeunes, la stérilité est le plus souvent réversible après la chimiothérapie. En cas de radiothérapie pelvienne, une cryopréservation des ovules pourra être proposée.

# Les lymphomes non hodgkiniens

Ce sont également des affections malignes du système lymphatique, développées aux dépens d'une lignée de cellules lymphoïdes, mais différentes de la maladie de Hodgkin dans leur histoire naturelle, leur aspect microscopique, leur évolution, leurs diversités et leur prise en charge thérapeutique.

Ces lymphomes non hodgkiniens ont pour point de départ une cellule lymphoïde qui acquiert les caractères de la malignité, c'est-à-dire la capacité à proliférer et/ou s'accumuler de façon incontrôlée et à diffuser dans l'organisme.

Ce sont les plus fréquentes des hémopathies\* malignes : 10 224 nouveaux cas recensés en France en 2005, soit une incidence de 20,3 cas pour 100.000 habitants ; avec un taux de progression annuel (entre 1980 et 2005) de 2,7 % chez l'homme, de 2,9 % chez la femme ; elles atteignent aussi bien le sujet âgé, que l'enfant, l'adolescent et l'adulte jeune ; leur profil clinique et évolutif varie surtout selon le type de lymphome non hodgkinien considéré. Entre 2000 et 2005, leur mortalité a baissé de 5,3 %.

**La palette des lymphomes non hodgkiniens est très large et a imposé une classification internationale reposant notamment sur des critères histologiques et immunologiques :**

- **histologiques : sommairement, on parle de :**
- > lymphomes non hodgkiniens diffus si le ganglion est infiltré massivement par les cellules tumorales effaçant l'architecture primitive du ganglion ;
- > lymphomes non hodgkiniens folliculaires si les cellules tumorales sont regroupées en plages distinctes et respectant l'architecture nodulaire (folliculaire) du ganglion ;
- > lymphomes non hodgkiniens à petites ou grandes cellules selon la taille des lymphocytes tumoraux, etc.

- immunologiques suivant la lignée de lymphocytes atteints (B ou T).

Sauf exception, la nature du lymphome non hodgkinien est plus importante à considérer que sa localisation anatomique (cou, abdomen...).

Ces distinctions sont très importantes car elles permettent d'évaluer le pronostic\*, le mode d'évolution de la maladie et donc de mieux adapter le traitement.

## Les circonstances de découverte

Elles sont plus variées que dans la maladie de Hodgkin du fait de la plus grande fréquence des atteintes extra-ganglionnaires et de la variété de leur cinétique\* évolutive.

L'attention est bien souvent attirée par l'apparition de ganglions lymphatiques anormalement gros, en règle générale non douloureux. Il peut s'agir d'un seul ou de plusieurs ganglions, siégeant dans les territoires habituels (cou, aisselle, creux inguinal).

Mais si les ganglions sont profonds (dans le thorax ou l'abdomen) ou si, ce qui est plus rare, le lymphome atteint d'emblée un organe tel que l'estomac ou le cerveau, les signes révélateurs peuvent être très divers et ce sont les examens (échographies\*, radiographies, scanner, IRM\*, endoscopies\* suivant les cas) qui révéleront les anomalies.

Parfois encore, c'est une fièvre, une fatigue anormale qui motivent la consultation médicale.

## Établir le diagnostic

Le diagnostic nécessite un examen microscopique, ce qui implique le prélèvement d'une lésion accessible (ablation d'un ganglion périphérique, sous simple anesthésie locale ou générale suivant les cas) ou la biopsie d'une zone suspecte profonde, pouvant nécessiter une endoscopie\* ou même un geste chirurgical. Cet examen permettra non seulement d'affirmer le diagnostic, mais aussi de préciser le type et les caractéristiques du lymphome non hodgkinien.

