

UN GUIDE POUR LES PATIENTS

SUR LE CANCER
DU POUMON



#L'ESPOIRUNIT



CANCER
PULMONAIRE
CANADA

À PROPOS DE CE GUIDE

Le présent Guide pour les patients a été entièrement rédigé et produit par Cancer pulmonaire Canada afin de répondre aux besoins d'information des patients et des personnes soignantes. Il est à jour et il illustre les pratiques actuellement en vigueur au Canada.

Le présent guide n'a pas pour but de remplacer les renseignements ou les conseils médicaux fournis par votre médecin. Les questions et les préoccupations devraient être abordées avec les membres de votre équipe de traitement du cancer.

REMERCIEMENTS

Nous remercions les personnes suivantes pour leur participation à l'élaboration de ce Guide pour les patients :

Kayla Bradford

D^r David Dawe

D^r Jeffrey Rothenstein

Roz Brodsky

D^{re} Cheryl Ho

D^{re} Stephanie Snow

Anne Marie Cerato

D^{re} Diana Ionescu

D^r Yee Ung

Lorne Cochrane

D^{re} Rosalyn Juergens

D^r Paul Wheatley-Price

Miriam David

D^r Stephan Lam

D^r Zhaolin Xu

Heather Hogan

D^{re} Natasha Leighl

D^r Sunil Yadav

D^r Normand Blais

Lorraine Martelli, NP

D^{re} Nicole Bouchard

D^{re} Donna Maziak

D^r Quincy Chu

D^r David Palma

© Cancer pulmonaire Canada, 2006

Première impression

Deuxième édition, 2008

Troisième édition, 2011

Quatrième édition, 2012

Cinquième édition, 2013

Sixième édition, 2017

CONTENU

Préface.....	1
Aperçu du cancer du poumon	3
Diagnostic et stadification	16
1. Tests de diagnostic.....	17
2. Types et stades du cancer du poumon.....	27
Traitement du cancer du poumon	37
Traitement du cancer du poumon « non à petites cellules ».....	39
3. Chirurgie.....	40
4. Radiothérapie	45
5. Chimiothérapie	49
6. Traitement ciblé	53
7. Immunothérapie	58
8. Complications courantes du cancer du poumon.....	62
Traitement du cancer du poumon à petites cellules.....	66
Essais cliniques	69
La vie avec le cancer du poumon	76
9. Gestion des activités quotidiennes.....	78
10. Comment gérer les symptômes du cancer du poumon	81
11. Nutrition.....	85
12. Comment parler du cancer	88
Planification de la fin de vie	95
Ressources	98
Glossaire	100

#L'ESPOIRUNIT



PRÉFACE

Tout diagnostic de cancer peut vous toucher durement, vous et vos proches : il s'accompagne de choc, d'angoisse et d'un sentiment d'impuissance et d'urgence. Le diagnostic a de vastes répercussions sur le patient ou la patiente, ses amis et sa famille. Nous espérons que ce guide vous aidera à traverser cette période difficile.

Nous avons toutes deux été dans votre situation exacte, et nous ne connaissons que trop bien la foule d'émotions que vous ressentez. Nous vivons avec le cancer du poumon depuis plusieurs années – 8 ans dans le cas d'Anne Marie et 13 dans le cas de Roz, et nous sommes ici pour vous dire que *la vie continue après un diagnostic de cancer du poumon!*

Nous étions très heureuses qu'on nous demande, une fois encore, de rédiger la préface de ce guide. La nécessité de créer une nouvelle version est un signe des progrès réalisés dans la lutte contre le cancer du poumon. Les avancées prometteuses dans les traitements ciblés et l'immunothérapie sont une source d'espoir pour un grand nombre de personnes.

Le cancer du poumon peut atteindre n'importe qui, que la personne ait fumé ou non. Le cancer du poumon ne fait aucune différence en raison de l'âge ou du sexe. La vérité est simple : *si vous avez des poumons, vous pouvez développer le cancer du poumon.* Les patients atteints de cancer du poumon font face au fardeau supplémentaire de la stigmatisation, en raison de l'association de cette maladie avec la consommation de tabac. La consommation de tabac est non seulement une cause majeure du cancer du poumon, mais également une dépendance puissante qui, avec le temps, cause toutes sortes d'autres problèmes de santé. Que la personne ait fumé ou pas, tous les patients atteints de cancer du poumon méritent ce qu'il y a de mieux en matière de soins, de traitement, de soutien et de compassion.

2 CANCER PULMONAIRE CANADA

Alors, que faire maintenant? La lecture de ce guide est un excellent point de départ, et nous espérons qu'il répondra à bon nombre des questions que vous vous posez certainement. Qu'est-ce qui cause le cancer du poumon? Quels sont les types et les stades de la maladie? Comment le diagnostic est-il établi? Quelles sont les options en matière de traitement? Les renseignements figurant dans ce guide peuvent vous aider à participer activement à vos propres soins ou aux soins prodigués à un proche.

Le cancer du poumon peut affecter tous les aspects de votre vie. De l'aide est disponible : n'oubliez pas de consulter les professionnels appropriés en cas de besoin. Cancer pulmonaire Canada est aussi là pour vous.

**Restez forts, continuez à lutter,
et surtout, soyez bons envers vous-mêmes.**

— Anne Marie Cerato, Toronto, Ontario
Roz Brodsky, Thornhill, Ontario



APERÇU DU CANCER DU POUMON

LES POUMONS

Les poumons sont une paire d'organes spongieux situés dans la poitrine, qui sont séparés par le cœur. Les poumons sont divisés en **lobes**¹. Le poumon droit se compose d'un lobe supérieur, d'un lobe moyen et d'un lobe inférieur, tandis que le poumon gauche n'a qu'un lobe supérieur et un lobe inférieur.

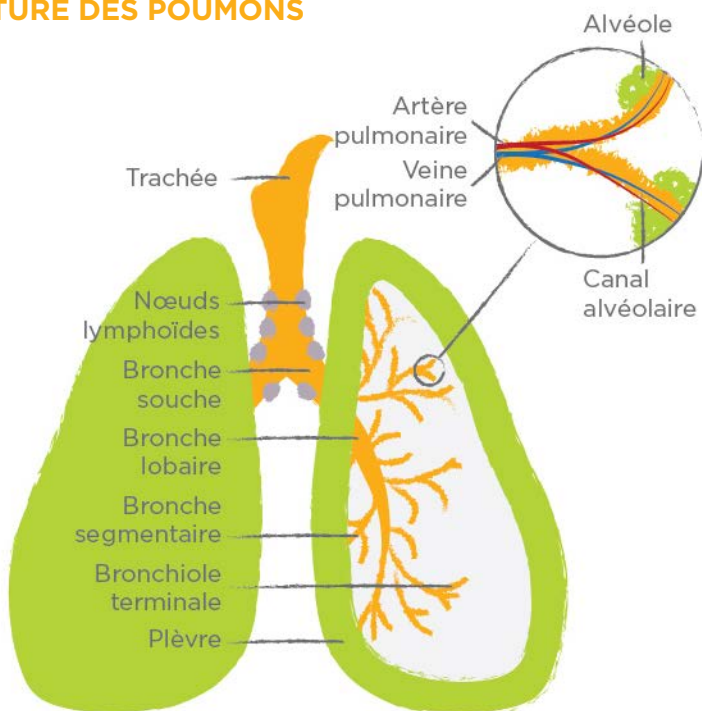
Lorsque vous inspirez, l'air passe par votre nez et votre **larynx** et pénètre dans la **trachée**. Juste avant d'atteindre les poumons, la trachée se divise en deux voies respiratoires plus petites appelées **bronches**, une **bronche** pour chaque poumon. Ces voies respiratoires se divisent en tubes de plus en plus petits appelés **bronchioles**, qui se terminent dans les alvéoles. Les **alvéoles** sont des sacs d'air microscopiques où l'oxygène contenu dans l'air inspiré entre dans le sang et où le dioxyde de carbone est extrait du sang et finit par être expiré.

Chaque poumon est entouré et protégé par la **plèvre**, deux couches d'une mince **membrane pleurale**. L'espace pleural qui sépare les deux couches contient une petite quantité de liquide pleural pour lubrifier les membranes afin qu'elles puissent facilement glisser l'une sur l'autre pendant la respiration. Sous les poumons se trouve le **diaphragme**, une mince couche de muscle qui vous aide à respirer.

¹ Les termes écrits en **vert** sont définis dans le glossaire à la fin de ce guide.



STRUCTURE DES POUMONS



PRENEZ SOIN DE VOUS-MÊME

Soyez bon envers votre corps. Mangez sainement et reposez-vous suffisamment. Si vous ne vous sentez pas bien, parlez à votre équipe de santé afin de recevoir des soins pour vos symptômes.

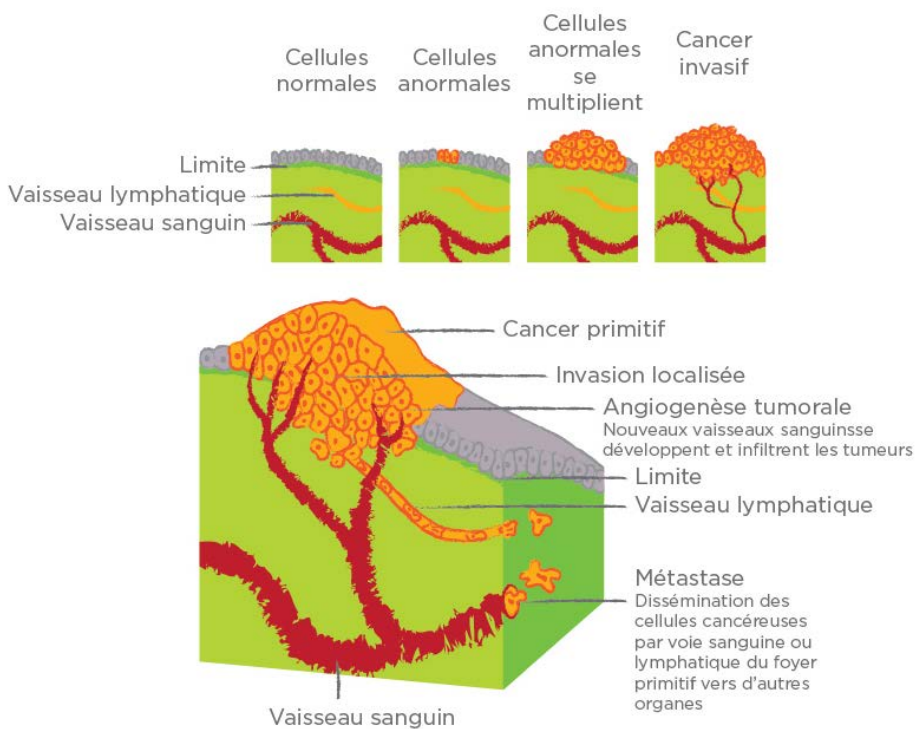
LE CANCER DU POUMON

Les cellules sont les éléments constitutifs des tissus et des organes. Normalement, avant de mourir, une cellule produit une nouvelle cellule pour la remplacer. Toutefois, il arrive parfois qu'une cellule devienne anormale et crée de nombreuses copies d'elle-même. Ces copies s'agglomèrent et forment une tumeur, qui est un amas de cellules anormales. Elles imitent les cellules saines afin d'échapper aux défenses naturelles du corps.

Les tumeurs **bénignes**, comme les grains de beauté, ne peuvent pas envahir les tissus environnants et se propager dans d'autres parties du corps.

Les tumeurs **malignes** sont cancéreuses. Elles continuent à croître et à envahir les tissus environnants. Parfois, des cellules cancéreuses se détachent de la tumeur et se rendent à d'autres organes en passant par les vaisseaux sanguins ou lymphatiques. Ce processus est appelé **métastase**. Le cancer peut produire des métastases dans n'importe quelle partie du corps : toutefois, les cellules cancéreuses provenant d'une tumeur pulmonaire se propagent le plus souvent à l'autre poumon, aux ganglions lymphatiques, aux glandes surrénales (situées au-dessus de chaque rein), aux os, au cerveau et au foie.

CROISSANCE TUMORALE ET MÉTASTASE



Les cancers sont nommés en fonction du site où ils naissent : dans le cas du cancer du poumon, la **tumeur primaire** se trouve dans le poumon. Même lorsque le cancer du poumon se propage à d'autres parties du corps, le diagnostic reste celui de cancer du poumon, et le cancer qui s'est propagé est une **tumeur secondaire** ou un **cancer du poumon métastatique**. De même, si un cancer dont l'origine est ailleurs se propage aux poumons, il n'est pas appelé cancer du poumon, mais plutôt *métastases pulmonaires* provenant du site primaire (par exemple: métastases pulmonaires provenant d'un cancer du sein).

GANGLIONS LYMPHATIQUES

Les **ganglions lymphatiques** sont de petites structures en forme de haricot situées dans tout le corps et qui font partie du système lymphatique. Celui-ci est un réseau d'organes, de vaisseaux et de ganglions lymphatiques qui contribue à la circulation de liquide corporel (la lymphe) et qui défend le corps contre les microbes et les cellules anormales.

Lorsqu'il y a une infection, une blessure ou un cancer dans une partie du corps, les ganglions lymphatiques dans cette région peuvent grossir. Par exemple, lorsque vous avez un rhume ou un mal de gorge, les ganglions lymphatiques de votre cou enflent. Si vous avez consulté un médecin avec de tels symptômes, celui-ci a peut-être palpé votre cou pour vérifier si ces ganglions étaient enflés.

Parfois, des cellules cancéreuses se détachent d'une tumeur maligne et se déplacent dans les vaisseaux sanguins ou lymphatiques. Les cellules cancéreuses peuvent se loger dans les ganglions lymphatiques voisins, qui filtrent normalement les microbes et les cellules anormales. Une fois arrivées, elles croîtront et se diviseront pour former une nouvelle tumeur, dont d'autres cellules cancéreuses peuvent se détacher et se répandre ailleurs dans le corps.

La propagation du cancer vers les ganglions lymphatiques est un facteur important pour déterminer l'étendue, ou le **stade**, du cancer. Le nombre de ganglions lymphatiques affectés, la quantité de cellules cancéreuses qu'ils contiennent et leur distance de la tumeur primaire sont des facteurs qui sont pris en considération lorsque votre médecin crée votre plan de traitement.

SI VOUS AVEZ DES POUMONS, VOUS POUVEZ DÉVELOPPER LE CANCER DU POUMON

Le cancer du poumon est l'un des cancers les plus couramment diagnostiqués – on pense qu'environ un Canadien sur 13 recevra un diagnostic pendant sa vie. Le cancer du poumon est également l'une des causes les plus importantes de décès imputable au cancer chez les hommes (1 chance sur 14) et chez les femmes (1 chance sur 17).

Responsable du décès d'environ un Canadien sur 4 atteint de cancer, le cancer du poumon est la cause la plus importante de décès imputable au cancer. Cette maladie prend plus de vies que les trois cancers suivants (sein, prostate et colorectal) combinés.

CAUSES DU CANCER DU POUMON

Pendant sa vie, le corps humain est exposé à beaucoup de choses, y compris le rayonnement et un certain nombre de produits chimiques et d'infections, qui peuvent endommager ses cellules. De tels dommages augmentent la probabilité que les cellules croissent et se divisent hors de contrôle pour former une tumeur.

Le système immunitaire, qui se débarrasse des cellules anormales, devient moins efficace avec l'âge. Au cours des années, de petits dommages à nos cellules qui ne causaient aucun problème au début peuvent s'accumuler. C'est une des raisons pour lesquelles le risque d'être atteint d'un cancer quelconque augmente avec l'âge. Certaines personnes peuvent également y être génétiquement prédisposées, et leurs cellules sont plus susceptibles aux dommages.

Consommation de tabac

La majorité des cas de cancer du poumon, soit environ 85 %, ont un lien direct avec la consommation de tabac, et particulièrement des cigarettes. La fumée du tabac contient des **carcinogènes**, des produits chimiques toxiques qui provoquent le cancer et peuvent favoriser les dommages aux cellules avec le temps. C'est pourquoi le risque de cancer du poumon augmente avec le nombre d'années et le nombre de cigarettes fumées par une personne. L'inhalation de fumée détruit également le système de défense qui garde les substances nocives hors des poumons.



PRENEZ SOIN DE VOUS-MÊME

Si vous fumez, arrêtez. La consommation de tabac nuit à la capacité de votre corps de se rétablir. Le risque de complications associées à votre traitement, particulièrement s'il inclut une opération chirurgicale, est beaucoup plus élevé si vous continuez à fumer.

Votre équipe de soins de santé peut vous mettre en contact avec un grand nombre de ressources et de systèmes de soutien qui vous aideront à arrêter de fumer. Il n'est jamais trop tard pour arrêter.

Trouvez les ressources qui vous aideront à arrêter de fumer à **www.lungcancer.ca/Lung-Cancer/Smoking-Cessation.aspx**. Vous pouvez également de l'aide auprès du service Télésanté pour fumeurs de la Société canadienne du cancer, en téléphonant au 1 877 513-5333 ou en vous rendant à **www.smokershelpline.ca**.

Fumée indirecte

La fumée indirecte contient les mêmes produits chimiques toxiques inhalés par un fumeur. L'exposition à la fumée de tabac émise par les cigarettes, les pipes ou les cigares d'une autre personne est une cause majeure de cancer chez les non-fumeurs.

Radon

Le radon, un gaz radioactif incolore et inodore, est la principale cause de cancer du poumon après la fumée directe et la fumée indirecte dégagée par les cigarettes. Ce gaz émane de la croûte terrestre : il peut s'accumuler dans les endroits mal ventilés et atteindre des niveaux dangereux. Lorsque le gaz est inhalé, le rayonnement qu'il dégage endommage l'ADN des cellules pulmonaires.

Si vous avez des inquiétudes au sujet du radon, vous pouvez acheter une trousse ou embaucher un professionnel pour faire tester les niveaux de radon dans votre maison. De plus amples renseignements sont disponibles à **<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/mesurer-radon-votre-maison.html>**.

Antécédents personnels de cancer ou d'une autre maladie pulmonaire

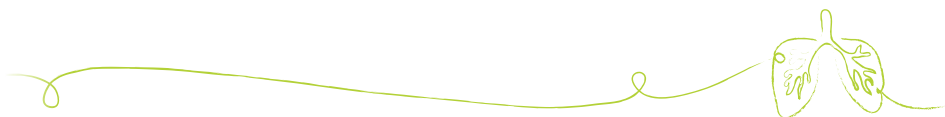
Le cancer du poumon est plus courant chez les personnes qui ont déjà reçu un diagnostic de cancer de la bouche ou de la gorge. Les dommages causés par des maladies pulmonaires précédentes, par exemple la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC, qui inclut l'emphysème et la bronchite chronique), la pneumonie et la tuberculose, font également augmenter les risques de cancer du poumon.

Antécédents familiaux

Les cellules cancéreuses contiennent des **mutations** (autrement dit, des changements génétiques) qui provoquent leur comportement anormal. Certaines mutations peuvent être transmises de parent à enfant : les personnes qui ont des antécédents familiaux de cancer du poumon peuvent donc être prédisposées à développer ce cancer. Cette augmentation du risque pourrait également être le résultat de comportements communs (p. ex., fumer), ou d'un environnement commun qui les expose à des carcinogènes.

Polluants dans l'environnement

L'exposition à certains polluants et produits chimiques à la maison, au travail et dans l'environnement peut faire augmenter le risque de cancer du poumon. La pollution atmosphérique émise par les véhicules motorisés, les usines et les centrales électriques contiennent des particules microscopiques, des oxydes d'azote, des gaz d'échappement de diesels et des hydrocarbures aromatiques polycycliques. Au travail, certaines personnes sont exposées à l'amiante, au chrome, au nickel, à la silice ou à l'arsenic. D'autres produits chimiques qui contribuent au risque de cancer du poumon comprennent le chloro(chlorométhoxy)méthane, le chloroéthène, l'uranium et les produits de goudron de houille.



DÉPISTAGE DU CANCER PULMONAIRE

Le dépistage, c'est-à-dire la vérification de la présence d'une maladie en l'absence de symptômes, fournit souvent une meilleure occasion de déceler la maladie tôt, et à un stade où elle est guérissable. Le dépistage du cancer pulmonaire en utilisant des tomodensitogrammes à faible dose (LDCT) permet de prévenir jusqu'à 20 % des décès imputables au cancer.

De nombreuses provinces ont mis en place des programmes ou des essais continus de dépistage du cancer pulmonaire. Les participants sont sélectionnés en fonction de plusieurs facteurs, y compris leur risque de cancer du poumon, leur âge et leurs antécédents de fumeur. De plus, ces programmes offrent parfois de l'aide pour arrêter de fumer.

Pour les personnes qui vivent dans des provinces qui n'ont pas encore de programme de dépistage, les médecins ne recommandent pas le dépistage par LDCT autogéré.

SIGNES ET SYMPTÔMES DU CANCER DU POUMON

Dans ses premiers stades, le cancer du poumon est rarement accompagné de signes ou de symptômes. Au fur et à mesure où la maladie progresse, les signes et symptômes mentionnés ci-dessous peuvent apparaître, mais ils peuvent également être causés par d'autres maladies.

Symptômes courants

- Douleur dans la poitrine, les épaules, le dos ou les bras
- Infections pulmonaires récurrentes (pneumonie ou bronchite)
- Toux qui s'aggrave ou qui persiste pendant trois semaines ou plus
- Fatigue
- Essoufflement
- Expectorations sanguines
- Enrouement ou voix changeante
- Perte d'appétit ou perte de poids inexplicquée

Symptômes moins courants

- Respiration sifflante
- Enflure du visage ou du cou
- Caillots
- Faiblesse ou étourdissements
- Douleur ou fractures osseuses
- Bosses douloureuses (ganglions lymphatiques enflés) dans le cou ou près de la clavicule

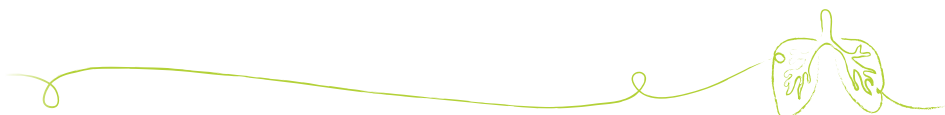
Si vous présentez l'un de ces signes ou symptômes, faites-les vérifier par un professionnel de la santé.

