

- MOUNT, B. — The Brompton mixture : effects on pain in cancer patients. *Canad. med. Ass. J.*, 1976, **115**, 122-125.
- MOUNT, B. — Hospice care. *J. roy. Soc. Med.*, 1980, **73**, 471-473.
- MOUNT, B. — Internal group issues proposal for standards for care of terminally ill. *Can. med. Ass. J.*, 1970, **120**, 1280-1281.
- MOUNT, B. — Caring in today's health care system. *Canad. med. Ass. J.*, 1978, **119**, 303-304.
- MOUNT, B. — *Soins palliatifs dans les maladies terminales*. Conférence donnée par l'auteur au Collège royal des Médecins et Chirurgiens canadiens à Vancouver en janvier 1978.
- MOUNT, B. — Christian and agnostic attitudes toward death. *Ontario med. Rev.*, 1974, 11-13.
- MOUNT, B., JONES, A., PATTERSON, A. — Death and dying. *Urology*, 1974, **4**, 2733.
- QUENNEVILLE, Y., FALARDEAU, M., ROCHETTE, D. — Evaluation of staff support system in a palliative care unit. *Omega*, 1981-1982, **12**, 355-359.
- QUENNEVILLE, Y. — Le mourir : une maladie ? *Un. méd. Can.*, 1980, **109**, 1-2.
- SHEPHARD, D. — Principles and practice of palliative care. *Canad. med. Ass. J.*, 1977, **116**, 522-526.
- STEVENS, A., DEVOGHEL, J. C. — Traitements analgésiques de patients cancéreux. *Rev. méd. Liège*, 1984, **39**, 127-133.
- TURNBULL, F. — The nature of pain that may accompany cancer of lung. *Pain*, 1979, **7**, 371.
- TWYLCROSS, R., FAIRFIELD, S. — Pain in far-advanced cancer. *Pain*, 1984, **14**, 303.
- TWYLCROSS, R., LACK, S. — *Therapeutics in terminal cancer*. Pitman publishing Ltd, London.
- Monographies.*
- Services de soins palliatifs dans les hôpitaux*. — Service de Santé et de Bien-être social, Canada, 1981.
- Douleurs : rapport du comité consultatif d'experts pour le traitement des algies chroniques intenses chez les cancéreux*. — Service de Santé et de Bien-être social, Canada, 1984.
- Cancer pain management : a dialogue*. — Sloan Kettering Cancer Center, 1983.
- Journées paramédicales luxembourgeoises consacrées à la définition du rôle des paramédicaux dans la prise en charge des patients cancéreux*, 1984.
- Cancer pain : a monograph on the management of cancer pain*. — Health and Welfare Canada, 1984.
- Palliative care service, Royal Victoria Hospital : answers to most commonly asked questions*.

*

**

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au D^r A. Louon, 10, Chemin de Lutrebois, 6650 Bastogne.

Cancers hématologiques et qualité de vie

G. FILLET⁽¹⁾, J. BURY⁽²⁾

Les affections sanguines prolifératives, bien que rares, restent le plus souvent mortelles. Leur diagnostic se fait parfois dans un contexte dramatique. Les mises au point de départ sont lourdes et les thérapeutiques agressives et astreignantes. On distinguera de façon schématique les leucémies et les lymphomes.

L'induction de la rémission dans la leucémie myéloblastique aiguë (LMA) fait appel à une chimiothérapie intensive d'une durée d'une semaine. Ce traitement dévastateur ne sera instauré que si l'on dispose d'une réanimation hématologique permettant au malade de survivre à une période d'aplasie prolongée. Le traitement puise largement dans les ressources

physiques et psychologiques du patient et du personnel soignant. Il doit toujours être proposé aux sujets âgés de moins de 65 ans, car l'espoir d'une vie prolongée de grande qualité peut être estimé à 20-30 % une fois la rémission complète obtenue. Lorsqu'elle est possible, la greffe allogénique de moelle osseuse sera tentée chez les malades âgés de moins de 45 ans en raison d'une probabilité de guérison de 50 à 60 %.