Après que le diagnostic aura été porté, le bilan d'extension (scanner\* thoraco-abdominal, biopsie de moelle osseuse, éventuellement ponction lombaire) est essentiel pour évaluer le pronostic et décider d'une stratégie thérapeutique. Il recherchera d'autres localisations, une atteinte de certains organes (foie, rate, poumon). Des examens sanguins et d'imagerie médicale permettront de faire ce bilan.

## La classification des lymphomes non hodgkiniens

**Suivant l'étendue et les localisations, comme pour la maladie de Hodgkin, 4 stades vont être définis :**

- > stade I : atteinte d'un seul groupe ganglionnaire ;
- > stade II : atteinte de plusieurs groupes ganglionnaires mais d'un seul côté du diaphragme (muscle séparant le thorax et l'abdomen) ;
- > stade III : atteinte ganglionnaire située de part et d'autre du diaphragme ;
- > stade IV : atteinte touchant un ou plusieurs viscères.

L'aspect histologique permettra aussi de caractériser le type de lymphome non hodgkinien (diffus, folliculaire, à petites ou grandes cellules...) et de définir son grade de malignité et d'évolutivité (faible à élevé).

## Un pronostic très différent d'un cas à l'autre

Le pronostic d'un lymphome non hodgkinien dépend bien entendu du type du lymphome mais aussi de l'âge du patient, un âge supérieur à 60 ans signe une gravité accrue de la maladie.

Les lymphomes dont les cellules ont des critères de haute malignité (grandes cellules, lymphomes diffus) justifient d'un traitement intensif mais guérissent définitivement dans au moins 50 % des cas.

A l'opposé, les lymphomes non hodgkiniens de plus faible malignité comme les lymphomes dits «folliculaires», s'ils ne menacent pas la vie à court terme, ont tendance à fréquemment rechuter mais après une sensibilité initiale aux traitements.

## Non pas un, mais des traitements des lymphomes non hodgkiniens

Compte tenu de l'hétérogénéité de la famille des lymphomes non hodgkiniens, il n'existe pas un mais des traitements, adaptés au type de lymphome non hodgkinien, à son niveau d'extension, à l'âge et à l'état général du patient.

La chimiothérapie en est cependant la clef de voûte même si ces dernières années, d'autres méthodes ont fait leurs preuves, notamment certains types d'anticorps\* monoclonaux (rituximab) permettant de «bloquer» la croissance de la cellule tumorale (immunothérapie\*), pouvant s'utiliser seuls ou en association avec la chimiothérapie.

Globalement, les formes les plus indolentes de lymphome non hodgkinien, notamment chez le sujet âgé, pourront être traitées, souvent de façon satisfaisante, par une chimiothérapie orale\* au prix de peu d'effets secondaires. Les lymphomes non hodgkiniens plus agressifs seront quant à eux traités

par des cures de polychimiothérapie intra-veineuse avec une plus grande toxicité, donc plus d'effets secondaires.

Les traitements intensifs (autogreffes de cellules souches sanguines) sont parfois indiqués, soit en première ligne, soit en cas de rechute. La radiothérapie ne conserve que quelques indications de plus en plus limitées.

Les diverses méthodes seront souvent associées ou combinées, et leurs indications varient suivant les situations.

Les progrès constants enregistrés ces dernières années pour le traitement des lymphomes non hodgkiniens sont très encourageants et de nombreux protocoles thérapeutiques en cours d'évaluation sont porteurs d'espoir pour améliorer encore le pronostic de ces affections.

## Quelques formes particulières de lymphomes non hodgkiniens

### > Lymphome de BURKITT :

il s'agit d'un lymphome non hodgkinien d'évolution très rapide, atteignant souvent les ganglions cervicaux (au niveau du cou), assez spécifique du jeune enfant en Afrique. Il doit être diagnostiqué et traité sans retard. Il est, dans ce contexte, régulièrement associé au virus EBV (agent de la mononucléose infectieuse).

### > Lymphome MALT :

infiltration lymphoïde de la muqueuse de l'estomac et dont est responsable une bactérie : *Helicobacter pylori*. Un simple traitement antibiotique permettant d'éliminer cette bactérie peut suffire à guérir un lymphome MALT localisé.