LA STIGMATISATION ASSOCIÉE AU CANCER DU POUMON

Bien que la plupart des cancers du poumon sont causés par la consommation de tabac, environ la moitié des personnes qui ont reçu un diagnostic n'ont jamais fumé ou ont arrêté de fumer depuis de nombreuses années. Même chez les personnes qui n'ont jamais fumé, le cancer du poumon est présent à une fréquence élevée et compte parmi les causes les plus importantes de décès imputables au cancer. Entre 60 % et 80 % des femmes originaires de l'Asie de l'Est ou de l'Asie du Sud qui ont reçu un diagnostic de cancer du poumon n'ont jamais fumé. Des préjugés répandus concernant la consommation de tabac ajoutent la stigmatisation au fardeau déjà très élevé d'un diagnostic de cancer du poumon.

La stigmatisation associée au cancer du poumon peut être une source d'isolement. Elle peut vous faire hésiter à révéler votre diagnostic et à demander du soutien.

Si vous vous sentez ainsi, n'oubliez pas : si vous avez des poumons, vous pouvez développer le cancer du poumon. Quoi qu'il en soit, *personne ne le mérite*. Et vous méritez de la compassion, un traitement et du soutien. Ne laissez pas la stigmatisation vous empêcher de lutter contre votre cancer!



UNE ÉQUIPE DE TRAITEMENT MULTIDISCIPLINAIRE

Votre équipe de traitement sera composée de nombreux professionnels de la santé spécialisés. Ils vous aideront, vous et votre famille, lors de votre diagnostic de cancer et de votre traitement. Certains de leurs rôles sont décrits ci-dessous.

Maintenez un dialogue ouvert avec votre équipe de traitement. Vous trouverez des conseils à ce sujet dans le chapitre 12. Dites-leur comment vous vous sentez physiquement et émotionnellement. Posez-leur toutes les questions qui vous passent par la tête. Ils sont là pour *vous*!

Anesthésiologiste — un spécialiste en anesthésiques, qui sont des médicaments qui préviennent la douleur et causent une perte temporaire de conscience pendant les opérations chirurgicales.

Infirmière en chimiothérapie — une infirmière spécialisée dans l'administration de chimiothérapie et d'autres traitements et dans la gestion de leurs effets secondaires.

Psychologue clinicien — un spécialiste en santé mentale. Cette personne peut vous aider, vous et votre famille, à comprendre les sentiments et les émotions qui peuvent émerger lors de votre diagnostic de cancer et de votre traitement, ainsi qu'à y faire face. Elle peut fournir des conseils sur la gestion de la douleur, de l'angoisse, du stress, de la dépression et de nombreux autres problèmes.

Infirmière en essais cliniques ou infirmière de recherche — prodigue des soins infirmiers pendant les essais cliniques (protocoles de recherche).

Infirmière spécialisée en soins à domicile — une infirmière qui peut vous rendre visite à domicile pour prendre soin de vous et vous aider à vaquer à vos activités quotidiennes.

Médecin de famille — un praticien général qui fournit des soins primaires. Cette personne peut vous avoir référé à un oncologue ou avoir suggéré les tests qui ont mené à votre diagnostic de cancer.

Oncologue médical — un spécialiste dans le diagnostic et le traitement du cancer. Cette personne supervisera votre traitement contre le cancer et pourrait devenir votre principal soignant de fait pendant votre traitement.

Infirmière pivot — fournit des renseignements et du soutien, et vous guide lors de votre diagnostic et de votre traitement, par exemple pour aider dans la gestion et le traitement des symptômes de votre maladie.

Spécialiste en soins palliatifs — un médecin qui aide à soulager les symptômes inconfortables du cancer et les effets secondaires du traitement, comme la douleur et la fatigue, afin d'améliorer votre qualité de vie.

Pathologiste — un professionnel de la santé qui peut vous guider concernant l'utilisation appropriée des médicaments et la gestion de leurs effets secondaires, en s'assurant qu'il n'y aura pas d'interactions nocives entre vos médicaments.

Pharmacien — A healthcare professional who can guide you on the proper use of medications and managing their side effects, and ensure that your medications will not interact in a harmful way.

Physiothérapeute — vous aide lors de la réadaptation après le traitement. Cette personne peut vous montrer des exercices qui vous permettront de rebâtir et de maintenir votre force, votre endurance et votre mobilité.

Pneumologue — médecin spécialisé dans le diagnostic de maladies du poumon au moyen d'un bronchoscope ou d'un prélèvement de liquide dans la cavité thoracique. Cette personne effectue également des interventions visant à soulager l'essoufflement, par exemple, en insérant des tubes pour drainer le liquide qui s'est accumulé dans la poitrine.

Radio-oncologue — médecin spécialisé dans le traitement du cancer par la radiothérapie, qui établit le diagnostic de cancer au moyen de tests d'imagerie comme les radiographies et les tomodensitogrammes.

Radiologue — médecin qui se spécialise dans le diagnostic de maladie en utilisant des échographies, des radiographies et des tomodensitogrammes. Il peut également participer à des opérations chirurgicales en guidant des outils chirurgicaux par imagerie médicale.

Diététiste — un professionnel autorisé qui peut vous aider à répondre à vos besoins nutritionnels et élaborer un plan de nutrition qui vous est propre.



Travailleur social — un professionnel autorisé qui vous aide concernant des services-conseils de soutien et des ressources communautaires.

Chirurgien — médecin spécialisé dans le traitement et le diagnostic de maladies au moyen d'opérations chirurgicales. Un **chirurgien thoracique** se spécialise dans les maladies de la poitrine, particulièrement des poumons, du cœur, de la trachée et de l'œsophage.

Vous — bien que les fournisseurs de soins de santé susmentionnés soient des experts dans leur domaine, c'est vous qui êtes l'expert sur la façon dont vous vous sentez et qui savez ce qui est important pour vous. N'hésitez jamais à poser des questions à votre équipe de soins de santé. Vous pouvez également lui demander de fournir des copies de vos dossiers médicaux.

A woman with dark hair pulled back, wearing a light blue button-down shirt, is looking intently at a small object held in the hands of another person wearing a white lab coat. The background is a plain, light-colored wall. The overall scene suggests a medical or scientific consultation.

DIAGNOSTIC ET STADIFICATION



DIAGNOSTIC ET STADIFICATION

Si vous présentez des signes et symptômes de cancer du poumon, votre médecin suggérera certains tests afin d'obtenir de plus amples renseignements sur ces problèmes et en découvrir la cause. Vous avez peut-être déjà subi une radiographie et avez été référé vers un spécialiste des poumons. Autrement, on a possiblement trouvé une tache ou un nodule anormal dans votre poumon parce que vous avez été identifié comme présentant un risque élevé de cancer du poumon et vous faites partie d'un programme de dépistage.

Votre médecin vous expliquera les tests que vous allez subir et pourquoi vous en avez besoin. Il est normal de se sentir frustré pendant le processus ou inquiet de ce que les tests vont révéler. Toutefois, il est important de ne pas présumer le pire. Votre médecin tente tout simplement de déterminer la raison de vos symptômes ou d'éliminer certaines causes.

DIAGNOSTIC PRÉCOCE : PAS UNE CANDIDATE TYPIQUE AU CANCER DU POUMON

Il y a près de sept ans, un tomodensitogramme a révélé une minuscule tache inattendue dans mon poumon droit. J'étais âgée de 50 ans, j'étais active, j'avais cessé de fumer depuis plus de 20 ans, et je n'avais aucun symptôme de cancer du poumon. Mes médecins ont alors suggéré des examens radiologiques réguliers afin de déceler tout changement. Deux ans plus tard, on m'a appelée pour me dire que la tache avait grossi. J'ai appris plus tard qu'il s'agissait d'un adénocarcinome de stade IIIA (localement avancé).

Après le choc initial, j'ai fait beaucoup d'efforts pour rester calme et garder une attitude positive. J'ai pris contact avec d'autres personnes atteintes de la maladie par l'entremise des médias sociaux, et j'ai découvert que je n'étais pas seule. Le fait de parler à d'autres m'a rendue plus forte. Toutefois, j'étais inquiète au sujet de ma famille et je me demandais si j'allais survivre.

Certains jours étaient meilleurs que d'autres. Je constate maintenant que la crainte n'est pas une réaction excessive : c'est une réalité du cancer.

Un an, deux opérations, quatre cycles de chimiothérapie et 25 séances de radiothérapie plus tard, mes examens par tomodensitogramme ne révélaient plus rien. Il y a encore beaucoup de jours où j'ai peur, particulièrement à l'approche des rendez-vous pour les examens. Mais je sais également que ce premier examen radiologique ainsi que le radiologue qui a remarqué la minuscule opacité, m'ont sauvé la vie.

— Heather Hogan, Woodstock, New Brunswick



TESTS DE DIAGNOSTIC

TESTS D'IMAGERIE

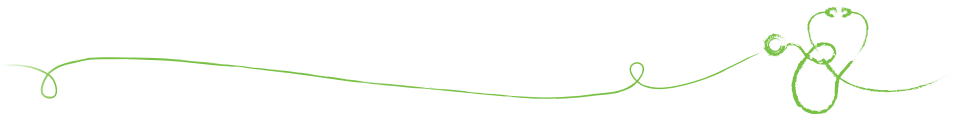
Comme l'indique leur nom, ces tests prennent une image des structures qui se trouvent à l'intérieur du corps. Tout comme un appareil photo utilise la lumière, ces procédures utilisent des rayons X, des ondes sonores, des champs magnétiques ou des matières radioactives pour créer une image.

En plus de déterminer où le cancer se situe, les tests d'imagerie sont également utilisés pour surveiller la réaction du cancer au traitement et s'il revient après celui-ci.

Radiographie thoracique

Une radiographie thoracique est souvent le premier test effectué lorsque les symptômes semblent correspondre à ceux du cancer du poumon. Il s'agit d'une procédure rapide et indolore qui prend une image en utilisant une faible dose de rayons X.

Si l'image révèle quelque chose d'anormal, d'autres tests seront effectués pour valider les constatations de la radiographie. Dans un tel cas, il est important de ne pas sauter aux conclusions. N'oubliez pas qu'une tache ou une opacité présente sur la radiographie n'est pas nécessairement cancéreuse. Il peut s'agir de quelque chose de bénin, d'une infection ou de quelque chose de complètement différent. Si vous êtes inquiet ou vous avez des questions concernant les tests de suivi, parlez à votre équipe de soins de santé.



Tomodensitogramme (tomodensitométrie axiale)

Un tomodensitogramme utilise également des rayons X, mais il crée des images plus détaillées qu'une radiographie conventionnelle. Par exemple, les tomodensitogrammes peuvent détecter des tumeurs plus petites, à un stade plus précoce, et déterminer si le cancer s'est propagé aux ganglions lymphatiques voisins ou à proximité des gros vaisseaux sanguins, ou encore à la cage thoracique. Un colorant appelé substance de contraste est parfois injecté ou administré par la bouche avant le tomodensitogramme afin de rendre plus visibles certaines structures à l'intérieur du corps.

Pendant le tomodensitogramme, la caméra tourne autour du corps et prend des photos de sections très minces du corps. Un ordinateur traite ces informations et peut les empiler pour créer un modèle à trois dimensions (3D). (Cela est souvent comparé à une étude des minces tranches de pain de façon à voir la structure de la miche entière.)

Tomographie par émission de positrons (TEP)

Une tomographie par émission de positrons est souvent combinée à un tomodensitogramme. D'une part le tomodensitogramme présente une vue détaillée des structures du corps alors que la tomographie par émission de positrons met en évidence toute anomalie métaboliquement active (c'est-à-dire les régions du corps qui consomment beaucoup de sucre).

Avant la tomographie par émission de positrons, une petite quantité de solution de sucre radioactif est injectée dans une veine. Les cellules cancéreuses, qui croissent et se divisent rapidement, ont besoin de beaucoup d'énergie et consomment une plus grande proportion de ce sucre radioactif que le reste du corps.

Ensuite, comme lors des tomodensitogrammes, une caméra qui détecte la radioactivité prend des photos en coupe transversale du corps, et un ordinateur les utilise pour créer des modèles 3D. Les zones du corps qui contiennent des cellules cancéreuses, et qui ont donc absorbé une quantité plus importante de sucre radioactif, sont visibles sous forme de taches plus claires.

Imagerie par résonance magnétique (examen IRM)

Les examens IRM sont comme les tomodensitogrammes: ils prennent tous deux des images en coupe transversale qu'un ordinateur peut transformer en modèles 3D. Toutefois, au lieu de rayons X, l'IRM utilise des champs magnétiques et des ondes radio pour produire une image.

Les examens IRM sont rarement utilisés pour détecter des anomalies dans les poumons. Leur but principal consiste plutôt à déterminer si le cancer s'est propagé au cerveau, à la moelle épinière, aux nerfs ou aux gros vaisseaux sanguins.

Échographie

Les échographies utilisent des ondes sonores à haute fréquence. Les ondes sonores rebondissent sur les structures à l'intérieur du corps et le schéma créé par les échos est traité par un ordinateur pour créer des images. Les échographies peuvent être utilisées pour détecter la présence d'un excédent de liquide dans les poumons et autour de ceux-ci, et pour découvrir si le cancer s'est propagé au foie.

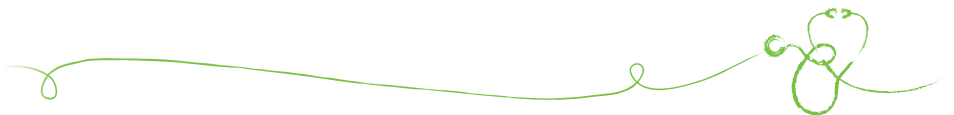
Scintigraphie osseuse

Les scintigraphies osseuses peuvent déceler si le cancer du poumon s'est propagé aux os. Votre équipe de soins de santé pourrait suggérer une scintigraphie osseuse si vous ressentez des douleurs dans les os ou si vos analyses sanguines présentent des résultats anormaux qui indiquent des métastases osseuses possibles. À noter que cette information peut également être obtenue adéquatement par une tomographie par émission de positrons.

D'abord, une petite quantité d'une substance radioactive, appelée traceur, est injectée dans une veine. De grandes quantités du traceur sont absorbées par les sections d'os qui présentent une croissance active ou qui sont en train d'être réparées – par exemple, à la suite de dommages causés par le cancer. Ces zones actives sont visibles sous la forme de zone d'hyperfixation sur l'image de scintigraphie osseuse.

PRENEZ SOIN DE VOUS-MÊME

Parlez-en. Si vous vous sentez seul, il peut être utile de faire part de votre diagnostic de cancer à d'autres personnes. En partageant votre diagnostic, vous pourrez bénéficier du soutien de vos amis et de votre famille et réduire les malentendus entre vous et vos proches.



BIOPSIES/PRÉLÈVEMENTS

Les résultats des tests d'imagerie aideront votre équipe de soins de santé à choisir les endroits du corps où une **biopsie** devrait être effectuée. Une biopsie est une procédure consistant à prélever à l'aide d'une aiguille de petites quantités de tissus ou de liquide pour les faire analyser en laboratoire et confirmer ainsi la présence de cellules cancéreuses. Elle aide les médecins à faire un diagnostic de cancer plus exact. Les résultats de la biopsie sont consignés dans un rapport de pathologie (diagnostic pathologique).

Biopsie à l'aiguille

Les biopsies à l'aiguille sont effectuées sous **anesthésie locale** et aucune incision chirurgicale n'est nécessaire. Des techniques d'imagerie, comme les échographies ou les tomographies, sont souvent utilisées pour guider l'aiguille.

Lors d'une **biopsie au trocart**, le médecin insère une aiguille creuse dans la tumeur et prélève un morceau de tissu long et mince appelé carotte. Plusieurs carottes peuvent être prélevées. Dans le cas de l'**aspiration à l'aiguille**, le médecin a recours à une aiguille très fine pour prélever une petite quantité de tissu ou de liquide.

Thoracentèse

Une petite quantité de liquide entre les deux couches de la membrane pleurale qui entoure chaque poumon contribue à la respiration normale. Toutefois, l'espace pleural situé entre les deux couches peut parfois se remplir d'un excédent de fluide: c'est ce que l'on appelle **épanchement pleural**. L'excédent de liquide pleural impose une pression sur les poumons et rend la respiration difficile.

Dans de tels cas, une **thoracentèse (aussi nommée ponction pleurale)** est effectuée pour enlever tout l'excédent de fluide et traiter cet état. Après l'application d'un anesthésique local, une aiguille est insérée dans l'espace pleural au travers de la paroi thoracique (généralement entre les côtes, à partir du dos). Le liquide est extrait et examiné pour déceler toute cellule cancéreuse.

PROCÉDURES ENDOSCOPIQUES

Les endoscopes sont des appareils qui permettent aux médecins de voir à l'intérieur du corps. La plupart des endoscopes sont de longs tubes minces, dotés d'une caméra et d'une lampe à une extrémité. Il y a également un canal

ouvert dans lequel des outils médicaux, comme des pinces et des brosses, peuvent être insérés pour obtenir des échantillons de biopsie ou effectuer d'autres procédures chirurgicales.

Les endoscopes sont nommés d'après la partie du corps qu'ils examinent: par exemple, un *bronchoscope* est utilisé pour rechercher des tumeurs ou d'autres anomalies dans les *bronches* et d'autres grandes voies respiratoires comme la trachée.

Bronchoscopie

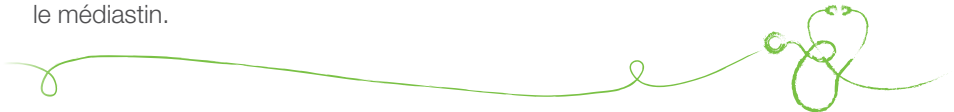
Un bronchoscope peut être inséré par le nez ou la bouche. Un bronchoscope flexible est généralement utilisé, avec un anesthésique local pour la gorge et les voies respiratoires supérieures, et des médicaments pour encourager la détente et supprimer la toux. Si un bronchoscope rigide est utilisé, un **anesthésique général** sera administré.

Pour une échographie endobronchique (EBUS – abréviation courante provenant du terme anglais : endobronchial ultrasound), le bronchoscope est doté d'un appareil qui émet des ultrasons. Les images résultantes aident à trouver des anomalies dans les voies respiratoires, le tissu des poumons et les ganglions lymphatiques voisins. Ensuite, les médecins peuvent prélever des échantillons de tissus à ces endroits en utilisant l'EBUS pour guider leurs outils.

La bronchoscopie est également utilisée pour effectuer des procédures chirurgicales, appelées **traitements endobronchiques**, pour dégager les obstructions dans les voies respiratoires et soulager les symptômes. Les tumeurs peuvent être enlevées au moyen de pinces (débridement bronchique), de lasers (chirurgie au laser), de courants électriques (électrocoagulation) ou de produits chimiques sensibles à la lumière (thérapie photodynamique); ou encore en les congelant (cryochirurgie). Le médecin peut également poser des endoprothèses pour garder les voies respiratoires ouvertes.

Médiastinoscopie

Le **médiastin** est l'espace qui sépare les poumons. Il contient le cœur, les gros vaisseaux sanguins, la trachée, l'œsophage, les ganglions lymphatiques et d'autres structures et tissus. Un anesthésique général est utilisé lors d'une médiastinoscopie. Ensuite, un médiastinoscope est inséré par l'entremise d'une petite incision pratiquée à la base du cou, au-dessus du sternum. Cet appareil est utilisé pour prélever un échantillon des ganglions lymphatiques situés dans le médiastin.



La **médiastinotomie** est semblable à la médiastinoscopie, mais l'endoscope est inséré par l'entremise d'une incision plus longue (environ 4 cm) entre les côtes. Cela permet au médecin d'atteindre des ganglions lymphatiques qui ne peuvent pas être atteints par médiastinoscopie.

Thoracoscopie

Le **thorax** est le terme médical qui désigne la poitrine. Une thoracoscopie est effectuée pour examiner la cavité thoracique, c'est-à-dire les espaces entre les poumons et la paroi thoracique (l'espace pleural), le tissu qui enveloppe la cavité et les poumons, la cage thoracique et le diaphragme. Également appelée pleuroscopie, cette procédure est généralement effectuée sous anesthésique local.

Lors d'une procédure semblable, appelée chirurgie thoracique assistée par vidéo (VATS), le thoracoscope est doté d'une caméra vidéo. Cet appareil est inséré par l'entremise d'une petite incision pratiquée dans le côté de la paroi thoracique, entre les côtes. Parfois, plus d'une incision est faite pour permettre l'insertion d'autres outils. Avec cet appareil, le chirurgien peut prélever des échantillons des ganglions lymphatiques et des tissus pulmonaires, et même enlever les tumeurs situées près de la surface et des bords extérieurs des poumons.

Une **thoracotomie** est une incision dans la paroi thoracique qui est plus importante que celles pratiquées lors d'une thoracoscopie ou de VATS. Elle permet au médecin d'atteindre des régions à l'intérieur de la cavité thoracique qui ne peuvent pas être atteintes par un thoracoscope.

Cytologie des expectorations

Un test de cytologie des expectorations est utilisé pour détecter la présence de cellules cancéreuses dans les grandes voies respiratoires. Les cellules du cancer du poumon qui se détachent dans les voies respiratoires peuvent se mélanger avec le mucus (expectorations) qui s'y trouve. Des échantillons d'expectorations sont prélevés lors d'une bronchoscopie par aspiration ou en lavant les voies respiratoires avec une solution saline stérile, ou en expectorant (parfois après avoir inspiré une suspension saline).

ÉVALUATION DES ÉCHANTILLONS DE TISSUS

Les échantillons de tissus obtenus pendant les biopsies et les endoscopies sont envoyés à un laboratoire où ils seront examinés par un pathologiste. Si celui-ci trouve des cellules cancéreuses dans l'échantillon, il fera des examens plus poussés afin de déterminer le type de cancer et son agressivité. Les renseignements fournis par le pathologiste sont très importants pour établir le diagnostic de cancer et créer le bon plan de traitement par la suite.