La leucémie lymphoblastique aiguë de l'enfant (LLA) nécessite un traitement d'induction, une prophylaxie du système nerveux central et un traitement d'entretien d'une durée totale de 2-3 ans. La longueur et l'agressivité du traitement se justifient par un taux de guérison de 50 %.

La leucémie myéloïde chronique (LMC) est aisément contrôlée et parfaitement tolérée lors

(¹) Chargé de Cours Associé, (²) Spécialiste des Hôpitaux, Université de Liège, Institut de Médecine, Service d'Hématologie.

de la phase chronique. Elle permet dans la majorité des cas une activité normale. La survie médiane reste cependant de 3,5 ans en raison d'un taux de 25 % de décès par an en poussée blastique. Ceci fait de la LMC, en dépit d'une excellente qualité de vie dans la phase chronique, une des plus mauvaises affections hématoprolifératives. La greffe allogénique de moëlle osseuse doit être envisagée en phase chronique. Ce traitement héroïque, grevé de complications graves, est difficile à proposer à un sujet en très bon état apparent. Il représente pourtant la seule possibilité actuelle de guérir la LMC.

Le pronostic de la leucémie lymphoïde chronique (LLC) dépend de l'importance de la masse tumorale au départ. Lorsque celle-ci est faible, on peut espérer une survie de qualité supérieure à 12 ans. L'évolution de la LLC s'émaille cependant de complications immunologiques et en particulier d'infections opportunistes invalidantes qui doivent toujours être traitées de façon énergique.

La qualité de la vie des patients souffrant de lymphomes hodgkiniens ou non hodgkiniens dépend en grande partie du pronostic initial de la maladie ainsi que du traitement appliqué.

Dans la maladie de Hodgkin, le pronostic est favorable dans la majorité des cas avec un pourcentage élevé ($\pm 70\%$) de guérison tous stades confondus. La qualité de la vie est conservée

et permet souvent de maintenir l'ensemble des activités du malade. Cependant, certains effets secondaires du traitement peuvent compromettre ces résultats à moyen ou à long terme (action de la chimiothérapie sur les gonades, développement de leucémie aiguë induite par le traitement).

Dans les lymphomes non hodgkiniens de type « low grade », le traitement influence fortement la qualité de la vie. Les patients guérissent rarement, mais leur survie est prolongée. L'agression thérapeutique sera fonction de l'âge, du contexte psychosocial et pourra être pondérée par de nombreux paramètres indépendants de la maladie. Enfin, dans les lymphomes non hodgkiniens de type « intermediate ou high grade », les problèmes rencontrés pour préserver la qualité de vie sont superposables à ceux des leucémies aiguës. Le traitement intensif imposé par les thérapeutes est le plus souvent incompatible avec le maintien d'une vie sociale normale ou de l'activité professionnelle.

*

**

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr. G. Fillet, Service d'Hématologie, Hôpital de Bavière, 4020 Liège.

Relation médecin cancérologue et médecin généraliste. Importance pour le vécu de la maladie cancéreuse

J. CLOSON⁽¹⁾

Médecins généralistes, dans la lutte contre le cancer, vous êtes en première ligne sur tous les fronts. Vous êtes, chacun, le gardien de la santé de plus ou moins cinq cents citoyens. Un sur trois ou un sur quatre de ceux-ci sera, au cours de sa vie, atteint d'un cancer et un sur cinq,

c'est-à-dire une centaine de vos cinq cents clients, mourront du cancer après quelques mois ou quelques années d'apparente guérison, suivie d'une reprise évolutive plus ou moins longue et plus ou moins dramatique.

A la moitié, probablement, de ces clients qui doivent mourir d'un cancer, vous pouvez éviter cette destinée par une action vigilante dans le domaine de la prévention, du dépistage et du diagnostic précoce.

⁽¹⁾ Professeur, Université de Liège, Service de Radiothérapie.