### > Lymphome non hodgkinien associé à un déficit immunitaire (SIDA, situation en post-greffe d'organe).

# Glossaire

## Adénopathie :

une adénopathie est un ganglion lymphatique dont la taille est augmentée, ce qui le rend palpable à l'examen clinique ou visible lors d'examen radiographiques.

## Anticorps :

produit sécrété par les lymphocytes de l'organisme en réaction à l'introduction d'une molécule étrangère, que l'on appelle un "antigène". Les cellules tumorales expriment des antigènes contre lesquels on peut diriger un anticorps spécifique (anticorps monoclonal), support de l'immunothérapie.

## Cellule de Sternberg :

cellule caractéristique de la maladie de Hodgkin. Cette cellule est reconnaissable à l'examen au microscope d'une adénopathie consécutive à une maladie de Hodgkin.

## Chimiothérapie orale :

traitement de chimiothérapie par voie buccale

## Cinétique évolutive :

vitesse à laquelle un cancer évolue.

## Creux sus-claviculaire :

creux situé en arrière de la clavicule.

## Creux inguinal :

creux situé au niveau du pli de l'aîne.

### **Cytoponction :**

ponction d'un ganglion ou d'un organe, réalisée à l'aide d'une aiguille creuse. La cytoponction permet de recueillir des cellules analysées sous microscope par un médecin anatomo-pathologiste.

### **Cryopréservation :**

conservation des cellules au froid par stockage dans l'azote liquide.

### **Echographie :**

examen d'imagerie médicale s'appuyant sur les ultrasons.

### **Endoscopie ou fibroscopie :**

méthode d'exploration d'un viscère creux, comme une bronche, l'œsophage, l'estomac, l'intestin, la vessie..., à l'aide de l'introduction d'une sonde munie à son extrémité d'un système optique à lumière froide, permettant la visualisation des parois de l'organe ainsi exploré. Les fibroscopies (bronchique, oesophagienne, colique, etc.) permettent également, si besoin, de faire des prélèvements (biopsies) d'une zone suspecte pour examen microscopique (examen histologique).

### **Hémopathie :**

maladie du sang.

### **Incidence annuelle :**

nombre de nouveaux cas par an.

### **Immunothérapie :**

méthode thérapeutique basée sur l'immunologie et l'activation des défenses immunitaires. Il en existe diverses modalités dont notamment l'utilisation d'anticorps monoclonaux spécifiquement dirigés contre un antigène tumoral.

### **IRM ou Imagerie par Résonance Magnétique :**

méthode d'imagerie basée sur les modifications des atomes induits par un champ magnétique. L'IRM est particulièrement performante pour visualiser le cerveau, la moelle épinière et la structure des os.

### **Lymphocyte :**

variété de globule blanc. Les lymphocytes sont de deux principaux types : lymphocytes B et lymphocytes T.

### **Lymphoïde :**

le tissu lymphoïde est un tissu complexe jouant un rôle fondamental dans les réactions de défense de l'organisme. On le trouve soit de façon concentrée et encapsulée dans les ganglions lymphatiques, soit de façon diffuse, d'une part dans des organes hématopoïétiques, c'est-à-dire participant à la fabrication des cellules sanguines, notamment la moelle osseuse mais aussi le foie et la rate, d'autre part dans les muqueuses digestives, respiratoires, urinaires, ORL.

### **Médiastin :**

espace situé dans le thorax, entre les deux poumons et contenant la trachée et les bronches souches, l'œsophage, le cœur et les gros vaisseaux ainsi que le reliquat du thymus.

### **Polychimiothérapie :**

association de plusieurs chimiothérapies.

### **Pronostic :**

qui prévoit les possibilités de l'évolution et le risque de rechute.

### **Prurit :**

démangeaison cutanée. Un prurit peut être localisé ou généralisé.