Si l'échantillon de tissu est trop petit ou est prélevé dans une région qui n'est pas représentative de l'ensemble de la tumeur, il est possible que le pathologiste ne puisse pas effectuer tous les tests nécessaires. Dans de telles situations, une autre biopsie est parfois effectuée.

BIOPSIE LIQUIDE

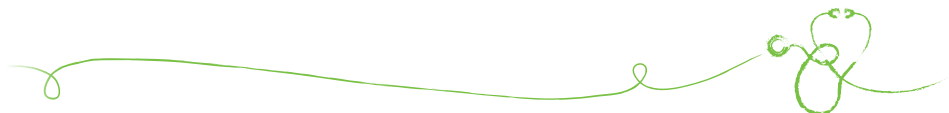
La biopsie liquide est une façon non invasive d'obtenir un échantillon de vos cellules cancéreuses. Avec cette technique, le pathologiste n'a besoin que d'un échantillon de votre sang, votre liquide pleural ou votre urine pour obtenir certaines informations sur votre cancer, en particulier d'établir la présence de mutations possibles de vos cellules cancéreuses.

Les biopsies de liquide sont principalement utilisées lors d'essais cliniques et ne remplacent pas la nécessité d'obtenir des biopsies de tissus dans la grande majorité des cas.

Tests moléculaires

Toutes les cellules cancéreuses ont des mutations (changements génétiques anormaux) qui leur permettent de croître et se diviser de façon incontrôlée, puis de se propager à d'autres parties du corps. Les chercheurs ont découvert certains changements génétiques qui contribuent à l'accélération de la croissance et de la propagation du cancer, et ils ont développé quelques traitements permettant de cibler spécifiquement certains d'entre eux.

Aujourd'hui, il est assez courant d'effectuer des tests moléculaires sur les échantillons de tissus afin de déterminer si le cancer d'une personne présente l'un des changements génétiques pour lesquels des traitements spécifiques existent.



Selon d'autres caractéristiques du cancer du poumon, les échantillons de tissus peuvent être analysés pour déceler des changements génétiques comme les mutations des gènes EGFR, K-ras ou des fusions de l'ALK, entre autres.

Un autre test courant recherche la présence d'une protéine appelée PD-L1 à la surface des cellules cancéreuses. Le PD-L1 joue un rôle important dans la lutte contre le cancer par le système immunitaire. Le chapitre 6 discute de façon plus détaillée des traitements qui ciblent la molécule PD-L1 et les mutations génétiques.

Si votre médecin n'a pas déjà discuté des tests moléculaires avec vous, demandez-lui si votre échantillon de biopsie devrait être analysé une fois la présence de cancer du poumon confirmée.

ACCÈS AUX TESTS DE DIAGNOSTIC

Certains tests, particulièrement les tests moléculaires plus récents, ne sont pas nécessairement offerts dans votre région. Toutefois, il est toujours possible d'envoyer vos échantillons à un autre laboratoire qui peut effectuer les tests dont vous avez besoin. Vous pouvez également demander à votre médecin s'il est possible d'effectuer ces tests dans le cadre d'essais cliniques.

Votre médecin pourrait également suggérer d'obtenir ces tests à l'extérieur du pays. Dans de tels cas, n'oubliez pas de demander à votre médecin de remplir les formulaires dont vous aurez besoin pour obtenir le remboursement de ces tests, le cas échéant. Dans certains cas, des frais sont exigés lorsqu'il s'agit d'analyses effectués par des laboratoires privés..

ANALYSES SANGUINES

Formule sanguine complète (FSC)

Ce test mesure le nombre et la quantité de cellules dans le sang (par exemple, les **globules rouges**, les **globules blancs** et les **plaquettes**), ainsi que d'autres paramètres comme les niveaux **d'hémoglobine**. Une FSC fournit des renseignements concernant l'état de santé général d'une personne et tout trouble médical sous-jacent (par exemple, l'**anémie**, des problèmes de coagulation ou des infections) avant le début d'un traitement contre le cancer.

Il peut être nécessaire d'effectuer régulièrement des FSC après le début du traitement si celui-ci affecte la formation de cellules sanguines dans la **moelle osseuse**.

Analyses chimiques du sang (biochimie)

Ce test mesure le niveau de produits chimiques dans le sang provenant des os, du foie, des reins et d'autres organes. Des niveaux anormaux peuvent indiquer des problèmes avec les organes, ou la propagation du cancer aux os ou au foie. Les analyses chimiques du sang aident votre médecin à choisir le traitement le plus approprié et à l'adapter pour vous.

TESTS DE LA FONCTION PULMONAIRE

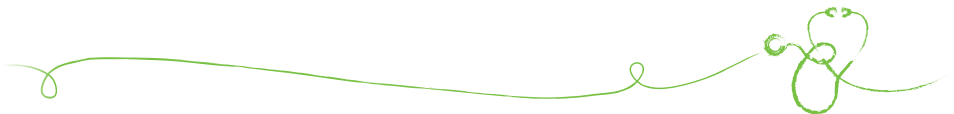
Examens fonctionnels respiratoires

Les examens fonctionnels respiratoires sont utilisés pour déterminer si les poumons fonctionnent bien, c'est-à-dire la quantité d'air qu'ils peuvent contenir et dans quelle mesure vous pouvez expulser l'air de vos poumons. Les examens fonctionnels respiratoires aideront à décider si la chirurgie est une bonne option de traitement. Si les poumons fonctionnent bien, le médecin pourrait envisager de faire l'ablation d'une partie de ceux-ci afin d'enlever une tumeur. Les résultats des examens fonctionnels respiratoires permettront également de déterminer quelle portion du poumon peut être enlevée sans danger.

Gazométrie du sang artériel

Ce test est utilisé pour déterminer la quantité d'oxygène et de dioxyde de carbone dans le sang. Il indique dans quelle mesure les poumons parviennent à oxygéner le sang et à en extraire le dioxyde de carbone.

Généralement, les analyses sanguines prélèvent du sang dans une veine (les vaisseaux sanguins dans lesquels le sang circule lentement et contient peu d'oxygène). Toutefois, pour ce test, le sang contenu dans une artère est prélevé. Ce sang artériel vient de traverser les poumons et apporte de l'oxygène frais aux organes et aux tissus.



QUESTIONS À POSER À VOTRE ÉQUIPE DE TRAITEMENT DU CANCER LORS DU DIAGNOSTIC

- Quel est le type de cancer du poumon dont je suis atteint?
- Mon cancer a-t-il été confirmé par un diagnostic pathologique (c'est-à-dire une biopsie des tissus) ou un diagnostic cytologique (autrement dit, des échantillons de liquide ou des échantillons contenus par frottis ou lavage)?
- Quel stade mon cancer du poumon a-t-il atteint? À quel endroit de mon corps le cancer est-il situé?
- Selon mon diagnostic, la chirurgie est-elle une option pour moi?
- Devrais-je subir des tests supplémentaires avant l'établissement de mon plan de traitement?
- Un échantillon de ma tumeur a-t-il été envoyé pour des tests moléculaires? Le traitement ciblé est-il une option pour moi?
- Un échantillon de ma tumeur a-t-il été envoyé pour des tests de PD-L1? L'immunothérapie est-elle une option pour moi?
- Y a-t-il quelque chose que je peux faire, comme changer mon alimentation, faire de l'exercice ou gérer le stress, qui m'aidera à me préparer pour mon traitement?
- Où puis-je obtenir de l'aide pour arrêter de fumer?
- Quels symptômes puis-je m'attendre à avoir avec ce type de cancer? Qu'est-ce que je peux faire pour les contrôler?
- Que devrais-je faire si mes symptômes s'aggravent ou de nouveaux symptômes apparaissent?
- Ce type de cancer est-il héréditaire? Y a-t-il un risque pour ma famille?

À CE POINT-CI DE VOTRE EXPÉRIENCE DU CANCER...

Votre esprit fourmille de questions. Pourquoi cela est-il arrivé? Qu'est-ce qui va m'arriver? Qu'est-ce que je fais maintenant? À quoi puis-je m'attendre? Comment est-ce que je fais face à la situation?

Prenez un instant pour vous rappeler que vous n'êtes pas seul. Il existe beaucoup de soutien, et vous devriez en demander. Ne vous isolez pas. Parlez à vos amis et à votre famille. Demandez à votre équipe de soins de santé de vous mettre en contact avec des professionnels et des groupes d'entraide qui vous aideront à trouver des stratégies efficaces pour faire face à la situation.

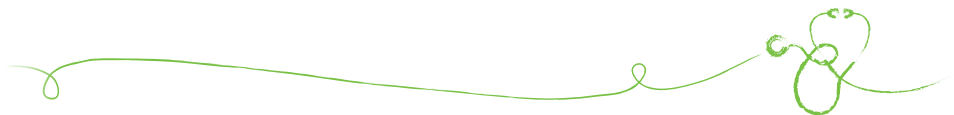
Le « Peer Network » de Cancer pulmonaire Canada peut vous mettre en relation avec des pairs qui ont été atteints de cancer du poumon. Les pairs peuvent fournir du soutien et partager des perspectives et leur vécu de leur propre expérience du cancer du poumon. Rendez-vous à www.lungcancercanada.ca/Get-Involved/Peer-To-Peer.aspx.

TYPES ET STADES DU CANCER DU POUMON

L'identification du type de cancer du poumon est essentielle au développement d'un plan de traitement. Les deux types les plus courants de cancer du poumon sont le cancer du poumon « non à petites cellules » et le cancer du poumon à petites cellules. Les mots *petites cellules* et *non à petites cellules* font référence à la taille des cellules contenues dans la tumeur, et non à la taille de la tumeur elle-même.

Le **cancer du poumon « non à petites cellules »** est le type le plus courant de cancer du poumon, représentant entre 80 % et 85 % de tous les cas. Il existe trois sous-types principaux de cancer du poumon « non à petites cellules ».

- L'**adénocarcinome** commence généralement dans les glandes productrices de mucus et se trouve souvent sur les bords extérieurs des poumons. Il s'agit de la forme la plus courante de cancer du poumon en général, ainsi que chez les femmes et les non-fumeurs. Les adénocarcinomes peuvent être provoqués par des changements génétiques connus pour lesquels un traitement ciblé peut s'avérer efficace.



- Le **carcinome squameux** se développe généralement dans les cellules qui enveloppent les bronches et les bronchioles plus grosses, et se trouve souvent dans les régions centrales des poumons. Le carcinome squameux est assez courant chez les fumeurs. Les hommes sont plus susceptibles que les femmes de développer un carcinome squameux.
- Le **carcinome à grandes cellules** peut apparaître n'importe où dans les poumons, mais on le trouve généralement près de la surface et des bords extérieurs des poumons. Le carcinome à grandes cellules est le sous-type de cancer du poumon « non à petites cellules » qui croît le plus rapidement, et il peut atteindre une très grande taille avant de causer des symptômes.

L'adénocarcinome et le carcinome à grandes cellules sont parfois appelés *cancer du poumon non épidermoïdes* ou *cancer du poumon « non à petites cellules » non squameux*.

Le **cancer du poumon à petites cellules** représente environ 15 % des cas de cancer du poumon. Ces cancers se développent généralement dans les bronches près du centre des poumons, et ils envahissent les tissus et les ganglions lymphatiques voisins. Le cancer du poumon à petites cellules est également appelé *carcinome à cellules en grain d'avoine* (« *oat cell* ») parce que les cellules cancéreuses ont une apparence aplatie au microscope.

Le cancer du poumon à petites cellules a un comportement très différent de celui du cancer du poumon « non à petites cellules » et est plus agressif. Les cellules cancéreuses se divisent plus rapidement pour former de grosses tumeurs qui peuvent se propager dans tout le corps avant d'être détectées.

AUTRES TYPES DE CANCER QUI AFFECTENT LES POUMONS

Les **sarcomes des tissus mous** dans les poumons sont rares. Ils apparaissent généralement dans les membranes pleurales et croissent très lentement.

Les **carcinoïdes** dans les poumons sont des tumeurs rares à la croissance lente qui apparaissent dans les cellules productrices d'hormones situées dans la paroi des bronches et des bronchioles.

Le **mésothéliome pleural** est un type rare de cancer qui apparaît dans les membranes pleurales qui enveloppent chaque poumon. Il est généralement causé par l'exposition à l'amiante. Bien qu'il ne s'agisse pas réellement d'un cancer du poumon, le mésothéliome pleural est traité par les mêmes spécialistes qui traitent le cancer du poumon.

Les chapitres suivants de ce livre discutent du traitement du cancer du poumon « non à petites cellules » et du cancer du poumon à petites cellules. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les autres types de cancer du poumon, veuillez consulter :

- www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/see-all, et
- www.cancer.net/cancer-types (en anglais)

PRENEZ SOIN DE VOUS-MÊME

Gâtez-vous. Qu'est-ce que vous aimez faire? Quelles activités de loisirs et distractions avez-vous déjà trouvées utiles pendant les périodes stressantes?

STADES DU CANCER DU POUMON

En plus du type de cancer du poumon et de son emplacement, le stade d'un cancer du poumon permet également de guider les décisions en matière de traitement et de pronostic. Le stade indique la grosseur de la tumeur, son emplacement dans le poumon, si elle a envahi des tissus à l'extérieur du poumon, et si elle s'est propagée à d'autres endroits du corps.

Cancer du poumon « non à petites cellules »

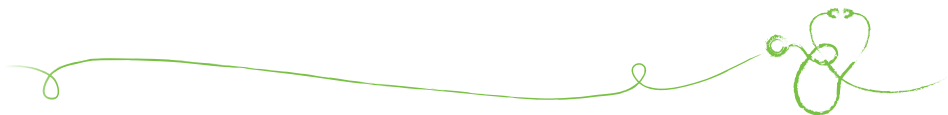
Les stades du cancer du poumon « non à petites cellules » sont numérotés de 0 (zéro) à IV (quatre), du moins avancé au plus avancé. Le stade est déterminé avec des coefficients **TNM**.

T (Tumor) : indique la taille de la ttumeur.

N (Nodes) : indique si le nombre de ganglions lymphatiques (lymph nodes en anglais) dans lesquels le cancer s'est propagé et à quel endroit, le cas échéant.

M (Metastases): indique si le cancer s'est propagé ou a produit des métastases dans d'autres organes.

Le tableau sur la page suivante fournit une description des différents stades définis par les coefficients TNM. Le système est compliqué, et des combinaisons de différents coefficients TNM peuvent être groupées dans un même stade. Vous pouvez discuter du stade spécifique de votre cancer avec votre équipe de soins de santé et lui poser toutes vos questions.



Chaque type de cancer a sa propre classification TNM : par exemple, le système de stadification TNM pour le cancer du sein est très différent de celui du cancer du poumon.

Cancer du poumon à petites cellules

Le cancer du poumon à petites cellules peut être défini selon des coefficients TNM ou en tant que « stade limité » ou « stade étendu ». Le cancer du poumon à petites cellules à **stade limité** est généralement présent dans un seul poumon, et peut également être présent dans les ganglions lymphatiques situés dans la poitrine et près des clavicules. Dans le cancer du poumon à petites cellules à **stade étendu**, le cancer s'est propagé aux deux poumons, ou à des ganglions lymphatiques et des organes éloignés.

DEGRÉ DE DIFFÉRENCIATION DES CELLULES CANCÉREUSES

Le **degré de différenciation** d'une tumeur est une autre caractéristique du cancer qui contribue à guider votre traitement. Le degré de différenciation décrit dans quelle mesure les cellules cancéreuses semblent différentes des cellules pulmonaires normales. Il donne également aux médecins une idée de la vitesse de la croissance des cellules cancéreuses et de l'agressivité du cancer. Les cellules cancéreuses d'aspect plus normal ont un degré de différenciation inférieur et sont plus faciles à traiter, tandis que les cellules d'un cancer plus agressif ont un degré de différenciation plus élevé.

Différents stades de cancer du poumon et leurs coefficients TNM.

Carcinome occulte

Tx¹; N0; M0

Cellules cancéreuses trouvées dans les poumons, mais pas de tumeur. Le cancer ne s'est pas propagé aux ganglions lymphatiques ou à d'autres endroits.

Carcinoma in situ

Stade 0

Tis²; N0; M0

Des cellules cancéreuses ont été décelées dans la paroi des bronches, mais elles n'ont pas envahi les tissus environnants. Le cancer ne s'est pas propagé aux ganglions lymphatiques ou à d'autres endroits.

Cancer du poumon

« non à petites cellules » de stade précoce

Stade IA

T1; N0; M0

La tumeur a une taille maximale de 3 cm et est contenue dans la membrane qui enveloppe les poumons et la cavité thoracique. Le cancer ne s'est pas propagé aux ganglions lymphatiques ou à d'autres endroits.

Stade IB

T2a; N0; M0

Tumeur de plus de 3 cm et de moins de 4 cm; ou impliquant les bronches du même poumon (mais pas la trachée); ou ayant envahi l'enveloppe de la cavité thoracique; ou ayant bloqué les voies respiratoires, causant un affaissement du poumon ou une inflammation. Le cancer ne s'est pas propagé aux ganglions lymphatiques ou à d'autres endroits.

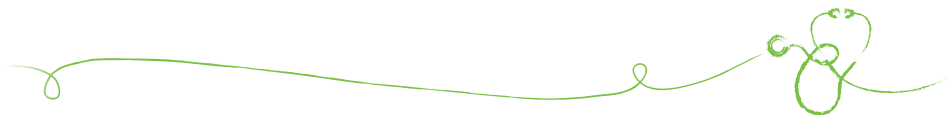
Stade IIA

T2b; N0; M0

Tumeur de plus de 4 cm et de moins de 5 cm; ou impliquant les bronches du même poumon (mais pas la trachée); ou ayant envahi l'enveloppe de la cavité thoracique; ou ayant bloqué les voies respiratoires, causant un affaissement du poumon ou une inflammation. Le cancer ne s'est pas propagé aux ganglions lymphatiques ou à d'autres endroits.

¹Avec le carcinome occulte, aucun chiffre n'est attribué au composant T, car seules des cellules cancéreuses isolées ont été détectées, et pas une tumeur.

²Tis signifie tumeur *in situ*. *In situ*, en latin, signifie à son emplacement initial.



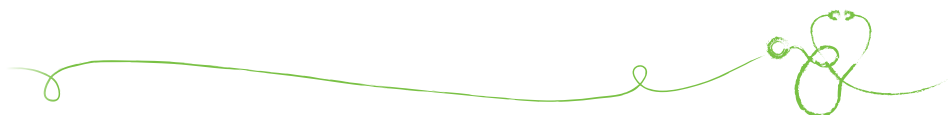
Stade IIB T1 ou T2; N1; M0, ou	La tumeur mesure moins de 5 cm. Le cancer peut impliquer les bronches du même poumon (mais pas la trachée); ou peut avoir envahi l'enveloppe de la cavité thoracique; ou peut avoir bloqué les voies respiratoires, causant un affaissement du poumon ou une inflammation. Le cancer s'est propagé aux ganglions lymphatiques voisins. Toutefois, il ne s'est pas propagé à d'autres endroits; ou
T3; N0; M0	Tumeur de plus de 5 cm et de moins de 7 cm; ou plus d'une tumeur dans le même lobe; ou ayant envahi la paroi thoracique ou son enveloppe interne, le nerf principal menant au diaphragme (nerf phrénique) ou l'enveloppe du cœur (feuillet pariétal du péricarde séreux). Le cancer ne s'est pas propagé aux ganglions lymphatiques ou à d'autres endroits.

Cancer du poumon

« non à petites cellules » localement avancé

Stade IIIA T1 ou T2; N2; M0, ou	La tumeur mesure moins de 5 cm. Le cancer peut impliquer les bronches du même poumon (mais pas la trachée); ou peut avoir envahi l'enveloppe de la cavité thoracique; ou peut avoir bloqué les voies respiratoires, causant un affaissement du poumon ou une inflammation. Le cancer s'est propagé aux ganglions lymphatiques situés près du centre de la poitrine. Toutefois, il ne s'est pas propagé à d'autres endroits; ou
T3; N1; M0, ou	Tumeur de plus de 5 cm et de 7 cm ou moins; ou plus d'une tumeur dans le même lobe; ou ayant envahi la paroi thoracique ou son enveloppe interne, le nerf principal menant au diaphragme (nerf phrénique) ou l'enveloppe du cœur (feuillet pariétal du péricarde séreux). Le cancer s'est propagé aux ganglions lymphatiques voisins. Toutefois, il ne s'est pas propagé à d'autres endroits; ou

<p>T4; N0 ou N1; M0</p>	<p>Tumeur de plus de 7 cm, ou plus d'une tumeur dans différents lobes du même poumon; ou ayant envahi le diaphragme, le médiastin, le cœur ou ses gros vaisseaux sanguins, la trachée, le nerf principal menant au larynx (nerf laryngé récurrent), à l'œsophage ou à la colonne vertébrale. Le cancer peut s'être propagé aux ganglions lymphatiques voisins. Toutefois, il ne s'est pas propagé à d'autres endroits.</p>
<p>Stade IIIB T1 ou T2; N3; M0, ou</p>	<p>La tumeur mesure moins de 5 cm. Le cancer peut impliquer les bronches du même poumon (mais pas la trachée); ou peut avoir envahi l'enveloppe de la cavité thoracique; ou peut avoir bloqué les voies respiratoires, causant un affaissement du poumon ou une inflammation. Le cancer s'est propagé aux ganglions lymphatiques situés près de l'autre poumon ou à ceux situés près des clavicules. Toutefois, il ne s'est pas propagé à d'autres endroits; ou</p>
<p>T3 ou T4; N2; M0</p>	<p>La tumeur mesure plus de 5 cm, ou il y a plus d'une tumeur dans le même poumon. Le cancer peut avoir envahi la paroi thoracique ou son enveloppe intérieure, le médiastin, la trachée, l'œsophage, la colonne vertébrale, le diaphragme, les nerfs principaux menant au diaphragme (nerf phrénique) ou au larynx (nerf laryngé récurrent); au cœur, à ses gros vaisseaux sanguins, ou à son enveloppe (feuillet pariétal du péricarde séreux). Le cancer s'est propagé aux ganglions lymphatiques situés près du centre de la poitrine. Toutefois, il ne s'est pas propagé à d'autres endroits.</p>



<p>Stade IIIC T3 ou T4; N3; M0</p>	<p>La tumeur mesure plus de 5 cm, ou il y a plus d'une tumeur dans le même poumon. Le cancer peut avoir envahi la paroi thoracique ou son enveloppe intérieure, le médiastin, la trachée, l'œsophage, la colonne vertébrale, le diaphragme, les nerfs principaux menant au diaphragme (nerf phrénique) ou au larynx (nerf laryngé récurrent); au cœur, à ses gros vaisseaux sanguins, ou à son enveloppe (feuillet pariétal du péricarde séreux). Le cancer s'est propagé aux ganglions lymphatiques situés près de l'autre poumon ou à ceux situés près des clavicules. Toutefois, il ne s'est pas propagé à d'autres endroits.</p>
---	--

Cancer du poumon « non à petites cellules » avec métastases

<p>Stade IVA Tout T; tout N; M1a ou M1b</p>	<p>La tumeur est de n'importe quelle taille. Le cancer s'est propagé à l'autre poumon ou d'une seule métastase à l'extérieur de la cavité thoracique – par exemple, le foie, les glandes surrénales, le cerveau ou les os; ou du liquide contenant des cellules cancéreuses s'est accumulé autour du poumon (épanchement pleural) ou du cœur (épanchement péricardique). Le cancer peut avoir envahi d'autres tissus, structures et ganglions lymphatiques dans la poitrine.</p>
<p>Stade IVB Tout T; tout N; M1c</p>	<p>La tumeur est de n'importe quelle taille. Le cancer s'est propagé à plusieurs endroits à l'extérieur de la cavité thoracique – par exemple, le foie, les glandes surrénales, le cerveau ou les os. Le cancer peut avoir envahi d'autres tissus, structures et ganglions lymphatiques dans la poitrine.</p>

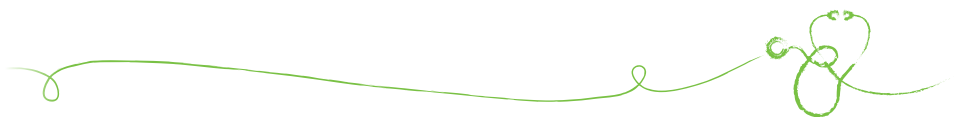
QUELLES SONT MES CHANCES?