### **Scanner :**

comme les radiographies classiques, le scanner est une technique d'imagerie médicale utilisant les rayons X. Mais le scanner offre en plus le traitement des images par ordinateur, permettant d'obtenir une grande précision dans la définition des images (notamment plan par plan).

### **Syndrome :**

tableau constitué d'un ensemble plus ou moins vaste de signes ou symptômes. Un syndrome inflammatoire se traduit au plan biologique par l'élévation de certains marqueurs comme la vitesse de sédimentation, une protéine comme la CRP...

---

Brochure rédigée par le Dr Alain TRÉBUCQ et le Dr François LEFRÈRE, praticien hospitalier en hématologie - Hôpital Necker (Paris) - Novembre 2006  
Mise à jour Février 2008 : Dr Marise WEIL, Dr Henri BASTIEN

# Contre le cancer avec la Ligue

En France, 320.000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués chaque année. Depuis 2004, avec 146.000 décès annuels, le cancer est devenu la première cause de mortalité générale et prématurée (avant 65 ans) devant les maladies cardio-vasculaires. Aujourd'hui, un cancer sur deux en moyenne, toutes localisations confondues, peut être guéri.

Environ 70 % des cancers sont la conséquence de notre mode de vie et de nos comportements, aussi la prévention et le dépistage sont essentiels.

## Prévention et dépistage

- **La prévention** cherche à diminuer ou à supprimer l'exposition à des «facteurs de risque». Les actions de prévention que conduit la Ligue ont un caractère éducatif et collectif : lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, promotion d'une alimentation saine et d'un exercice physique régulier, réduction de l'exposition solaire ou aux cancérogènes lors des activités professionnelles...
- **Le dépistage** consiste à détecter des lésions précancéreuses ou cancéreuses à un stade très précoce, avant même que le patient n'en ressente les premiers symptômes. Des examens validés permettent ce dépistage : mammographie pour le cancer du sein, recherche de sang dans les selles pour le cancer du côlon-rectum, frottis utérin pour le cancer du col de l'utérus...
- Le médecin généraliste a un rôle fondamental dans les stratégies de prévention et de dépistage. Il informe ses patients sur les facteurs de risque et les moyens de prévention et de dépistage, car un cancer décelé tôt, sera soigné plus rapidement augmentant ainsi les chances de guérison.

# La Ligue contre le cancer

Créée en 1918, la Ligue nationale contre le cancer est une association loi 1901 à but non lucratif, reconnue d'utilité publique. Elle est un organisme non gouvernemental, indépendant, reposant sur la générosité du public et sur l'engagement de ses militants. Forte de plus de 720 000 adhérents, la Ligue fédère 103 Comités départementaux qui, ensemble, luttent dans trois domaines complémentaires :

- la recherche ;
- l'information, la prévention, la promotion des dépistages ;
- les actions pour les personnes malades et leurs proches.

## • LA RECHERCHE

La Ligue est le premier financeur privé et indépendant de la recherche en cancérologie en France.

- Sous le contrôle d'un conseil scientifique national et de conseils scientifiques régionaux et inter régionaux indépendants regroupant d'éminents experts en cancérologie, la Ligue finance de nombreux travaux de recherches fondamentale, clinique (amélioration des traitements), épidémiologique (étude des facteurs de risque et amélioration des conditions de prévention et de dépistage) et de sciences humaines et psychosociales (étude de la qualité de vie des malades pendant et après les traitements du cancer).
- La Ligue soutient durablement de nombreux jeunes chercheurs par des allocations d'étude.
- Elle assure également le financement de programmes de recherche d'équipes rigoureusement sélectionnées et labellisées pour l'excellence de leurs travaux.
- Enfin, elle initie des programmes de recherche exclusifs ou innovants comme «la Carte d'Identité des Tumeurs» qui déjà laisse présager une révolution thérapeutique dans le traitement des cancers.

- **L'INFORMATION, LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DES DÉPISTAGES**

Pour sensibiliser chacun au danger de certains comportements (tabac, alcool, exposition au soleil, etc.), pour alerter sur les facteurs de risque et en organiser la protection, pour communiquer sur les avantages des dépistages de certains cancers et informer sur l'identification de certains symptômes ou modes de vie susceptibles d'être bénéfiques, la Ligue met en oeuvre de nombreux moyens de communication (dépliants, brochures, affiches) disponibles au Siège de la Ligue ou auprès de ses Comités départementaux. En partenariat avec l'Institut National du Cancer, elle relaie sur le terrain, par des actions de communication et des conférences, les messages de dépistage des cancers.

- **LES ACTIONS POUR LES PERSONNES MALADES ET LEURS PROCHES**

Les Comités départementaux de la Ligue apportent leurs soutiens matériel et financier, moral et psychologique aux personnes malades, aux anciens malades et à leurs proches. En organisant successivement plusieurs États Généraux des malades du cancer et de leurs proches, la Ligue a donné une très forte impulsion au Plan Cancer pour que les malades soient mieux pris en charge et mieux considérés. En leur donnant la parole, la Ligue a pris en compte leurs attentes et leurs besoins pour l'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie : dispositif d'annonce, groupes de parole, espaces d'information installés dans les lieux de soins et de vie pour rompre l'isolement des malades et de leurs proches, en sont des exemples.

Elle soutient aussi les patients dans les difficultés rencontrées pour défendre leurs droits, retrouver un emploi, bénéficier d'un prêt bancaire :  
AIDEA : 0 810 111 101.

## • LA LIGUE AU CŒUR DE LA SOCIÉTÉ

Parce que le savoir et la connaissance sont des armes efficaces contre le cancer, la Ligue, par le biais de son école de formation, facilite l'engagement militant en s'appuyant sur des connaissances validées.

En partenariat avec l'Institut National du Cancer (INCa), elle met à disposition du public un numéro de téléphone gratuit Cancer Info Service (0 810 810 821).

La Ligue affiche un site internet ([www.ligue-cancer.net](http://www.ligue-cancer.net)) et édite une revue trimestrielle Vivre, vendue en kiosque, informant ses adhérents et le grand public, sur ses actions et celles de ses Comités départementaux et sur les dernières avancées thérapeutiques contre le cancer.

Enfin, la Ligue met à la disposition de tous, un comité éthique, consultatif, indépendant et permanent pouvant être saisi par toute personne physique ou morale sur diverses questions relevant de l'éthique et du cancer.

Le cancer est un problème de santé publique. La lutte contre le cancer ne peut se concevoir sans un changement radical du rapport de la société à la maladie, au malade, à ses proches et aux soignants. La Ligue veut faire du cancer un enjeu de société rassemblant le plus de forces possibles des milieux sociaux, culturels et économiques. Par le lancement en novembre 2008 de la première convention de la société face au cancer, elle veut mobiliser la société dans un élan collectif pour modifier le regard porté sur le malade ou l'ancien malade, pour réduire la mortalité par cancer et pour améliorer durablement la qualité de vie des malades et de leurs proches.

**« Tout ce qu'il est possible de faire  
contre le cancer, la Ligue le fait. »**

**[www.ligue-cancer.net](http://www.ligue-cancer.net)**

**0 810 111 101**



*La Ligue vous aide et vous informe :*

**CANCER** INFOSERVICE  
Un service anonyme ouvert de 8 h à 20 h du lundi au samedi  
**0810 810 821**  
prix appel local

Votre Comité départemental



**LIGUE NATIONALE CONTRE LE CANCER**

14 rue Corvisart - 75013 Paris - Tél. : 01 53 55 24 00

[www.ligue-cancer.net](http://www.ligue-cancer.net)

La Ligue tient à votre disposition  
les coordonnées des Comités départementaux.

**aidéa**  
Accompagnement et Information  
pour le Droit à l'Emprunt et l'Assurabilité avec la Ligue  
**0 810 111 101**

chercher pour guérir  
prévenir pour protéger  
accompagner pour aider