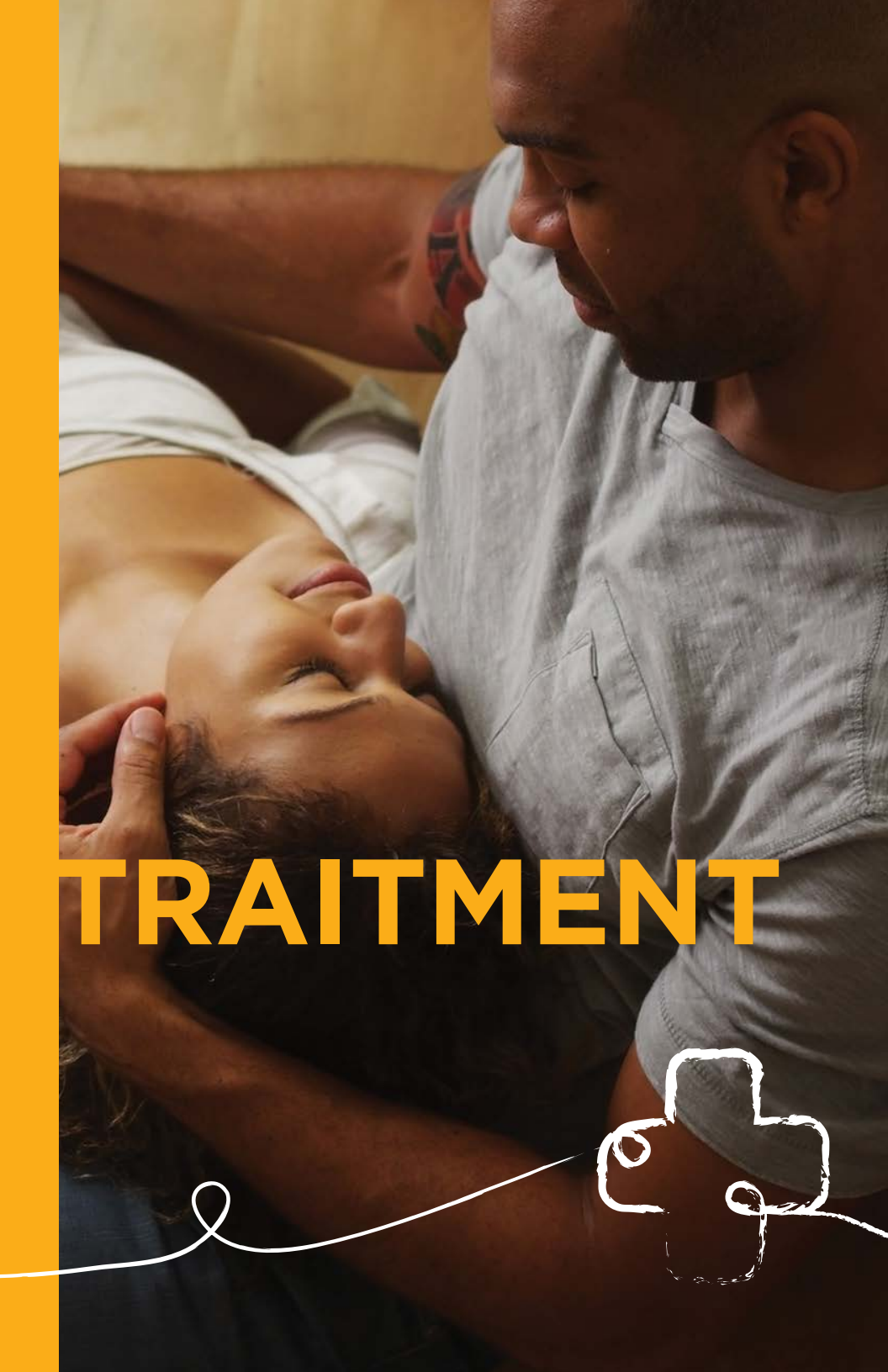
Vous vous êtes probablement posé cette question dès votre diagnostic.

Votre médecin et vous discuterez de votre pronostic, c'est-à-dire la meilleure estimation par votre médecin de la façon dont votre cancer réagira au traitement. Il est fondé sur nos connaissances actuelles sur le cancer du poumon et est influencé par le type de cancer, la mesure dans laquelle il s'est propagé, le cas échéant, vos traitements et la manière dont le cancer et vous y réagissez, et d'autres facteurs comme votre âge, votre état de santé général et vos autres troubles médicaux.

Lorsqu'il discutera de votre pronostic, votre médecin mentionnera peut-être des statistiques comme le taux de survie sur cinq ans. Ce taux est dérivé d'études auprès d'un grand nombre de patients atteints de cancer, qui mesuraient le nombre de personnes qui étaient vivantes et sans maladie cinq ans après leur diagnostic.

Le taux de survie sur cinq ans nous donne une idée de ce qui peut arriver à la plupart des personnes atteintes de cancer du poumon. Cette statistique ne permet pas de prédire avec exactitude ce qui vous arrivera. N'oubliez pas qu'avec le développement de traitements nouveaux et meilleurs, les taux de survie continuent à s'améliorer.





TRAITMENT



TRAITEMENT DU CANCER DU POUMON

Une fois que le type, le stade et le degré de différenciation de votre cancer du poumon ont été déterminés, votre équipe de soins de santé préparera un plan de traitement. Le traitement qui vous sera offert dépendra de plusieurs facteurs, y compris le type de cancer du poumon dont vous êtes atteint, son emplacement, sa propagation et les changements génétiques, et la santé de vos poumons, ainsi que votre état de santé global. Ce plan sera unique pour vous et sera spécifiquement conçu pour vous procurer le meilleur résultat possible compte tenu de votre diagnostic.

Les traitements contre le cancer sont soit locaux, soit systémiques. Les **traitements locaux**, comme la chirurgie et la radiothérapie, peuvent cibler une partie spécifique du corps. Ils sont utilisés lorsque le cancer est limité à une certaine région, comme le poumon. Une **opération chirurgicale** vise à enlever physiquement les tumeurs et les structures, comme les ganglions lymphatiques, auxquelles le cancer s'est propagé. La **radiothérapie** oriente un rayonnement à haute énergie vers la tumeur pour en réduire la taille ou la détruire.

Les **traitements systémiques**, comme la chimiothérapie, les traitements ciblés et l'immunothérapie, affectent tout votre corps. Ils sont souvent utilisés lorsque le cancer est découvert dans plusieurs parties du corps ou pour réduire le risque de **récidive** – autrement dit, de retour du cancer. La **chimiothérapie** fait référence à plusieurs médicaments différents qui peuvent tuer les cellules cancéreuses ou les empêcher de croître et de se diviser. Le **traitement ciblé** tire parti des changements génétiques présents dans les cellules cancéreuses pour se diriger sur elles et perturber des processus essentiels. L'**immunothérapie** stimule les mécanismes naturels de défense du corps afin qu'ils puissent mieux détecter les cellules cancéreuses et lutter contre elles.

De nombreux patients reçoivent plus d'un type de traitement. Par exemple, une fois que la tumeur primaire a été enlevée lors d'une opération chirurgicale, on peut recourir à la chimiothérapie pour tuer toute cellule cancéreuse restante non détectée.

Parlez à votre médecin du but des traitements et des effets secondaires que vous pourriez ressentir. Si vous ressentez des effets secondaires, informez-en votre équipe de traitement le plus tôt possible. Ils peuvent souvent être soulagés au moyen de médicaments et d'autres mesures.

Si le cancer est difficile à traiter ou revient constamment, votre médecin pourrait vous suggérer de participer à un essai clinique pour de nouveaux traitements prometteurs en cours de développement. Vous pourriez également participer à un essai clinique pour accéder à un médicament qui s'est avéré efficace, mais qui n'est pas encore commercialement disponible au Canada. Une telle participation est entièrement volontaire, et soyez certain que votre choix de ne pas participer à un essai clinique ne nuira pas à votre traitement. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter la section sur les essais cliniques.

La section suivante de ce guide présente une discussion détaillée des traitements possibles pour le cancer du poumon « non à petites cellules ». Elle est suivie d'une section qui résume le traitement du cancer du poumon à petites cellules. Certains traitements utilisés pour ces deux types de cancer du poumon sont semblables. Pour obtenir de plus amples renseignements sur tout traitement pour le cancer du poumon à petites cellules, veuillez consulter la section correspondante des traitements pour le cancer du poumon « non à petites cellules ».

MOTS COURAMMENT UTILISÉS POUR DÉCRIRE LES TRAITEMENTS CONTRE LE CANCER

Traitement curatif — Traitement administré dans le but de guérir le cancer.

Traitement palliatif — Traitement administré dans le but de soulager les symptômes du cancer et d'améliorer la qualité de vie. Le traitement palliatif peut prolonger la vie, mais il ne peut pas guérir le cancer.

Traitement primaire — Traitement initial administré dans le but de guérir ou de prolonger la vie.

Traitement néoadjuvant — Traitement administré *avant* le traitement primaire (généralement la chimiothérapie avant une opération chirurgicale) pour réduire une tumeur.

Traitement adjuvant — Traitement administré *après* le traitement primaire (généralement la chimiothérapie après une opération chirurgicale) pour tuer toute cellule cancéreuse n'ayant pas été enlevée par l'opération et pour contribuer à éviter la récurrence.

Traitement de première intention — Traitement systémique initial, considéré comme ayant la plus grande probabilité de réduire la taille du cancer.

Traitement d'entretien — Recours continu à un traitement systémique après le traitement de première intention afin d'empêcher la progression d'un cancer (c'est-à-dire pour retarder la récurrence).

Traitement de deuxième intention — Traitement systémique administré si le cancer n'a pas réagi au traitement de première intention ou au traitement d'entretien ou s'il a réapparu par la suite.

Traitement de troisième intention — Traitement systémique administré si le cancer n'a pas réagi au traitement de deuxième intention ou s'il a réapparu par la suite.

TRAITEMENT DU CANCER DU POUMON « NON À PETITES CELLULES »

Lors des stades précoces du cancer du poumon « non à petites cellules », l'ablation chirurgicale et l'ablation radicale par radiothérapie de la tumeur offre une guérison possible. À ce stade-ci, les plans de traitement peuvent également inclure la radiothérapie externe et la chimiothérapie, qui sont administrées avant ou après l'opération chirurgicale pour la rendre plus facile ou pour éviter la récurrence du cancer.

Les plans de traitement pour les stades avancés du cancer peuvent également inclure une combinaison de chimiothérapie, de radiothérapie et de chirurgie; il est également possible que seulement un ou deux de ces traitements soient utilisés.

Le traitement des cancers métastatiques inclut généralement la chimiothérapie, la radiothérapie et, dans certains cas, le traitement ciblé, l'immunothérapie et la chirurgie.



CHIRURGIE

La taille et l'emplacement de la tumeur, le fonctionnement de votre cœur et de vos poumons, et votre état de santé général détermineront si la chirurgie est possible, et, le cas échéant, son type.

Lorsqu'une chirurgie peut être effectuée lors des stades précoces du cancer, la guérison est possible. Des opérations chirurgicales plus étendues (par exemple, l'ablation du lobe entier plutôt que d'une partie plus petite du lobe contenant la tumeur) peuvent offrir une meilleure chance de guérir le cancer. Des ganglions lymphatiques voisins peuvent également être enlevés et des échantillons de tissus prélevés en plus de la tumeur pulmonaire afin de mieux déterminer le stade du cancer.

Dans certains cas, un traitement de la tumeur avec la radiothérapie ou la chimiothérapie avant la chirurgie peut permettre de réduire la taille de la tumeur et faciliter l'opération chirurgicale. Après la chirurgie, vous recevrez peut-être de la chimiothérapie pour tuer toute cellule cancéreuse restante.

La chirurgie est utilisée moins fréquemment pour traiter un cancer localement avancé, et rarement pour les cancers métastatiques.

COMMENT CHOISIR LA MEILLEURE OPÉRATION POUR VOUS

Les tumeurs pulmonaires peuvent être enlevées par différents types d'opérations chirurgicales. Votre chirurgien choisira le type le plus approprié pour vous en fonction de différents facteurs, y compris le stade de votre cancer, vos examens fonctionnels respiratoires et votre état de santé général. Vous avez peut-être déjà subi certains de ces tests de diagnostic pour déterminer les zones et les structures de votre cavité thoracique qui contiennent des cellules cancéreuses et doivent être enlevées. Vos examens fonctionnels respiratoires fourniront des renseignements sur la quantité du poumon qui pourrait être enlevée de façon sécuritaire pour vous permettre de maintenir une bonne qualité de vie. D'autres tests pourraient être effectués pour évaluer davantage votre tumeur et vérifier si votre cœur et vos autres organes seront en mesure de résister à la chirurgie.

VOS ATTENTES

En général, lors d'opérations majeures pour le cancer du poumon, un anesthésique général est utilisé pour vous endormir. Un spécialiste, appelé anesthésiste, vous administre l'anesthésique et vous surveille pendant l'opération. Une fois que l'anesthésique a agi, un tube est inséré dans votre gorge pour vous aider à respirer. Le chirurgien ouvre la cavité thoracique au moyen d'une thoracotomie, une incision pratiquée dans le côté de la poitrine et entre les côtes, et écarte vos côtes pour accéder au poumon. La chirurgie thoracique assistée par vidéo (VATS), qui est décrite plus loin dans ce chapitre, est moins invasive et ne nécessite que de petites incisions.

À la fin de l'opération chirurgicale, l'incision est refermée. Un ou plusieurs drains thoraciques flexibles sont laissés à l'intérieur, parfois retenus en place par des points de suture. Les drains seront reliés à un récipient et à une machine afin d'aspirer l'excédent de liquide et d'air que contient votre cavité thoracique. Les drains sont enlevés lorsque le drainage de liquide et les fuites d'air s'arrêtent et que le poumon peut se gonfler complètement, généralement au bout de quelques jours.

Des infirmières spécialement formées, des physiothérapeutes, des thérapeutes respiratoires et des travailleurs sociaux aideront à prendre soin de vous pendant votre rétablissement. Lorsque vous serez prêt à quitter l'hôpital, vous recevrez des médicaments contre la douleur, des instructions concernant la façon de prendre soin de votre plaie et de modifier vos activités, et un rendez-vous de suivi avec votre chirurgien.

Pendant votre rétablissement, la participation à un programme de réadaptation pulmonaire ou de physiothérapie peut améliorer votre capacité à respirer et à vaquer à vos activités quotidiennes. Ces programmes sont généralement offerts par l'entremise des hôpitaux, mais ils sont également disponibles dans certaines cliniques médicales communautaires. Votre médecin pourra vous fournir une recommandation.

Comme toute opération chirurgicale majeure, les opérations d'ablation de tumeurs pulmonaires présentent des risques. Ceux-ci ont trait non seulement à l'étendue de l'opération, mais également à votre état de santé général. Par exemple, le risque est plus élevé chez les fumeurs que chez les non-fumeurs. Si vous fumez,



vous pouvez donc réduire votre risque en arrêtant immédiatement. L'âge à lui seul n'est pas un facteur de risque majeur, mais les maladies du cœur, du poumon et des vaisseaux sanguins sont courantes chez les personnes âgées et augmentent les risques associés à la chirurgie.

PRENEZ SOIN DE VOUS-MÊME

Acceptez de l'aide. Lorsqu'on vous offre de l'aide, acceptez. Vos amis et votre famille sont probablement disposés à vous aider, mais ils ne savent peut-être pas exactement ce dont vous avez besoin et quand. Dites-leur ce qu'ils peuvent faire pour vous aider.

TYPES D'OPÉRATIONS CHIRURGICALES

Les procédures décrites ci-dessous sont effectuées pour enlever des tumeurs pulmonaires, ainsi que les ganglions lymphatiques voisins. D'autres opérations chirurgicales peuvent être effectuées pour confirmer un diagnostic ou soulager des symptômes comme l'essoufflement causé par une obstruction des voies respiratoires ou par la pression de liquide sur un poumon.

Une **résection cunéiforme** ou **segmentectomie** est l'ablation d'une partie d'un lobe. Cette procédure est effectuée si la tumeur est très petite et ne s'est pas propagée, ou si l'ablation d'une partie plus importante du poumon n'est pas recommandée, compte tenu des examens fonctionnels respiratoires et d'autres évaluations.

Une **lobectomie** est l'ablation d'un lobe complet d'un poumon. Vous vous rappellerez que le poumon droit compte trois lobes et le poumon gauche en a deux. Une **bilobectomie** est l'ablation de deux des trois lobes du poumon droit. Si la tumeur s'est développée près du centre de la poitrine ou affecte tous les lobes d'un poumon, une **pneumonectomie** est effectuée pour enlever le poumon entier.

Une **résection en manchon** enlève une tumeur située sur les grosses voies respiratoires. Imaginez qu'une voie respiratoire est une manche de chemise sur laquelle il y a une tache : cette procédure permet de l'enlever en coupant la manche au-dessus et au-dessous de la tache, puis en recousant les bouts coupés ensemble. Comme cette procédure n'enlève qu'un lobe entier et une partie

de la bronche, elle permet de conserver une plus grande partie de la fonction pulmonaire comparativement à une pneumonectomie.

Si la tumeur a envahi le diaphragme ou la paroi thoracique, il est possible que certaines structures dans la poitrine soient enlevées en bloc.

Pour s'assurer d'avoir enlevé la totalité du cancer, le chirurgien enlèvera également un peu de tissu d'apparence saine autour du bord de la tumeur. Un pathologiste examinera ces bords, ou **marges**, pour voir s'ils contiennent des cellules cancéreuses. Si les marges sont *nettes, bien délimitées* ou *négatives*, aucune opération supplémentaire n'est généralement requise. Si les marges sont *proches* ou *positives*, une opération supplémentaire pourrait s'avérer nécessaire.

Chirurgie thoracique assistée par vidéo

L'ablation de tumeurs par chirurgie thoracique assistée par vidéo (VATS - video assisted thoracic surgery) est moins invasive qu'une thoracotomie. Il y a généralement moins de douleur après l'opération, et le temps de rétablissement est plus court.

La VATS est effectuée sous anesthésique général. Le chirurgien insère un thoracoscope au travers d'une petite incision dans la paroi thoracique (plus petite que celle requise pour une thoracotomie). Le thoracoscope est doté d'une caméra vidéo qui permet au chirurgien de voir à l'intérieur de la cavité thoracique. Parfois, de multiples petites incisions sont pratiquées pour permettre l'insertion d'autres petits outils chirurgicaux.

Des lobectomies et des segmentectomies, préférablement pour les tumeurs qui sont proches de la surface et des bords extérieurs du poumon, peuvent être effectuées au moyen de cette technique.

Chirurgie thoracique assistée par robot

Une autre technique chirurgicale minimalement invasive est la chirurgie thoracique assistée par robot (RATS – robotic assisted thoracic surgery). Avec cette technique, le chirurgien effectue l'opération en contrôlant des bras robotiques dotés d'outils chirurgicaux.

La chirurgie robotique est couramment utilisée pour effectuer des lobectomies permettant de traiter le cancer du poumon « non à petites cellules » de stade I. Toutefois, les médecins peuvent également utiliser cette technique pour effectuer d'autres types de chirurgies thoraciques et traiter des cancers plus évolués.



EFFETS SECONDAIRES DE LA CHIRURGIE

Après l'opération chirurgicale, vous aurez certains effets secondaires causés par l'anesthésie générale et l'opération elle-même. Votre équipe de traitement vous renseignera sur les effets secondaires éventuels et ce que vous devez surveiller pendant votre rétablissement.

Les effets secondaires communs de l'anesthésie sont une gorge endolorie en raison du tube raccord, des nausées, des vomissements, de la confusion, des douleurs musculaires et des démangeaisons. Les effets secondaires de l'opération comprennent la douleur et l'enflure, qui seront pires immédiatement après et diminueront au cours des semaines suivantes.

Vous aurez des cicatrices aux sites des incisions. La sensation d'engourdissement près de la zone chirurgicale peut durer longtemps. Selon votre fonction pulmonaire avant la chirurgie, vous serez peut-être essoufflé pendant certaines activités.

Il existe également un risque de complications, comme la pneumonie, l'infection des plaies, l'affaissement d'un poumon en raison de fuites d'air dans la cavité thoracique (appelé pneumothorax), des saignements excessifs, une crise cardiaque, un battement cardiaque irrégulier, des caillots dans les jambes ou les poumons, l'incapacité à vider complètement la vessie (que l'on appelle rétention urinaire), et des infections urinaires.

QUESTIONS À POSER À VOTRE ÉQUIPE DE TRAITEMENT DU CANCER CONCERNANT LA CHIRURGIE

- La chirurgie est-elle une bonne option pour moi?
- Pourrai-je reprendre ma vie normale après l'opération chirurgicale?
- Comment l'opération affectera-t-elle ma respiration?
- Quelles sont les chances que la totalité de mon cancer soit enlevée par l'opération?
- Devrais-je envisager la chimiothérapie ou la radiothérapie avant ou après la chirurgie?
- Que puis-je faire pour me préparer pour l'opération?
- Que puis-je faire pour contribuer à mon rétablissement après l'opération?

- Puis-je me joindre à un programme de réadaptation respiratoire ou de physiothérapie pour contribuer à mon rétablissement?
- Puis-je faire de l'exercice après l'opération? Est-ce que je devrais en faire?
- Suis-je admissible à participer à des essais cliniques?

RADIOTHÉRAPIE

La radiothérapie est le traitement principal pour les stades précoces du cancer lorsque celui-ci ne peut pas être enlevé par chirurgie pour des raisons telles que la proximité de la tumeur aux organes vitaux, un mauvais état de santé général, ou une diminution de la fonction pulmonaire ou cardiaque. La chimiothérapie peut être utilisée en même temps que la radiothérapie ou par la suite pour tuer toute cellule cancéreuse restante.

La radiothérapie utilise des faisceaux de rayonnement à haute énergie pour endommager l'ADN des cellules cancéreuses. De tels dommages tuent les cellules ou les empêchent de produire de nouvelles cellules cancéreuses.

La radiothérapie peut être utilisée pour traiter les tumeurs situées à l'intérieur du poumon ou dans d'autres parties du corps. Elle peut être utilisée avant la chirurgie pour réduire votre tumeur et faciliter l'opération, ou après la chirurgie pour améliorer vos chances de rétablissement en tuant toute cellule cancéreuse restante.

Votre oncologue peut également recommander la radiothérapie si vous avez d'autres problèmes médicaux qui rendent une opération trop dangereuse. La radiothérapie est également utilisée de façon palliative pour soulager les symptômes, comme la toux, l'essoufflement et la douleur osseuse.

Les traitements de radiothérapie curative sont administrés en petites doses quotidiennes sur cinq à six semaines. De temps à autre, la chimiothérapie est administrée en même temps que la radiothérapie pour en rehausser l'effet. La radiothérapie utilisée pour soulager les symptômes est généralement administrée sur une période plus courte, soit cinq à dix traitements quotidiens.

La radiothérapie peut également endommager les tissus sains qui entourent la tumeur, mais les traitements sont administrés de façon à minimiser ces dommages. Des traitements plus récents, qui permettront de réduire davantage les dommages, sont en cours de développement.



PRENEZ SOIN DE VOUS-MÊME

Dites non. Le cancer du poumon et ses traitements peuvent vous épuiser. Essayez de conserver votre énergie en réduisant certaines activités.

RADIOTHÉRAPIE EXTERNE

La **radiothérapie externe (EBRT)** oriente un faisceau de rayonnement sur la tumeur à partir de l'*extérieur* du corps. L'EBRT est une procédure indolore, et le traitement lui-même ne dure généralement que quelques minutes. Il est semblable à une radiographie thoracique, mais avec un rayonnement plus puissant.

Toutefois, il faut un peu plus de temps pour configurer la machine afin que le rayonnement vise directement votre tumeur. Avant de recevoir la radiothérapie, vous aurez unetomodensitométrie de planification, c'est-à-dire une séance de planification pendant laquelle le radio-oncologue effectue la conception de votre traitement. Certains dispositifs peuvent être utilisés pour vous maintenir en place et s'assurer que le rayonnement atteint la tumeur. Le médecin mettra également des repères sur votre peau pour aider à vous positionner correctement pendant la radiothérapie.

Vous recevrez la radiothérapie quelques semaines après la simulation. Pendant le traitement, vous resterez allongé sur une table, sans bouger, comme vous l'aurez fait pendant la simulation. Vous serez seul dans la pièce pendant le traitement, mais vous pourrez communiquer avec les radiothérapeutes, c'est-à-dire les techniciens qui administrent la radiothérapie.

Radiothérapie stéréotaxique appliquée au corps entier

La **radiothérapie stéréotaxique appliquée au corps entier (SBRT – stereotactic body radiation therapy)** est une forme spécialisée de radiothérapie externe au cours de laquelle des doses très élevées de rayonnement sont administrées au cours d'une courte période (un à huit traitements). Elle est également appelée **radiochirurgie** ou **radiothérapie ablative stéréotaxique (SABR – stereotactic ablative body radiation)**. Dans la plupart des cas, cette méthode permet un contrôle efficace de la tumeur.

L'avantage de la SBRT est que la dose très élevée de rayonnement cible la tumeur de façon telle que les zones qui entourent celle-ci reçoivent beaucoup

moins de rayonnement, et les tissus normaux subissent donc beaucoup moins de dommages. Comme la SBRT peut être effectuée en une très courte période, elle est généralement très bien tolérée.

La SBRT est généralement utilisée pour traiter des tumeurs pulmonaires de très petite taille qu'il est trop dangereux d'enlever par chirurgie, en raison d'autres troubles médicaux qui peuvent compliquer une opération. Elle peut également être utilisée pour traiter de petites tumeurs qui se sont propagées au cerveau, au poumon, au foie ou à la colonne vertébrale.

BRACHYTHÉRAPIE

Contrairement à la radiothérapie externe, la **brachythérapie administrée dans la bronche** ou **radiothérapie endobronchique** utilise la radiation interne.

La brachythérapie est utilisée pour traiter les tumeurs qui bloquent les voies respiratoires et causent des problèmes comme l'essoufflement et les crachats de sang (hémoptysie). Elle peut également être effectuée sur le site d'une tumeur après son ablation chirurgicale. Cela permettra de s'assurer que toute cellule cancéreuse restante qui n'a pas été enlevée par l'opération sera tuée par le rayonnement. Dans de rares cas, la brachythérapie peut être utilisée comme traitement primaire si la radiothérapie externe n'est pas possible en raison d'une mauvaise fonction pulmonaire.

La procédure est effectuée par un chirurgien thoracique ou un pneumologue et un radio-oncologue, en utilisant un anesthésique local sur les voies respiratoires supérieures. Au moyen d'un bronchoscope, le médecin installera un cathéter (un minuscule tube creux) à l'emplacement de la tumeur. Ensuite, le radio-oncologue indique les endroits précis qui doivent être traités, après avoir visualisé la tumeur et le cathéter au moyen d'un appareil de radiographie appelé fluoroscope. Le médecin insère alors dans le cathéter des grains radioactifs, qui fournissent une dose élevée de rayonnement, et les positionne près de la tumeur. Dans la plupart des cas, le traitement de radiothérapie est administré pendant plusieurs minutes, et ensuite, les grains sont retirés en passant par le cathéter. Parfois, les grains restent dans le poumon, et le rayonnement devient plus faible avec le temps.

Comme le rayonnement utilisé lors de la brachythérapie cible principalement la tumeur et se déplace sur une courte distance, cela évite aux tissus normaux environnants de recevoir inutilement des doses élevées de rayonnement.



EFFETS SECONDAIRES DE LA RADIOTHÉRAPIE

Après la radiothérapie, vous ressentirez certains effets secondaires. Votre équipe de traitement vous renseignera sur les effets secondaires éventuels et ce que vous devez surveiller pendant votre rétablissement.

Un effet secondaire possible de la radiothérapie est une irritation cutanée, semblable à un coup de soleil, dans la zone traitée. Votre peau sera rouge et pourrait être sèche et douloureuse. Vous pourriez également observer une perte des poils dans la même zone. Parmi les autres effets secondaires, on peut citer la fatigue, la perte d'appétit, les nausées, les douleurs en avalant, la toux et l'essoufflement. Ces effets secondaires sont généralement de courte durée et peuvent souvent être atténués avec des médicaments.

Les effets secondaires possibles de la brachythérapie comprennent l'infection, la fièvre, la toux et l'essoufflement imputable à l'inflammation ou à l'enflure des voies respiratoires.

En plus de ces effets secondaires, la radiothérapie au cerveau peut également causer la perte de mémoire, des maux de tête, des changements dans la vision, des difficultés à réfléchir, des difficultés à entendre, de la confusion et la diminution du désir sexuel.

QUESTIONS À POSER À VOTRE ÉQUIPE DE TRAITEMENT DU CANCER CONCERNANT LA RADIOTHÉRAPIE

- Quel est le but de ce traitement?
- Quelles sont les principales différences entre la radiothérapie et la chimiothérapie?
- Quelle sera la durée de mes traitements de radiothérapie?
- Que puis-je faire pour me préparer pour le traitement?
- Pourrai-je rentrer chez moi par moi-même après le traitement, ou aurai-je besoin d'aide?
- Y a-t-il des effets secondaires ou des complications auxquels je devrais faire attention après l'opération?

- Y a-t-il des médicaments qui peuvent aider à réduire les effets secondaires de la radiothérapie?
- Pourrai-je reprendre ma vie normale après la radiothérapie?
- Y a-t-il quelque chose que je peux faire, comme changer mon alimentation, faire de l'exercice ou gérer le stress, qui m'aidera à faire face à mon traitement ou lors de mon rétablissement?
- Suis-je admissible à participer à des essais cliniques?

CHIMIOTHÉRAPIE

La chimiothérapie est une étape à tous les stades du cancer du poumon « non à petites cellules » sauf le stade IA, et elle est souvent utilisée en combinaison avec des traitements locaux, comme la chirurgie et la radiothérapie.

Pour choisir les médicaments chimiothérapeutiques qui vous conviendront le mieux, le médecin tiendra compte de la façon dont la chimiothérapie sera utilisée, de sa place dans le plan de traitement et du stade de votre cancer. Par exemple, la chimiothérapie est-elle destinée à venir en aide à la chirurgie ou à la radiothérapie? Ou s'agit-il du traitement primaire pour votre cancer avancé? Le sous-type de cancer du poumon « non à petites cellules » dont vous êtes atteint détermine également les médicaments chimiothérapeutiques que vous recevrez. Par exemple, le pemetrexed est moins efficace pour le carcinome épidermoïde.

COMMENT FONCTIONNE LA CHIMIOTHÉRAPIE?

Le terme « chimiothérapie » fait référence à un groupe de médicaments qui perturbent le cycle de vie des cellules cancéreuses et qui empêchent la production de nouvelles cellules cancéreuses. Ils peuvent endommager leur ADN ou empêcher les cellules de fabriquer du nouvel ADN, ou ils peuvent nuire à d'autres processus cellulaires nécessaires à la production de nouvelles cellules.

Pour profiter des différentes façons dont ces médicaments font effet, la chimiothérapie est souvent administrée avec deux médicaments en association.



Une association courante, composée d'un médicament chimiothérapeutique contenant du platine et d'un deuxième médicament chimiothérapeutique, est appelée **doublet** à base de platine. Les doublets sont souvent considérés comme les piliers du traitement de première intention pour le cancer du poumon « non à petites cellules ». Le médicament contenant du platine se lie à l'ADN des cellules à croissance rapide (comme les cellules cancéreuses) de façon telle que l'ADN ne peut pas être réparé ou utilisé pour créer de nouvelles cellules. Les cellules finissent par mourir des dommages causés à leur ADN.

Si un traitement en association n'est pas toléré, si le cancer ne réagit pas à un doublet de chimiothérapie ou cesse de réagir et s'aggrave, un médicament chimiothérapeutique différent peut être essayé. Ces traitements ultérieurs sont généralement composés d'un seul médicament chimiothérapeutique.

PRENEZ SOIN DE VOUS-MÊME

Fixez un horaire. Utilisez un calendrier ou un planificateur pour assurer le suivi des rendez-vous, des traitements et de vos autres engagements. Dressez une liste des priorités, et ne faites que ce qui doit *absolument* être fait. Rappelez-vous de qui vous aide à faire quelle tâche et quand.

QUELS SONT LES MÉDICAMENTS CHIMIOTHÉRAPEUTIQUES DISPONIBLES?

Le cisplatine ou le carboplatine sont des médicaments chimiothérapeutiques à base de platine couramment utilisés.

Parmi les autres médicaments que vous pourriez recevoir, on peut citer la vinorelbine, l'étoposide, la gemcitabine, le docétaxel, le paclitaxel et le pemetrexed.

VOS ATTENTES

Vous recevrez généralement vos traitements de chimiothérapie dans une clinique pour patients externes, ce qui signifie que vous vous présenterez seulement pour la journée. La plupart des médicaments chimiothérapeutiques sont administrés par intraveineuse (injectés dans une veine), mais quelques-uns sont offerts sous forme de pilules qui sont prises par la bouche. Avec les deux méthodes, les médicaments chimiothérapeutiques circulent dans le corps par l'entremise de la circulation sanguine pour atteindre les cellules cancéreuses, même si celles-ci

ne sont pas visibles lors des examens radiologiques. Pendant la durée de vos traitements de chimiothérapie, vous subirez régulièrement des analyses sanguines, des radiographies ou des tomodensitométries, ainsi que des examens physiques pour surveiller vos progrès.

La chimiothérapie est administrée en cycles : vous aurez des jours de traitement et des jours de repos. Comme il s'agit d'un traitement systémique, certains dommages sont causés aux cellules normales. Les jours de repos permettront à vos cellules normales, et particulièrement vos cellules sanguines, de se rétablir.

EFFETS SECONDAIRES DE LA CHIMIOTHÉRAPIE

Pendant et après la chimiothérapie, vous pourriez ressentir certains effets secondaires. Ils dépendront du médicament spécifique, de la quantité que vous avez reçue et pendant combien de temps, et de votre état de santé général. Les effets secondaires peuvent être temporaires ou de longue durée, immédiats ou lents à apparaître, légèrement désagréables ou très graves. Souvent, les effets secondaires peuvent être prévenus ou contrôlés au moyen de médicaments et d'autres mesures. Avant le début de votre traitement, un membre de votre équipe de soins de santé discutera des effets secondaires possibles avec vous.

Parce que la chimiothérapie attaque des cellules qui croissent et se divisent, elle peut également affecter certaines cellules saines qui ont normalement tendance à croître très rapidement, comme celles de vos cheveux, de votre tube digestif et de votre sang. Vous pourriez donc perdre temporairement vos cheveux. Vous pourriez également ressentir des nausées, des vomissements, une perte d'appétit, des ulcères buccaux et de la fatigue, et avoir davantage tendance à présenter des ecchymoses (des « bleus »).

L'un des effets secondaires les plus graves de la chimiothérapie est une réduction du nombre d'un certain type de globules blancs appelé neutrophile. Les neutrophiles font partie du mécanisme de défense naturel de votre corps, et des niveaux abaissés de ces cellules peuvent faire augmenter votre risque de contracter une infection. Si vous faites de la fièvre pendant votre traitement, il est très important d'en informer immédiatement votre équipe de soins de santé. Dans certains cas, votre équipe de soins de santé pourrait vous demander de vous présenter à la salle d'urgence.



Certains médicaments chimiothérapeutiques peuvent causer des dommages aux reins, aux nerfs et à votre ouïe. D'autres peuvent causer des effets secondaires permanents, comme une ménopause prématurée ou l'infertilité.

QUESTIONS À POSER À VOTRE ÉQUIPE DE TRAITEMENT DU CANCER CONCERNANT LA CHIMIOTHÉRAPIE

- Quel est le but du traitement de chimiothérapie? Guérira-t-il mon cancer, ou ne fera-t-il que le ralentir?
- Quelles sont mes options en matière de traitement?
- Quels médicaments est-ce que je recevrai, et comment fonctionnent-ils?
- Quelle sera la durée de mes traitements de chimiothérapie et à quelle fréquence est-ce que je recevrai les traitements?
- Pourrai-je rentrer chez moi par moi-même après un traitement, ou aurai-je besoin d'aide?
- Quels sont les effets secondaires possibles? Pendant combien de temps dureront-ils?
- Que puis-je faire pour prévenir les effets secondaires ou y faire face?
- Certains des effets secondaires sont-ils permanents?
- Avec qui puis-je entrer en contact si je ressens des effets secondaires?
- Y a-t-il des médicaments qui peuvent aider à réduire les effets secondaires?
- Pourrai-je reprendre mes activités normales après la chimiothérapie?
- Y a-t-il quelque chose que je peux faire, comme changer mon alimentation, faire de l'exercice ou gérer le stress, qui m'aidera à faire face à la chimiothérapie ou lors de mon rétablissement?
- Suis-je admissible à participer à des essais cliniques?

TRAITEMENT CIBLÉ

Les traitements ciblés sont principalement utilisés pour traiter les cancers du poumon avancés et métastatiques. Ils sont généralement administrés seuls. À l'occasion, un traitement ciblé est administré en association avec la chimiothérapie ou utilisé comme traitement ciblé après une opération chirurgicale pour essayer d'empêcher la récurrence du cancer.

Les tests moléculaires sur votre tumeur pulmonaire, qui vérifient si vos cellules cancéreuses expriment l'une des cibles d'un tel traitement, détermineront si vous pouvez recevoir un traitement ciblé comme traitement primaire. Si vous avez déjà reçu d'autres types de traitements, votre médecin pourrait suggérer un traitement ciblé comme traitement ultérieur.

Ce chapitre discute des traitements ciblés pour les cancers du poumon qui présentent des mutations de l'EGFR, ALK, ROS1 ou du BRAF, ainsi que du VEGF. Toutefois, de nouveaux traitements qui ciblent des mutations dans les gènes comme HER2, cMET, RET, NTRK et plusieurs autres, sont en cours de développement. Si les traitements ciblés offerts sur le marché ne sont pas des options pour vous, vous pourriez avoir droit à un nouveau traitement testé dans le cadre d'un essai clinique. Comme les tests moléculaires pour ces nouveaux gènes ciblés ne sont parfois disponibles que dans le cadre d'un essai clinique, assurez-vous de discuter des options avec votre médecin.

COMMENT FONCTIONNE LE TRAITEMENT CIBLÉ?

Ces médicaments ciblent et perturbent les processus clés de la croissance du cancer : par exemple, la formation de nouveaux vaisseaux sanguins qui apportent des nutriments à la tumeur, ou l'action de molécules cellulaires qui provoquent la croissance et la division rapides des cellules cancéreuses.

Cette interférence avec les processus cellulaires est appelée *inhibition*. Lorsque les traitements ciblés inhibent leurs cibles, la croissance des tumeurs ralentit, elles arrêtent de croître, ou elles rétrécissent.



Comme la chimiothérapie, ces traitements sont systémiques : certains d'entre eux doivent être injectés dans une veine, mais d'autres sont offerts sous forme de capsules ou de tablettes qui peuvent être avalées. Contrairement à la chimiothérapie standard, ces médicaments se lient à des cibles qui apparaissent sur la surface des cellules cancéreuses ou des vaisseaux sanguins dans la tumeur, ou bloquent ces cibles. Comme ils ont des cibles moléculaires spécifiques, les traitements ciblés affectent généralement un nombre moins élevé de cellules saines et causent des effets secondaires moins graves que ceux de la chimiothérapie et différents de ceux-ci. Lorsqu'ils ont été étudiés lors d'essais cliniques, les traitements ciblés se sont également avérés plus efficaces : comparativement à la chimiothérapie, ils étaient plus susceptibles de réduire la taille des tumeurs et de contrôler le cancer pendant une plus longue période.

QUELS TRAITEMENTS CIBLÉS SONT DISPONIBLES?

Inhibiteurs de l'EGFR

EGFR signifie *récepteur du facteur* de croissance épidermique. Il s'agit de molécules que l'on trouve à la surface de certaines cellules du corps, qui transmettent des signaux qui leur disent de croître.

Certaines cellules du cancer du poumon contiennent des molécules d'EGFR qui présentent des mutations qui les rendent hyperactives. Les molécules mutées d'EGFR envoient constamment aux cellules cancéreuses un signal qui leur indique de croître et de se diviser, ce qui fait grossir la tumeur. Les inhibiteurs de l'EGFR bloquent ce signal.

Au Canada, environ 14 % des adénocarcinomes, un sous-type du cancer du poumon « non à petites cellules », présentent des mutations de l'EGFR : autrement dit, ils sont EGFR-positifs (EGFR+). Les adénocarcinomes EGFR+ sont plus courants chez les femmes, les non-fumeurs, les fumeurs légers et les Asiatiques de l'Est. L'afatinib (Giotrif®), l'erlotinib (Tarceva®), et le géfitinib (Iressa®) sont des inhibiteurs oraux de l'EGFR qui sont pris seuls comme traitement initial pour l'adénocarcinome EGFR+ avancé.

Après un traitement avec des inhibiteurs de l'EGFR, les cancers du poumon peuvent devenir résistants au traitement. Ils peuvent développer des mutations de résistance qui contrecarrent l'effet des inhibiteurs de l'EGFR. Il est encourageant

de savoir qu'au cours des dernières années, de nouveaux médicaments ont été développés pour surmonter ces mutations de résistance, et le développement se poursuit.

L'osimertinib (Tagrisso™) est un médicament oral qui agit sur la mutation de résistance T790M, qui apparaît chez environ la moitié des personnes traitées avec l'afatinib, l'erlotinib ou le géfitinib. Pour découvrir si votre cancer réagira à l'osimertinib, vous devrez subir une analyse sanguine ou une autre biopsie pour vérifier la présence de la mutation T790M. À l'avenir, l'osimertinib pourrait également servir de traitement initial pour le cancer du poumon EGFR+.

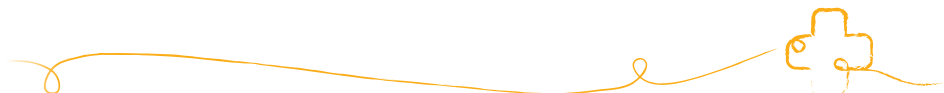
Inhibiteurs de l'ALK

ALK signifie "*anaplastic lymphoma kinase*". Certaines cellules cancéreuses contiennent des gènes de l'ALK qui sont mélangés ou fusionnés avec un autre gène, phénomène connu sous le nom de fusion de l'ALK. Le gène réorganisé de l'ALK produit une molécule modifiée d'ALK qui favorise la croissance et la propagation des cellules cancéreuses.

Les fusions de l'ALK se produisent dans environ 3 % à 5 % des cancers du poumon « non à petites cellules ». Elles sont plus courantes chez les personnes plus jeunes atteintes d'adénocarcinome qui n'ont jamais fumé ou qui ont déjà été des fumeurs légers.

Les inhibiteurs de l'ALK bloquent ces molécules d'ALK défectueuses. Le crizotinib (Xalkori®), le ceritinib (Zykadia™), le brigatinib (Alunbrig™) et l'alectinib (Alecensaro™) sont tous des inhibiteurs oraux de l'ALK. Le crizotinib est généralement administré comme traitement primaire, tandis que le ceritinib, le brigatinib et l'alectinib sont des options pour un traitement ultérieur si le cancer a progressé pendant le traitement avec le crizotinib. (Il est toutefois possible que l'alectinib soit administré comme traitement primaire à l'avenir.) Le lorlatinib est un inhibiteur de l'ALK nouvellement développé qui semble également prometteur.

Le crizotinib est également utilisé pour traiter les cancers du poumon qui présentent la fusion rare du ROS1. Cette mutation est présente dans seulement 1 % des cancers du poumon « non à petites cellules »; comme les mutations de l'ALK, elle est plus courante chez les personnes plus jeunes, les non-fumeurs et les fumeurs occasionnels.



Inhibiteurs du BRAF

La molécule BRAF est l'une de nombreuses molécules qui contrôlent la croissance normale des cellules saines. Environ 1 % à 3 % des cancers du poumon « non à petites cellules » présentent une mutation du BRAF connue sous le nom de V600E. Ces cancers peuvent être traités avec deux médicaments oraux pris en association : le dabrafénib (Tafinlar®), un inhibiteur du BRAF, et un autre médicament oral appelé tramétinib (Mekinist®). Le tramétinib inhibe une molécule appelée MEK, qui collabore avec le BRAF pour contrôler la croissance cellulaire.

PRENEZ SOIN DE VOUS-MÊME

Établissez des contacts. Que vous soyez un patient ou une personne soignante, le fait de parler à d'autres personnes qui vivent une situation semblable peut vous aider à apprendre des stratégies qui vous aideront à y faire face. Vous devriez également recruter les spécialistes de votre équipe de traitement du cancer : dites-leur comment vous vous sentez, ce dont vous avez besoin, et ce qui vous inquiète. Ils peuvent répondre à bon nombre de vos questions et vous aiguiller vers des professionnels qui peuvent vous offrir une aide supplémentaire.

Inhibiteurs du VEGF

VEGF signifie *facteur de croissance de l'endothélium vasculaire* (ou « *Vascular Endothelial Growth Factor* »). Comme l'indique son nom, le VEGF stimule la croissance des vaisseaux sanguins. Les cellules cancéreuses croissent très rapidement et pour ce faire, elles ont besoin de beaucoup de nutriments. Elles produisent beaucoup de VEGF pour créer un réseau dense de vaisseaux sanguins qui leur apportent ces nutriments.

En bloquant l'action du VEGF, les inhibiteurs du VEGF privent la tumeur de nutriments. Les inhibiteurs du VEGF sont également appelés inhibiteurs de l'angiogenèse. (« Angiogenèse » est le terme médical pour la formation de nouveaux vaisseaux sanguins.)

À l'heure actuelle, aucun test ne permet de déterminer les meilleurs candidats pour un traitement aux inhibiteurs du VEGF. Toutefois, les personnes qui ont une tumeur au centre de la poitrine ou qui crachent du sang ne devraient pas recevoir d'inhibiteur du VEGF.

Le bévacicumab (Avastin®) est un inhibiteur du VEGF injectable parfois utilisé pour traiter le cancer du poumon. Les inhibiteurs du VEGF sont généralement administrés en association avec la chimiothérapie.

EFFETS SECONDAIRES DES TRAITEMENTS CIBLÉS

Vous pourriez ressentir certains effets secondaires pendant un traitement ciblé. Chaque médicament s'accompagne de ses propres effets secondaires, dont plusieurs peuvent être contrôlés de façon proactive et sont souvent bien tolérés. Parmi les effets secondaires communs, on peut citer la diarrhée, les éruptions, les ulcères buccaux, la perte d'appétit et la fatigue.

Parfois, ces médicaments causent des effets secondaires plus graves. Assurez-vous de discuter avec votre médecin du traitement ciblé spécifique que vous suivez. Votre équipe de traitement vous renseignera sur les effets secondaires éventuels et ce que vous devez surveiller pendant le traitement.

QUESTIONS À POSER À VOTRE ÉQUIPE DE TRAITEMENT DU CANCER CONCERNANT LE TRAITEMENT CIBLÉ

- Quelles mutations ont été découvertes dans mon échantillon de biopsie? Quelles sont mes options en matière de traitement?
- Mon cancer devrait-il être testé pour d'autres mutations?
- Quel est le but du traitement ciblé?
- Quelle sera la durée de ce traitement et à quelle fréquence est-ce que je le recevrai?
- Quels médicaments est-ce que je recevrai, et comment fonctionnent-ils?
- Quels sont les effets secondaires possibles, et comment puis-je y faire face?
- Certains des effets secondaires sont-ils permanents?
- Avec qui puis-je entrer en contact si je ressens des effets secondaires?
- Y a-t-il des médicaments qui peuvent aider à réduire les effets secondaires?
- Suis-je admissible à participer à des essais cliniques?



NOUVEAUX TRAITEMENTS : CONNAISSEZ VOS OPTIONS ET COMMENT LES OBTENIR

En 2011, même le traitement par excellence de chimiothérapie disponible au Canada ne parvenait pas à empêcher la croissance de mon cancer du poumon métastatique. Les tests moléculaires que j'ai fait faire aux États-Unis ont révélé que mon cancer avait une mutation rare, pour laquelle un traitement ciblé existait : toutefois, celui-ci n'avait pas encore été approuvé au Canada.

En fait, au moment où j'ai commencé à prendre ces médicaments, *aucun* de mes trois traitements ultérieurs n'était approuvé au Canada. J'ai acheté les premières doses de mon premier médicament aux États-Unis, tandis que mon médecin canadien travaillait en collaboration avec le fabricant du médicament et Santé Canada pour que je puisse obtenir le traitement pour des raisons humanitaires. Au cours des années suivantes, j'ai reçu deux autres traitements utilisant de nouveaux médicaments : un par l'entremise d'un essai clinique au Canada et l'autre qu'une fois de plus, j'ai dû acheter initialement aux États-Unis.

Après la chimiothérapie, j'ai commencé à prendre un autre médicament dont on m'a dit qu'il ne fonctionnerait probablement pas. Et il n'a pas fonctionné. Mais j'étais très chanceuse qu'il existe tout de même des traitements pour mon cancer spécifique. Alors, j'ai lutté pour les obtenir – et je les ai eus.

— Miriam David, North York, Ontario



IMMUNOTHÉRAPIE

L'immunothérapie est utilisée pour traiter le cancer du poumon « non à petites cellules » localement évolué et métastatique. Selon le médicament d'immunothérapie envisagé pour votre plan de traitement, vous devrez peut-être subir d'abord un test de diagnostic pour vérifier la présence de certaines molécules à la surface de vos cellules cancéreuses.

L'efficacité de l'immunothérapie après la chirurgie ou en séquence avec la **chimioradiothérapie** (une combinaison de chimiothérapie et de radiothérapie), la chimiothérapie ou d'autres immunothérapies est en train d'être étudiée dans le cadre d'essais cliniques.

COMMENT FONCTIONNE L'IMMUNOTHÉRAPIE?

L'immunothérapie augmente l'activité du système de défense naturelle du corps – le système immunitaire – afin qu'il puisse mieux détecter et détruire les cellules cancéreuses. Parce que l'immunothérapie ne fait que stimuler le fonctionnement de votre propre système immunitaire, elle est généralement bien tolérée.

Dans des circonstances normales, le système immunitaire débarrasse le corps d'entités qui causent des infections, comme les virus et les bactéries, et de cellules anormales, comme les cellules cancéreuses. Mais il doit d'abord déterminer si une cellule est étrangère ou normale. Ce processus de vérification est contrôlé par un *point de contrôle immunitaire*. Ces points de contrôle permettent de s'assurer que le système immunitaire n'attaque pas accidentellement des cellules saines et normales.

Certaines cellules cancéreuses exploitent un processus de point de contrôle immunitaire qui implique deux molécules de la surface cellulaire, le PD-L1 et le PD-1. Elles produisent des quantités de PD-L1, qui se lie au PD-1 à la surface des cellules T, un type spécifique de cellule immunitaire. Lorsque les cellules cancéreuses interagissent ainsi avec les cellules T, elles trompent le système immunitaire, qui identifie alors les cellules cancéreuses comme étant normales.

QUELS SONT LES MÉDICAMENTS D'IMMUNOTHÉRAPIE DISPONIBLES?

Les deux principaux médicaments d'immunothérapie sont le nivolumab (Opdivo®) et le pembrolizumab (Keytruda®), qui font partie d'une catégorie de médicaments appelés *inhibiteurs de point de contrôle immunitaire*, ou inhibiteurs de point de contrôle PD-1/PD-L1. L'atézolizumab (Tecentriq™), l'avélumab (Bavencio®) et le durvalumab (Imfinzi™) appartiennent à la même catégorie. Les inhibiteurs de point de contrôle immunitaire empêchent les interactions entre le PD-1 et le PD-L1, afin que les cellules immunitaires puissent détruire les cellules cancéreuses. Ce mécanisme « lâche la bride du système immunitaire ».



Les médicaments d'immunothérapie sont généralement administrés après qu'un cancer évolué du poumon a progressé pendant ou après un traitement de chimiothérapie ou certains traitements ciblés. Toutefois, le pembrolizumab peut être administré comme traitement initial pour des cancers évolués qui présentent de niveaux élevés de PD-L1, et le durvalumab a récemment été étudié pour son administration après la chimioradiothérapie pour le traitement d'un cancer du poumon de stade III. Les traitements d'immunothérapie sont administrés par voie intraveineuse toutes les deux à trois semaines.

Autres immunothérapies

Les vaccins contre le cancer et le transfert adoptif de cellules T sont des domaines actifs de recherche dans les essais cliniques portant sur l'immunothérapie. Comme les vaccins ordinaires, les vaccins contre le cancer sont utilisés pour entraîner le système immunitaire à mieux reconnaître les molécules qui se trouvent à la surface des cellules cancéreuses. Lors du transfert adoptif de cellules T, quelques cellules T du corps sont enlevées, traitées en laboratoire afin de leur permettre de mieux identifier les cellules cancéreuses, puis réinjectées dans le corps.

EFFETS SECONDAIRES DE L'IMMUNOTHÉRAPIE

Vous pourriez ressentir certains effets secondaires pendant l'immunothérapie. Votre équipe de traitement vous renseignera sur les effets secondaires éventuels et ce que vous devez surveiller pendant le traitement.

Étant donné la façon dont fonctionne l'immunothérapie, le système immunitaire pourrait attaquer les cellules normales. Toutefois, ce phénomène est rare. La plupart des effets secondaires de l'immunothérapie peuvent être renversés, surtout s'ils sont détectés tôt. Il est très important de communiquer avec votre équipe de soins de santé concernant tout nouveau symptôme qui apparaît pendant que vous recevez une immunothérapie.

Parce que les immunothérapies font travailler plus fort votre système immunitaire, vous pourriez ressentir des effets secondaires dans vos intestins, votre foie, vos poumons, votre peau, vos reins, vos glandes et d'autres organes. Ces effets secondaires peuvent être légers, ou ils peuvent devenir graves ou, dans de rares cas, mettre la vie en danger. Les effets secondaires peuvent se produire pendant le traitement, ou même des semaines ou des mois après l'arrêt du traitement.

QUESTIONS À POSER À VOTRE ÉQUIPE DE TRAITEMENT DU CANCER CONCERNANT L'IMMUNOTHÉRAPIE

- Quel est le but de l'immunothérapie?
- L'immunothérapie est-elle une option pour moi? Quelles sont mes options en matière de traitement?
- Quelle sera la durée de ce traitement et à quelle fréquence est-ce que je le recevrai?
- Quels médicaments est-ce que je recevrai, et comment fonctionnent-ils?
- Quels sont les effets secondaires possibles, et que puis-je faire pour les prévenir ou y faire face?
- Y a-t-il des effets secondaires pour lesquels je devrais me présenter à la salle d'urgence? Est-ce que je devrais apporter quelque chose (comme une fiche d'information) pour mettre les médecins de la salle d'urgence au courant de mon immunothérapie?
- Certains des effets secondaires sont-ils permanents?
- Avec qui puis-je entrer en contact si je ressens des effets secondaires?
- Y a-t-il des médicaments qui peuvent aider à réduire les effets secondaires?
- Pourrai-je reprendre mes activités normales après l'immunothérapie?
- Y a-t-il quelque chose que je peux faire, comme changer mon alimentation, faire de l'exercice ou gérer le stress, qui m'aidera à faire face à mon traitement ou lors de mon rétablissement?
- Suis-je admissible à participer à des essais cliniques?



COMPLICATIONS COURANTES DU CANCER DU POUUMON

MÉTASTASES OSSEUSES

Les os sont un endroit où le cancer du poumon se propage couramment. Le symptôme le plus courant est une douleur dans l'os. Certains symptômes de métastases osseuses peuvent être assez graves. Si vous avez des métastases osseuses, demandez à votre équipe de soins de santé s'il y a des symptômes en particulier qui doivent être portés à leur attention dès leur apparition.

Il existe différents traitements pour les métastases osseuses. Le dénsumab (Xgeva®) et les biphosphonates, comme l'acide zolédronique (Zometa®), sont des médicaments injectables qui ralentissent la dégradation des os, préviennent les fractures et réduisent la douleur. La radiothérapie et la chimiothérapie sont utilisées pour soulager la douleur et réduire la taille des tumeurs. La chirurgie et le ciment osseux sont utilisés pour réparer les os cassés et prévenir des fractures futures des os affaiblis par le cancer.

Une alimentation saine et de l'exercice régulier utilisant le poids du corps (comme la marche) peuvent contribuer à garder les os solides. Des suppléments de calcium et de vitamine D sont également recommandés, particulièrement lors d'un traitement avec du dénsumab, des biphosphonates ou des stéroïdes. Demandez à votre équipe de soins de santé si ces approches seraient utiles pour vous.

FAIBLE TAUX D'OXYGÈNE DANS LE SANG

Si le taux d'oxygène dans votre sang est trop bas (ce problème est appelé **hypoxémie**), votre médecin suggérera d'utiliser de l'oxygène pour améliorer votre capacité respiratoire. L'inhalation d'oxygène supplémentaire fait augmenter le taux d'oxygène dans le sang lorsque celui-ci est trop bas, facilite la respiration et réduit les contraintes sur votre corps. Parce que votre corps ne peut pas stocker de l'oxygène, ce traitement ne fonctionne que lorsque vous utilisez de l'oxygène.

Comme tout autre médicament sur ordonnance, l'oxygène doit être utilisé avec une grande prudence, et seulement de la façon prescrite. Votre médecin adaptera votre ordonnance d'oxygène en fonction de vos besoins. Vous ne devriez jamais changer le débit d'oxygène, sauf à la demande de votre médecin.

Lorsque l'oxygène est livré à votre maison, votre famille et vous recevrez des instructions concernant son mode d'utilisation et la façon de nettoyer l'équipement.

Consultez le chapitre 10 pour obtenir d'autres stratégies de gestion de l'essoufflement.

PNEUMONIE

La pneumonie est une infection des tissus pulmonaires. Elle peut être provoquée par un système immunitaire affaibli, une complication de la chirurgie thoracique, ou l'espace pris par la tumeur dans votre poumon. Selon sa gravité, la pneumonie peut être traitée avec des antibiotiques à la maison ou à l'hôpital.

Bon nombre des symptômes de la pneumonie sont les mêmes que ceux du cancer du poumon, comme la douleur à la poitrine, la respiration laborieuse, la toux et les crachats de pus ou de sang. Toutefois, la pneumonie s'accompagne également de symptômes comme la fièvre, les frissons, les maux de tête et la confusion. Si vous présentez l'un de ces symptômes, dites-le immédiatement à votre équipe de soins de santé.

ÉPANCHEMENT PLEURAL

L'épanchement pleural est l'accumulation de liquide dans la poitrine qui rend la respiration laborieuse. Le liquide s'accumule dans l'espace pleural situé entre les deux couches de membranes qui enveloppent les poumons. Parce que le liquide applique de la pression sur les poumons et aplatit le diaphragme, ils ne peuvent pas se gonfler et se contracter correctement pour que l'air puisse entrer dans les poumons et en sortir.

L'excédent de liquide peut être enlevé par thoracentèse, une procédure au cours de laquelle une aiguille est insérée dans la cavité thoracique et le liquide est aspiré.

La **pleurodèse** est une procédure au cours de laquelle les deux membranes qui enveloppent le poumon sont scellées ensemble afin que le liquide ne puisse plus s'accumuler entre elles. Pour cela, une poudre de talc ou un médicament est inséré dans l'espace pleural par l'entremise d'un drain thoracique flexible. Après l'opération, le drain thoracique peut être laissé en place pendant quelques jours afin de drainer tout nouveau liquide qui s'accumulerait.



Une autre façon de soulager l'épanchement pleural consiste à utiliser un tube souple appelé cathéter pleural tunnéllisé. Le tube est situé sous la peau et s'insère dans la cavité pleurale, d'où il draine l'excédent de fluide. Le tube est inséré en utilisant un anesthésique local lors d'une intervention ambulatoire qui dure environ 90 minutes. Ensuite, une infirmière peut aider à drainer le liquide à la maison, jusqu'à ce que la pleurodèse se produise naturellement.

CAILLOTS

Les personnes atteintes de cancer présentent un risque élevé de développer des caillots. Ceux-ci peuvent être provoqués par le cancer, ses traitements ou une gamme d'autres causes, y compris le repos au lit prolongé. Ils sont traités avec des anticoagulants.

Les troubles caractérisés par des caillots portent différents noms. Un caillot situé dans un vaisseau sanguin (généralement une veine) est appelé **thrombus**. Si un thrombus se forme dans une veine profonde du corps (généralement dans les jambes), il est appelé **thrombose veineuse profonde (TVP)**. Les symptômes d'une TVP comprennent l'enflure, la chaleur ou une douleur dans la jambe semblable à une crampe, une décoloration de la peau, et des veines proéminentes.

Parfois, un morceau du caillot, appelé **embolie**, se détache et circule dans les vaisseaux sanguins. Pendant son déplacement, un embolie peut se loger dans un vaisseau sanguin plus petit et bloquer la circulation sanguine. Lorsqu'un embolie se loge dans les poumons, on l'appelle **embolie pulmonaire**.

Les symptômes de l'embolie pulmonaire comprennent un essoufflement soudain ou inexplicable, une douleur dans la poitrine ou le haut du dos, particulièrement lors d'une toux ou d'une respiration profonde, un sentiment de faiblesse ou l'évanouissement, un pouls rapide, et des crachats de sang.

Les embolies pulmonaires peuvent mettre la vie en danger. Si de tels symptômes apparaissent, dites-le immédiatement à votre médecin.

QUESTIONS À POSER À VOTRE ÉQUIPE DE TRAITEMENT DU CANCER CONCERNANT LES VISITES DE SUIVI

- Qui sera chargé de mes soins au long cours?
- À quelle fréquence devrais-je revenir pour des visites de suivi? Y a-t-il un calendrier régulier?
- Qui organisera ces visites?
- Que cherchez-vous pendant les visites de suivi? Devrai-je subir des tests?
- Quels sont les effets secondaires à long terme possibles, et que puis-je faire pour les prévenir ou y faire face?
- Quels symptômes devrais-je surveiller? Avec qui devrais-je entrer en contact s'ils apparaissent?
- Y a-t-il quelque chose que je peux faire, comme changer mon alimentation, faire de l'exercice ou gérer le stress, qui m'aidera lors de mon rétablissement et à empêcher la récurrence du cancer?
- Est-ce que je recevrai du soutien et des soins à domicile?



TRAITEMENT DU CANCER DU POUMON À PETITES CELLULES

La chimiothérapie est le principal traitement pour le cancer du poumon à petites cellules de stade limité et de stade étendu. Comme le cancer du poumon à petites cellules se développe rapidement et est généralement diagnostiqué lors des stades tardifs, alors qu'il s'est déjà propagé, les traitements systémiques comme la chimiothérapie sont plus efficaces que les traitements locaux comme la radiothérapie et la chirurgie.

Le traitement d'un cancer du poumon à petites cellules de stade limité commence généralement par la chimioradiothérapie, suivie d'une association de chimiothérapie et de radiothérapie. Si la tumeur pulmonaire réagit bien à ce traitement, votre médecin pourrait recommander une radiothérapie préventive au cerveau. La chirurgie fait rarement partie du plan de traitement, et elle est toujours utilisée en association avec d'autres traitements. Au stade étendu, la chimiothérapie est administrée en premier lieu.

À l'heure actuelle, il n'existe pas de traitements ciblés ou d'immunothérapie efficaces contre le cancer du poumon à petites cellules, mais il s'agit de domaines de recherche active dans le cadre d'essais cliniques.

CHIMIOTHÉRAPIE

En général, deux médicaments chimiothérapeutiques, souvent l'étoposide et un médicament à base de platine comme le cisplatine ou le carboplatine, sont administrés en association. Certaines associations thérapeutiques peuvent remplacer l'étoposide par l'irinotécan. Si vous ne pouvez pas tolérer le traitement en association, vous recevrez seulement l'étoposide.

Au moment d'une récurrence, ce cancer peut également être traité avec l'étoposide, le topotécan ou une association de trois médicaments chimiothérapeutiques, soit la cyclophosphamide, la doxorubicine et la vincristine.

RADIOTHÉRAPIE

Pour le cancer en stade limité, la radiothérapie fera partie du traitement de chimioradiothérapie.

Pour le cancer en stade étendu, la radiothérapie peut être palliative; autrement dit, être administrée dans le but de réduire la taille des tumeurs afin de soulager les symptômes comme les difficultés à avaler ou à respirer.

L'**Irradiation crânienne prophylactique (PCI – prophylactic cranial irradiation)** est un type de radiothérapie utilisé pour tuer les cellules cancéreuses présentes dans le cerveau. La PCI peut faire partie des plans de traitement pour le cancer en stade limité qui a bien réagi à la chimioradiothérapie, et pour le cancer en stade étendu qui a bien réagi à la chimiothérapie.

Comme l'indique son nom, la PCI est *prophylactique* – autrement dit, elle est utilisée pour *prévenir* la propagation du cancer au cerveau, un site courant de métastase pour le cancer du poumon à petites cellules. La PCI peut donc être utilisée même si les cellules cancéreuses ne sont pas visibles lors des radiographies ou des examens par balayage du cerveau, et elle peut réduire considérablement le risque de développement de métastases au cerveau. Si la présence de métastases au cerveau est confirmée, la radiothérapie externe est utilisée. Un effet potentiel du traitement de PCI concerne les risques de déclin cognitif à long terme. Ceci sera discuté avec vous avant d'entreprendre ces traitements

CHIRURGIE

À l'heure actuelle, la chirurgie n'est pas un élément standard des plans de traitement pour le cancer du poumon à petites cellules. Si le cancer du poumon à petites cellules est diagnostiqué au stade limité, et la tumeur est petite et peut être enlevée complètement, et les examens fonctionnels respiratoires indiquent qu'il est possible de faire l'ablation de la totalité ou d'une partie d'un poumon, la chirurgie peut être le premier traitement. Toutefois, de tels cas sont rares.

Lorsque la chirurgie fait partie du plan de traitement, l'ablation d'un lobe entier du poumon est généralement effectuée. Cela offre une plus grande chance d'enlever la totalité du cancer, comparativement à ce qui se passe lors de l'ablation de parties plus petites du poumon. Les ganglions lymphatiques voisins ou des échantillons de tissus sont également enlevés en même temps.



MÉDICAMENTS UTILISÉS POUR TRAITER LE CANCER DU POUMON

Les médicaments marqués par un astérisque (*) ci-dessous ne sont pas commercialement disponibles pour le traitement du cancer du poumon en date d'août 2017, et doivent être obtenus par accès spécial ou par l'entremise d'un essai clinique.

Il est encourageant de constater que le développement de traitements du cancer du poumon est un domaine de recherche où les progrès sont rapides. Avec le temps, des traitements deviendront disponibles en plus grand nombre.

Chimiothérapie	Carboplatine Cisplatine Cyclophosphamide Docétaxel Doxorubicine Étoposide	Gemcitabine Irinotécan Paclitaxel Pemetrexed Topotécan Vincristine Vinorelbine
Inhibiteurs de l'EGFR	Afatinib (Giotrif®) Erlotinib (Tarceva®)	Gefitinib (Iressa®) Osimertinib (Tagrisso®)
Inhibiteurs de l'ALK	Alectinib (Alecensaro®) Brigatinib (Alunbrig™)* Ceritinib (Zykadia®)	Crizotinib (Xalkori®) Lorlatinib*
Inhibiteurs du VEGF	Bevacizumab (Avastin®)	
Inhibiteurs du BRAF	Dabrafénib (Tafinlar®)	
Inhibiteurs du MEK	Tramétinib (Mekinist®)	
Inhibiteurs du ROS1	Crizotinib (Xalkori®)	
Inhibiteurs de point de contrôle immunitaire	Atézolizumab (Tecentriq™)* Avélumab (Bavencio®)* Durvalumab (Imfinzi™)*	Nivolumab (Opdivo®) Pembrolizumab (Keytruda®)

ESSAIS CLINIQUES

Un essai clinique (ou étude clinique) est un moyen d'étudier l'efficacité et l'innocuité des nouveaux traitements. Lorsqu'un traitement est prêt pour des essais cliniques, il a déjà fait l'objet de tests exhaustifs en laboratoire et lors d'études animales. Les essais cliniques eux-mêmes sont supervisés étroitement par des médecins et d'autres professionnels de la recherche, et ont été approuvés par Santé Canada. L'étude est également examinée par un comité d'éthique de la recherche, un groupe indépendant de professionnels de la recherche. Le comité veille à ce que l'étude satisfasse aux normes éthiques les plus élevées et soit effectuée en toute sécurité. Un mythe courant est que les volontaires dans les essais cliniques sont des «cobayes», ou que ces essais sont effectués en dernier recours. C'est faux. Si votre médecin vous a recommandé un essai clinique en particulier, c'est probablement la meilleure option pour votre situation, le stade de votre cancer ou son type. Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements sur les essais cliniques dans votre région à www.canadiancancertrials.ca et www.clinicaltrials.gov. Si vous souhaitez participer à un essai clinique ou savoir si un essai en particulier est approprié pour vous, discutez-en avec votre équipe de soins de santé. Posez-lui toutes vos questions, car elle est la mieux placée pour vous renseigner sur votre plan de traitement et vos options.

ESSAIS CLINIQUES : OUVRIR DE NOUVELLES POSSIBILITÉS

Le fait que je sois ici aujourd'hui en tant que survivant du cancer du poumon démontre les progrès qui ont été réalisés, et qui continuent d'être réalisés, dans les traitements de cette maladie. Lorsque j'ai reçu un diagnostic de cancer du poumon de stade IV, je n'avais entendu parler de personne qui ait survécu à cette maladie évoluée. Alors, lorsque j'ai entendu les mots : « Il n'y a pas d'espoir », je les ai crus, parce qu'à ce moment-là, ils étaient vrais.

Aujourd'hui, les mots sont « Il y a de l'espoir! » Grâce aux essais cliniques, des percées sont réalisées tous les jours. Une fois que vous ouvrez la porte à un nouveau traitement, d'autres portes commencent également à s'ouvrir lentement. Sans essais cliniques, ces portes resteront fermées.

Si vous avez l'occasion d'ouvrir une nouvelle porte, n'ayez pas peur. Faites-le. Et transmettez ces mots : *Il y a de l'espoir!*

— Lorne Cochrane, Atmore, Alberta



RISQUES ET AVANTAGES

Certains risques et avantages seront uniques à votre essai clinique spécifique, mais certains facteurs sont communs à tous les essais. Lorsque vous participez à un essai clinique, vous pouvez jouer un rôle plus actif dans vos soins et aider d'autres personnes en contribuant à la recherche médicale. Un essai clinique vous permettra d'avoir accès à de nouveaux traitements expérimentaux avant qu'ils ne deviennent largement disponibles. Vous recevrez des soins experts prodigués par des professionnels médicaux dans les meilleurs établissements de soins de santé.

En revanche, parce que le traitement que vous recevrez sera nouveau et expérimental, il ne sera pas nécessairement plus efficace que le traitement standard (le meilleur traitement actuellement offert). Ce traitement pourrait également avoir des effets secondaires inconnus, qui pourraient être plus graves que ceux du traitement standard.

Un essai clinique peut également exiger plus de temps de votre part. L'équipe de l'essai clinique pourrait souhaiter vous surveiller de très près et vous demander de lui rendre visite plus souvent ou de séjourner à l'établissement de soins de santé. Vous devrez peut-être suivre un programme de traitement plus compliqué ou subir des tests supplémentaires.

Le choix de participer ou non à un essai clinique est une décision importante. Discutez-en avec votre équipe de soins de santé et obtenez les renseignements pertinents, ce qui vous aidera à prendre cette décision et à vous sentir à l'aise.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Le formulaire de consentement éclairé est une ressource qui peut vous aider à évaluer les risques et les avantages d'un essai clinique. Le consentement éclairé fait partie des normes d'éthique suivies par les essais cliniques. En plus des risques et des avantages, ce document contient des renseignements importants sur l'étude, comme les traitements, les tests, les effets secondaires, la durée, et qui contacter si vous avez des questions.

Si vous choisissez de participer à un essai clinique, vous devrez signer le formulaire de consentement éclairé. Vous aurez également le droit de retirer votre consentement et de quitter l'essai clinique à n'importe quel moment.

PHASES DES ESSAIS CLINIQUES

On attribue une phase à tous les essais cliniques. Seuls les médicaments qui satisfont aux critères stricts d'innocuité et d'efficacité peuvent passer à la phase suivante. Ce processus signifie qu'un médicament qui vient de commencer les essais cliniques peut mettre cinq ans ou plus avant d'être disponible commercialement pour tout le monde.

Les essais de phase 1 (ou I) permettent de déterminer les doses sécuritaires d'un médicament ou d'une association de médicaments, à quelle fréquence il doit être pris, et ses effets secondaires. Ces essais peuvent également tester l'efficacité d'une formulation différente d'un médicament existant, ou tester les effets d'un médicament approuvé sur un autre type de cancer.

Les essais de phase 2 (ou II) évaluent l'efficacité d'un médicament contre un certain type de cancer en utilisant la dose sécuritaire établie lors de l'essai de phase 1. Les chercheurs peuvent également comparer les efficacités de différentes doses. Bien entendu, ils continueront à surveiller l'innocuité et les effets secondaires du médicament.

Les essais de phase 3 (ou III) comparent le nouveau médicament au traitement standard. Le médicament peut être testé seul ou en association avec d'autres médicaments. Ces essais comprennent souvent un grand nombre de participants (entre des centaines et des milliers) et sont effectués dans plusieurs hôpitaux différents en même temps (un essai multicentrique).

Les essais de phase 4 (ou IV) ont lieu une fois qu'un médicament a été approuvé par des organismes de réglementation comme Santé Canada. Les chercheurs recueillent de plus amples renseignements concernant l'efficacité et les effets secondaires du médicament dans le cadre d'une utilisation de longue durée dans un milieu clinique réel. Les essais de phase 4 impliquent également un grand nombre de participants, qui sont parfois les mêmes que ceux qui ont participé aux essais de phase 3 du médicament.

MOTS COURAMMENT UTILISÉS POUR DÉCRIRE LES ESSAIS CLINIQUES

Protocole – un document rédigé avant le début d'un essai clinique, qui contient des renseignements détaillés comme la raison de l'essai clinique, ses objectifs, qui peut participer (les **critères d'admissibilité**), la manière dont il se déroulera et la manière dont il permettra de déterminer l'efficacité du médicament expérimental.

Indicateurs de résultats – facteurs mesurables qui permettent aux chercheurs de déterminer si le médicament expérimental est efficace et si les objectifs de l'essai ont été atteints. Ils sont déterminés et définis avant le début de l'essai clinique.

Randomisé – les participants sont affectés à différents groupes de façon aléatoire (ou au hasard). Les participants affectés au groupe **expérimental** reçoivent un nouveau médicament ou une association de médicaments, tandis que ceux affectés au groupe de **contrôle** reçoivent le traitement standard actuel ou un placebo. Un placebo est une substance inactive qui a la même apparence que le traitement expérimental et qui est administré de la même façon. L'utilisation d'un placebo empêche le patient et l'équipe de soins de santé de savoir quel traitement est administré. C'est un des moyens par lesquels les essais évitent le biais.

Ouvert – les participants et les chercheurs savent quel traitement est administré. Aucun placebo n'est utilisé.

À l'insu – les participants ne savent pas s'ils reçoivent le médicament expérimental, un autre traitement ou un placebo. Lors d'un essai **à double insu**, ni les participants ni les chercheurs ne savent à quel groupe les participants ont été affectés. C'est un des moyens par lesquels les essais évitent le biais.

TYPES D'ESSAIS CLINIQUES

Les **essais de traitement** évaluent de nouveaux traitements du cancer. Il s'agit des essais les plus courants pour les personnes atteintes de cancer.

Les **essais de prévention** étudient des façons de prévenir le cancer chez les personnes en bonne santé, celles qui présentent un risque élevé de cancer ou celles qui ont des antécédents de cancer. Les participants à de tels essais ne sont pas atteints de cancer lors de l'essai.

Les **essais de dépistage** évaluent des façons de détecter le cancer aux stades précoces, avant même qu'ils provoquent des signes ou des symptômes. Les participants à de tels essais présentent un risque élevé de développer un cancer.

Les **essais de diagnostic** recherchent de meilleures façons de diagnostiquer le cancer ou d'en déterminer le stade.

Les **essais de soins de soutien** ou les **essais de qualité de vie** recherchent des façons d'améliorer la vie et le confort des personnes atteintes de cancer et des survivants du cancer; par exemple, avec de nouvelles techniques permettant de réduire les symptômes et les effets secondaires.

QUESTIONS À POSER À VOTRE ÉQUIPE D'ESSAI CLINIQUE

- Pourquoi cette étude est-elle une bonne option pour moi?
- Quel est le but de l'étude?
- Qui seront les participants à l'étude?
- Pourquoi les chercheurs pensent-ils que le traitement expérimental sera efficace? A-t-il déjà été testé?
- Quelles sortes de tests et de traitements expérimentaux sont requis?
- Comment les risques, les effets secondaires et les avantages possibles du traitement expérimental se comparent-ils à ceux de mon traitement actuel?
- Que se passe-t-il si je reçois le placebo, le médicament de contrôle ou la chimiothérapie au lieu du traitement expérimental? Aurai-je l'occasion de recevoir le traitement expérimental plus tard?
- Qui sera responsable de mes soins?
- Quel pourrait être l'effet de cet essai sur ma vie quotidienne?
- Quelle sera la durée de l'essai?
- Un séjour à l'hôpital sera-t-il requis?
- Me remboursera-t-on mes dépenses?
- Quel type de soins de suivi de longue durée fait partie de cette étude?
- Comment est-ce que je saurai que le traitement expérimental fonctionne?
- Me remettra-t-on les résultats de l'étude?

LES SOINS PALLIATIFS NE SONT PAS DES SOINS EN FIN DE VIE

Un aiguillage vers les soins palliatifs ne signifie pas que votre oncologue vous abandonne. En fait, bon nombre de personnes atteintes de cancer reçoivent des soins palliatifs tôt, et en même temps que d'autres traitements comme la chimiothérapie et la radiothérapie.

Le traitement palliatif vise à améliorer la qualité de vie en réduisant les symptômes et en ralentissant la croissance du cancer. Le traitement palliatif peut comprendre la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie, l'immunothérapie et les traitements ciblés, ainsi que la gestion de la douleur, l'oxygénothérapie, le soutien psychosocial et de nombreuses autres approches.

Les soins palliatifs sont organisés de différentes façons dans différents hôpitaux, mais ils peuvent inclure des services de consultation pour patients hospitalisés, où les patients qui séjournent à l'hôpital sont vus; un service de consultation ambulatoire, où le patient se rend à une clinique; ou des services de visite à domicile.

Comme votre équipe habituelle de traitement du cancer, l'équipe de soins palliatifs est également multidisciplinaire et compte différents membres. Elle comprendra un médecin et une infirmière en soins palliatifs, et peut également inclure un travailleur social et un psychiatre. Vous pouvez également bénéficier de toute ressource locale offerte.



LA VIE AVEC
LE CANCER
DU POUMON



LA VIE AVEC LE CANCER DU POUMON

Un diagnostic de cancer du poumon et les traitements qui s'ensuivent représentent un lourd fardeau à porter. Bien que vous ayez peut-être cette impression de temps à autre, sachez que vous n'avez pas à porter ce fardeau seul. Votre famille et vos amis voudront être là pour vous et vous fournir une aide utile pendant cette période difficile. Parfois, les personnes qui vous entourent ne savent pas trop ce qu'elles peuvent faire, mais ce qui est certain, c'est qu'elles veulent aider.

Demandez de l'aide. Ne vous isolez pas. Dites ce dont vous avez besoin et le moment où vous en avez besoin. Peu importe de quoi il s'agit : vous accompagner à un rendez-vous avec le médecin, aller faire l'épicerie, ou décrocher le téléphone lorsque vous avez besoin de parler à quelqu'un. Vous pouvez également obtenir de l'aide de la part de plusieurs organisations et services qui se spécialisent dans la prestation d'aide aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches.

VOTRE SANTÉ MENTALE

Les façons dont le cancer et votre traitement vous affectent physiquement, émotionnellement et socialement créeront assurément beaucoup de stress psychologique. Pendant cette période, il est courant de se sentir angoissé et déprimé et d'avoir peur. Il est particulièrement de demander de l'aide et de trouver des stratégies efficaces pour faire face à ces sentiments.

Évitez de réprimer vos sentiments et d'avoir un visage souriant pour protéger les personnes qui vous entourent. Vos proches vous aiment beaucoup et veulent vous aider, quelle que soit la façon dont vous vous sentez.

Le soutien peut provenir de professionnels qualifiés dans votre équipe de traitement, de vos proches et de groupes d'entraide. Ensemble, vous pouvez trouver des stratégies efficaces qui vous seront utiles. Cela peut inclure la relaxation, les techniques de gestion du stress, les médicaments et les services de conseils.

Les « Peer-to-Peer Navigators » de Cancer pulmonaire Canada sont des survivants du cancer pulmonaire et des personnes de soutien (membres de la famille et personnes soignantes) qui ont fait l'expérience de la maladie. Ils savent à quel point la vie avec cancer du poumon peut être difficile. Ces bénévoles offrent du mentorat, de l'encouragement, des conseils, leur expérience et de l'espoir à toute personne qui vient de recevoir un diagnostic ou qui a besoin d'un soutien supplémentaire par l'entremise d'un contact individualisé et personnel. Rendez-vous à www.lungcancercanada.ca/Get-Involved/Peer-To-Peer.aspx (en anglais).

MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE ET MÉDECINE PARALLÈLE

Pour de nombreuses personnes atteintes de cancer, la médecine complémentaire et la médecine parallèle sont utiles pour les aider à mieux gérer leur cancer et lui faire face. Parmi les thérapies complémentaires ou parallèles populaires, on peut citer l'acupuncture, le massage, la méditation, le qi gong et le yoga. Si vous songez à faire ces activités, trouvez des praticiens compétents et des centres qui prendront vos besoins en considération.

Il est également très important de parler de vos activités à votre médecin, surtout si vous prenez des suppléments nutritionnels ou à base d'herbes. Certains suppléments, y compris les vitamines et les antioxydants, peuvent nuire aux médicaments que vous fait prendre votre médecin.



LA VIE AVEC LE CANCER DU POU MON : LES PÉRIODES PÉNIBLES ONT UNE FIN

Je n'ai pas l'intention d'embellir la situation : vivre avec le cancer du poumon est la chose la plus difficile que j'ai jamais vécue. Mais elle a également été enrichissante. Elle a transformé ma perspective sur le monde et m'a permis de voir les choses différemment. Il y a aura des périodes pénibles, mais elles auront une fin. Je sais d'expérience que la vie redeviendra « normale ».

Il n'est pas facile de rester mentalement forte et optimiste lors d'une lutte contre le cancer, mais il est important de faire l'effort. Ne réprimez jamais vos émotions. Prenez contact avec votre système de soutien composé de membres de la famille, d'amis et de médecins pour leur dire comment vous vous sentez, que ce soit bien ou mal.

Lorsque j'ai subi des traitements contre le cancer en tant que mère d'un jeune enfant, j'étais également aux prises avec une fatigue intense et de l'essoufflement. C'était mon corps qui me disait que j'avais besoin de me reposer. Et c'était correct! C'était aussi correct de demander de l'aide lorsque j'en avais besoin!

Le cancer du poumon a mis à l'épreuve la force de mon esprit et de celui de ma famille. Nous en sortons plus forts!

— Kayla Bradford, Ottawa, Ontario



GESTION DES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

En vivant avec le cancer du poumon, vous serez parfois essoufflé et très fatigué, et vous constaterez que vous ne pouvez pas faire tout ce que vous faisiez auparavant. Ces symptômes affecteront votre mode de vie, votre humeur et même votre capacité à effectuer certaines activités routinières quotidiennes.

La bonne nouvelle est qu'il existe des changements simples que vous pouvez apporter et qui vous aideront à conserver votre temps et votre énergie pour les activités que vous aimez réellement. C'est essentiellement une approche

rationnelle de la vie. Cela vous aidera à garder le contrôle sur votre vie et vos activités, au lieu de laisser les symptômes dicter ce que vous pouvez et ne pouvez pas faire.

Suivez les étapes ci-dessous pour découvrir les activités que vous pouvez faire et l'horaire que vous pouvez maintenir. Vous n'avez pas à faire cela tout seul. Collaborez avec votre famille ou vos personnes soignantes pour voir ce qui sera le mieux pour vous.

Examinez votre mode de vie. Pensez à une journée typique et dressez la liste des activités que vous trouvez difficiles et de celles qui semblent aggraver vos symptômes : par exemple, vous pencher pour atteindre des surfaces basses, rester debout ou marcher pendant une certaine période.

Déterminez les activités qui présentent des problèmes. Passez en revue les activités qui figurent sur votre liste et essayez de trouver un thème commun : par exemple, les activités qui vous obligent à vous dépêcher, par exemple pour répondre au téléphone, ou l'heure de la journée à laquelle vous vous sentez le plus fatigué.

Modifiez votre environnement. Par exemple, installez votre téléphone près des endroits où vous avez tendance à passer le plus de temps, ou mettez les objets à portée de la main pour que vous n'ayez pas à faire d'effort pour les atteindre.

Utilisez de l'équipement de soins personnels. Par exemple, s'il est difficile pour vous de rester debout pour prendre une douche, procurez-vous une chaise de bain ou un banc réglable.

Prenez votre temps. Prévoyez suffisamment de temps pour effectuer une tâche ou une activité. Ne vous hâtez pas, et ne sentez pas que vous devez suivre les autres. Soyez indulgent envers vous-même. Apprenez votre niveau de tolérance pour des activités comme rester assis, rester debout, marcher et parler. Si vous reconnaissez vos capacités et vos limites, vous saurez quand vous arrêter avant de devenir trop fatigué ou essoufflé.

Éliminez les tâches inutiles. Planifiez. Organisez vos fournitures et votre espace de travail pour réduire les déplacements. Si vous rangez les articles à l'étage ou dans la pièce où ils seront utilisés le plus souvent, vous éviterez de marcher ou de grimper les escaliers inutilement. Vous pouvez également effectuer plusieurs tâches à un endroit avant de passer au suivant.



Demandez de l'aide et acceptez celle qu'on vous offre. Vos amis et votre famille veulent vous aider et vous soutenir, mais ils ne savent peut-être pas exactement ce qu'ils peuvent faire pour vous spécifiquement. Discutez-en avec eux et dressez un plan ensemble.

Conservez votre énergie. Le cancer du poumon et ses traitements peuvent vous faire ressentir une fatigue intense. Pendant de telles périodes, il est acceptable de réduire vos activités et de dire non de temps à autre. Conservez votre énergie pour ce que vous aimez réellement faire.

Établissez des priorités. Examinez vos activités pour la journée et classez-les par ordre d'importance. Il est important de ne pas trop disperser vos efforts.

Créez des horaires. Planifiez chaque jour et organisez votre semaine de façon à n'inclure que ce que vous pouvez accomplir de façon réaliste. Par exemple, alternez les tâches difficiles et les tâches faciles, planifiez vos périodes de repos, et déterminez le meilleur moment de la journée pour vos activités, y compris les activités sociales et les visites d'amis.

Prévoyez quelque chose que vous avez envie de faire. Lorsque vous préparez votre horaire, essayez d'inclure des activités quotidiennes ou hebdomadaires que vous aimez réellement : peut-être un souper hebdomadaire, un passe-temps, une soirée de jeux, ou du temps passé avec un proche. Le fait d'avoir hâte de faire quelque chose vous donnera plus d'énergie ou représentera une distraction bienvenue.

Modifiez progressivement vos routines. Commencez lentement et avec des choses faciles, puis voyez si vous pouvez en faire un peu plus chaque jour. Si vous n'y arrivez pas, ce n'est pas grave. Si vous vous sentez mal ou fatigué après avoir apporté un changement à votre routine, faites-en un peu moins pendant un jour ou deux.

PRENEZ SOIN DE VOUS-MÊME

Conservez des dossiers. Conservez de bons dossiers sur vos tests, vos traitements et vos ordonnances. Écrivez les coordonnées des membres de votre équipe de soins de santé.

COMMENT GÉRER LES SYMPTÔMES DU CANCER DU POUMON

Les symptômes présentés ci-dessous sont courants chez les personnes atteintes de cancer du poumon. Toutefois, l'expérience de chaque personne est différente, et votre propre expérience de ces symptômes, de leur intensité et de leur durée sera également différente.

Les soins palliatifs vous aideront à mieux gérer vos symptômes et à répondre à toute préoccupation qui demeure. Il est important de ne pas oublier que le fait de traiter vos symptômes avec des soins palliatifs ne signifie pas que votre médecin a cessé de traiter le cancer lui-même. En fait, la réception précoce de soins palliatifs peut améliorer votre qualité de vie, votre humeur et votre capacité à faire face à vos traitements.

Il existe de nombreuses façons de gérer ses symptômes. Des changements à votre mode de vie, des techniques de soulagement des symptômes et des médicaments peuvent tous contribuer à minimiser les effets des symptômes sur votre bien-être et votre qualité de vie. Votre équipe de traitement travaillera avec vous pour voir ce qui vous conviendra le mieux. Meilleure sera la gestion de vos symptômes, meilleurs seront votre qualité de vie et les résultats de votre traitement.

Certains symptômes, comme l'essoufflement, peuvent mettre la vie en danger s'ils ne sont pas traités. Il est donc très important de maintenir un dialogue honnête avec votre équipe de traitement concernant vos symptômes et leur traitement (et les effets secondaires de ces derniers). Il peut être utile de garder la trace de vos symptômes, du moment et de l'endroit où vous les ressentez, de leur fréquence et de leur gravité. Vous pouvez utiliser un carnet ou une application sur un téléphone intelligent : choisissez l'option la plus accessible et la plus facile à consulter.

DOULEUR

La douleur peut être un symptôme causé par le cancer du poumon lui-même – par exemple, lorsqu'une tumeur exerce de la pression sur d'autres organes ou nerfs dans votre corps, ou elle peut être un effet secondaire d'un traitement, comme une opération chirurgicale.



Il existe de nombreuses façons de soulager la douleur : procédures médicales, médicaments, radiothérapie palliative, chimiothérapie, traitements parallèles comme l'acupuncture et la massothérapie, et stratégies comportementales comme la méditation. Votre équipe de soins de santé vous aidera à trouver les approches qui seront les plus utiles pour vous et vous pourrez discuter ensemble de leurs avantages et de leurs risques.

En plus de vous faire mal physiquement, la douleur peut également affecter votre bien-être mental. Et le bouleversement émotionnel peut aggraver votre douleur physique. Il est très important d'en parler à votre équipe de traitement et à vos proches. Vous n'avez pas à vivre cela seul.

ESSOUFFLEMENT

L'essoufflement, ou dyspnée, peut être léger et vous faire haleter juste un peu ou ne se produire qu'à l'occasion; et dans des cas extrêmes, il peut être suffocant ou constant. En raison de l'essoufflement, il peut parfois être difficile d'effectuer des activités normales, comme s'habiller et cuisiner. Vous pourriez vous sentir plus fatigué, inquiet et bouleversé. Lorsque vous êtes essoufflé, vous pouvez contracter les muscles thoraciques pour respirer, respirer plus rapidement, ou ressentir un sentiment de crainte, de panique ou de gêne.

Votre médecin utilisera une combinaison de traitements selon la cause de votre essoufflement. Par exemple, si vos symptômes sont constants, votre médecin pourrait prescrire des analgésiques opioïdes (appelé plus communément de la morphine), ou vous pourriez subir des procédures ou traitements médicaux pour réduire ou détruire les tumeurs qui bloquent vos voies respiratoires, ou pour soulager la pression causée par le liquide qui s'est accumulé dans votre cavité thoracique. Vous pourriez également recevoir de l'oxygène supplémentaire provenant d'une bouteille d'oxygène, ou des médicaments pour vous aider à vous détendre et à réduire votre angoisse.

Le médecin suggérera également des choses que vous pouvez faire tous les jours pour mieux respirer. Par exemple, des exercices légers pour améliorer le débit d'oxygène vers votre sang, la méditation et l'utilisation de médicaments qui ouvrent vos bronches (bronchodilatateurs). Vous devriez également éviter de fumer et éviter aussi les endroits pleins de fumée.

Vous trouverez d'autres conseils concernant ce que vous pouvez faire pour réduire ce symptôme à www.bit.ly/LCCSoBrt.

FATIGUE

La fatigue est un symptôme très courant du cancer, ainsi qu'un effet secondaire de nombreux traitements du cancer du poumon. Votre corps subit beaucoup de stress physique. Il lutte contre le cancer, il lutte pour se guérir, et il fait concurrence au cancer pour obtenir de la nutrition. Il essaie également de se guérir des effets secondaires de vos traitements du cancer du poumon. Les symptômes communs du cancer du poumon, comme l'essoufflement, la toux, la perte de poids et l'insomnie, peuvent aggraver la fatigue.

Le fait de se sentir constamment fatigué est également difficile pour votre bien-être émotionnel. Pendant cette période, soyez bon envers vous-même. Assurez-vous de bien manger et en quantité suffisante. Laissez-vous le temps de faire les choses que vous devez faire et celles que vous aimez faire. Ne vous forcez pas à faire trop d'activités. Reposez-vous pendant de courtes périodes et dormez suffisamment.

Parfois, rester inactif pendant toute la journée peut aggraver la sensation de fatigue; un programme régulier d'exercice léger, comme de courtes marches, peut s'avérer utile. De l'activité modérée (que vous pouvez faire tout en étant capable de tenir une conversation) pendant un maximum de 30 minutes la plupart des jours peut réduire la fatigue.

RESTEZ ACTIF

Vous êtes probablement au courant des avantages mentaux et physiques habituels de l'exercice. Le rôle de l'exercice pendant et après un traitement contre le cancer est tout aussi important.

Consultez votre médecin. Avant de commencer un programme d'exercice, demandez à votre médecin combien d'exercice vous devriez faire et les sortes d'activités physiques que vous devriez ou ne devriez pas faire.

Commencez lentement. Même des activités simples, comme la marche, peuvent aider. La marche est un exercice qui utilise le poids du corps, ce qui peut renforcer vos os. C'est particulièrement important si vous avez des métastases osseuses.



Faites-en un peu tous les jours. Il est plus important de faire un peu d'exercice tous les jours que d'en faire beaucoup, mais moins souvent. Vous pouvez même diviser votre exercice quotidien en quelques petites séances pendant la journée.

Rendez-le agréable. Vous n'avez pas besoin de faire une séance d'entraînement typique. Des passe-temps physiques, comme le jardinage, la randonnée, la danse ou la natation, sont tout aussi efficaces.

TOUX

La toux peut être provoquée par différents problèmes communs au cancer du poumon, comme l'irritation des voies respiratoires causées par la tumeur, l'obstruction des voies respiratoires, une pneumonie ou du liquide dans la cavité thoracique.

Selon sa cause, il existe différents moyens de traiter la toux. Ils comprennent le dégagement des obstructions des voies respiratoires ou la prise d'antibiotiques, d'antitussifs et d'opioïdes.

Si vous remarquez que votre toux a changé ou vous développez une nouvelle toux, parlez-en à votre équipe de soins de santé.

QUAND APPELER VOTRE ÉQUIPE DE SOINS DE SANTÉ

- Lorsque votre respiration devient plus laborieuse sur une courte période.
- En plus des problèmes respiratoires, vous vous sentez étourdi ou vous remarquez que votre fréquence cardiaque a augmenté ou que votre peau est très pâle. Cela peut indiquer que vos taux sanguins sont bas et que vous avez peut-être besoin d'une prise de sang.
- Vous éprouvez des difficultés à respirer et vous vous sentez très nerveux.
- Vous avez une douleur à la poitrine qui apparaît soudainement, qui est nouvelle ou qui augmente.
- Vous avez une fièvre de 38 °C ou plus.
- Vous vous sentez soudainement essoufflé au réveil.
- Vous avez une toux qui est nouvelle ou qui s'aggrave.
- Votre respiration est bruyante.

NUTRITION

Votre corps aura besoin de beaucoup d'énergie pour faire face aux effets du cancer du poumon et de ses traitements. Pendant cette période, assurez-vous de manger suffisamment, de bien manger, et de rester hydraté. C'est parfois difficile à faire. Vous aurez peut-être l'impression de ne pas avoir assez d'énergie, d'appétit ou de temps pour vous occuper de vos besoins nutritionnels. Toutefois, il est très important de conserver ses forces. Vous vous sentirez moins fatigué et plus apte à vaquer à vos activités quotidiennes.

La planification vous aidera lors des périodes difficiles, où vous n'aurez pas assez d'énergie pour faire les courses et cuisiner. Vous pouvez préparer des repas et les congeler, ou accumuler des repas congelés préparés avant votre traitement. Ces repas devraient être mous et avoir une saveur neutre, au cas où vous auriez des effets secondaires comme un mal de gorge, des ulcères buccaux ou des maux d'estomac.

Pendant le traitement, acceptez (et demandez) l'aide de votre famille et vos amis. Ensemble, vous pouvez dresser une liste des choses qu'ils peuvent faire pour vous faciliter la vie. Laissez l'amie qui est une bonne cuisinière vous apporter un repas. Un chaudron de soupe ou une casserole livrés à votre porte lorsque vous êtes fatigué peut faire toute la différence entre manger et sauter un repas. Un ami qui n'aime pas cuisiner peut faire votre épicerie.

Si vous éprouvez beaucoup de difficultés à conserver une alimentation saine, demandez à consulter un diététiste dans votre centre de traitement. Vous pouvez également trouver un diététiste qui est spécialiste en cancer sur le site Web des Diététistes du Canada (www.dietitians.ca).

MINIMISER LA PERTE DE POIDS

Il est important de maintenir un poids sain. En raison des exigences énergétiques que le cancer et le traitement imposent à votre corps, vous aurez besoin d'absorber beaucoup de calories.

Des aliments riches en énergie, qui ont une teneur élevée en glucides et en graisses, vous seront utiles. Cela inclut des aliments comme les muffins, le pain, les pâtes, les barres granola, la crème glacée, les laits frappés, les noix et les beurres de noix, et le fromage.



Vous pouvez également incorporer des ingrédients à riches en calories à vos recettes. Faites frire les aliments dans l'huile ou ajoutez du beurre aux soupes, aux ragoûts et aux casseroles. Mettez de la sauce et du beurre sur la purée de pommes de terre. Utilisez de la mayonnaise ordinaire dans les sauces à salade et les sandwichs. Mangez de la confiture, du miel et du sirop au petit déjeuner. Garnissez vos plats avec du fromage. Mangez des noix et des fruits séchés comme collation. Mettez de la crème glacée et de la crème fouettée sur les desserts. Mettez du beurre d'arachides, du lait entier ou de la crème dans vos smoothies.

N'attendez pas d'avoir faim pour manger. Mangez ce qui vous fait envie à ce moment-là. Votre appétit est généralement plus grand au début de la journée. Profitez-en en faisant du déjeuner votre repas le plus important de la journée. Ensuite, mangez de petites quantités d'aliments à différents moments de la journée. Il sera peut-être plus facile de manger plusieurs petits repas pendant la journée plutôt que quelques gros repas.

Si vous n'arrivez pas à manger suffisamment pendant la journée, consultez un diététiste au sujet de suppléments nutritifs (comme Boost® ou Ensure®). Celui-ci peut également vous fournir des conseils concernant les suppléments de vitamines et de minéraux.

MANGER SUFFISAMMENT DE PROTÉINES

Les protéines sont très importantes pour le rétablissement de votre corps : elles sont essentielles au développement de nouvelles cellules saines, à la réparation de tissus endommagés, et au maintien d'un système immunitaire fort.

Assurez-vous de manger beaucoup d'aliments riches en protéines, comme le poisson, la volaille, la viande rouge maigre, les œufs, le lait entier, le yogourt, le fromage, les noix et les beurres de noix, les haricots, les pois, les lentilles, les aliments au soja et la gélatine. Incorporez ces aliments dans vos recettes. Par exemple, vous pouvez ajouter du lait en poudre à des plats crémeux, aux soupes à la crème et à la purée de pommes de terre, mettre du fromage dans vos œufs brouillés et vos casseroles; et ajouter des œufs à vos sandwichs et vos salades. Si vous constatez que la viande a un goût métallique, vous pouvez tout de même manger du poisson, des œufs, des produits laitiers, des haricots, du tofu et du lait de soja. Vous pouvez masquer le goût métallique en faisant mariner la viande dans du jus d'orange, du jus de citron, une vinaigrette à l'italienne, du vinaigre, une sauce aigre-douce, du vin, de la sauce soja ou de la sauce teriyaki. L'utilisation

d'ustensiles en plastique et de plats de cuisson en verre peut également contribuer à réduire le goût métallique.

RESTER HYDRATÉ

Votre corps aura besoin de liquides pour rester en bonne santé, pour se remettre d'effets secondaires comme les vomissements ou la diarrhée, et pour expulser les produits secondaires toxiques des médicaments.

Il est parfois très facile de se déshydrater accidentellement : vous devriez donc boire beaucoup de liquides, à savoir entre huit à douze tasses par jour. Vous pouvez boire de l'eau, du lait et du jus, ainsi que des aliments qui contiennent de l'eau, comme des soupes, des sucettes glacées et de la gélatine.

Évitez les boissons qui contiennent de la caféine, comme le thé, le café et certaines boissons gazeuses. Discutez de la consommation d'alcool avec votre équipe de traitement : certains médicaments peuvent avoir des interactions avec l'alcool.

GÉRER LA PERTE D'APPÉTIT

Il est très fréquent de constater que ses goûts et ses préférences alimentaires ont changé après un traitement. Il est possible que vous ayez envie d'aliments que vous mangiez rarement autrefois, et que vous ne puissiez plus tolérer des aliments dont vous raffoliez.

Si vous êtes sensible aux odeurs alimentaires, essayez de manger des aliments froids ou à la température de la pièce. Les aliments servis chauds ont souvent une odeur forte. Vous pouvez également choisir des aliments qui n'ont pas besoin d'être cuits, comme des sandwichs froids, des craquelins et du fromage, du yogourt et des fruits, et des céréales froides et du lait.

Brossez-vous les dents et utilisez la soie dentaire pour vous débarrasser des mauvais goûts dans votre bouche. Rincez-vous la bouche avec une solution de bicarbonate de soude (1/4 de cuiller à thé dans une tasse d'eau) pour rincer les papilles gustatives avant de manger et après.



COMMENT PARLER DU CANCER

Parler de votre cancer peut être une chose très difficile. Les personnes qui vous entourent auront beaucoup de questions : concernant votre cancer, votre traitement, la façon dont vous vous sentez et ce dont vous avez besoin. Votre équipe de soins de santé vous fournira beaucoup d'information concernant votre maladie et pourrait vous demander de prendre des décisions concernant votre traitement. Vous vous demandez peut-être comment dire aux gens comment vous vous sentez, sur le plan physique et sur le plan mental. Cela peut être accablant.

Si vous ne savez pas exactement quoi dire ou comment le dire, ou même si vous devez en parler, sachez que vous n'êtes pas seul. Bon nombre de personnes atteintes du cancer ressentent de tels sentiments. Il est important de savoir qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise façon de parler de votre cancer. Chaque relation est unique et a sa propre dynamique. Nous espérons que les renseignements qui figurent ci-dessous vous aideront à trouver ce qui fonctionnera pour vous.

COMMENT PARLER À VOTRE ÉQUIPE DE SOINS DE SANTÉ

Il est très important de parler à votre équipe de traitement du cancer. Les renseignements qu'elle vous fournit vous aideront à prendre des décisions importantes concernant votre traitement. Et si vous parlez à votre équipe des questions pertinentes dans votre vie, cela l'aidera à comprendre les façons uniques dont le cancer du poumon vous affecte.

Le fait d'être un nouveau patient et de faire connaissance avec les nombreuses personnes de soins de santé qui composent votre équipe de traitement peut être très exigeant. Des sentiments de crainte et d'angoisse peuvent faire en sorte qu'il est difficile de comprendre et de se rappeler ce qu'ils disent lors des rendez-vous. Les conseils ci-dessous vous aideront à vous sentir plus en contrôle et mieux préparé pendant vos rendez-vous. Vous pouvez également vous faire aider de votre personne soignante ou d'un membre de la famille pendant vos rendez-vous.

Dressez une liste. Sachez le nom de chaque membre de votre équipe de traitement du cancer, sa spécialisation, et son numéro de téléphone.

Faites-vous entendre. Si vous ne comprenez pas quelque chose, dites-le. Il peut être utile de dire à votre médecin exactement ce dont vous avez besoin, par exemple une explication plus détaillée ou moins de jargon médical. Assurez-vous que vous avez bien compris. Vous pouvez dire des choses comme : « Ce que vous me dites, c'est que cette sorte de cancer réagit généralement mieux à la chirurgie qu'à la chimiothérapie ou la radiothérapie. Est-ce que j'ai bien compris? »

Posez des questions. À toutes les étapes de votre traitement, vous aurez de nombreuses questions. Posez des questions pour obtenir les renseignements dont vous avez besoin et vous aider à avoir l'impression de maîtriser les choses.

Écrivez-le. Écrivez les questions que vous souhaitez poser lors de votre prochain rendez-vous, et apportez la liste. Prenez des notes pour vous aider à vous souvenir de ce que le médecin ou l'infirmière a dit. Faites-vous accompagner d'un ami ou d'un membre de la famille qui peut prendre des notes et vous aider à interpréter ce qu'on vous a dit.

Enregistrez-le. Au lieu d'écrire les choses, vous trouverez peut-être qu'il est plus facile d'éviter et de faire un enregistrement sonore de vos rendez-vous. Vous pourrez écouter l'enregistrement plus tard si vous n'êtes pas sûr d'avoir bien compris ce dont vous avez discuté. Si vous choisissez d'enregistrer votre personnel de soins de santé, dites-le-lui toujours avant de le faire.

Partagez. Dites à votre équipe de soins de santé qui sont les personnes importantes dans votre vie et avec qui ils peuvent ou ne peuvent pas communiquer. Dites-leur si vous souhaitez obtenir des renseignements détaillés concernant tous les aspects de votre situation médicale, ou si vous préférez vous limiter à des renseignements généraux.

COMMENT PARLER À VOTRE FAMILLE ET VOS AMIS

Parler à votre famille et vos amis peut vous aider à absorber vos propres sentiments au sujet de votre cancer. Lorsque vous aurez décidé de leur en parler, pensez à ce que vous voulez partager avec eux et comment vous voulez le faire. Vous pourriez choisir de parler vous-même à votre famille immédiate et à vos amis, et de demander à un proche d'informer d'autres personnes.



Le fait d'apprendre votre diagnostic de cancer sera également difficile pour votre famille et vos amis. Ils feront face à la nouvelle de différentes façons et auront peut-être besoin d'un certain temps pour composer avec leurs propres sentiments au sujet de votre diagnostic.

Soyez vous-même. Bien que la conversation puisse être très difficile, n'oubliez pas que vous et la personne à qui vous parlez n'avez pas changé.

Soyez honnête. Ce que vous direz à votre famille et à vos amis concernant votre cancer doit correspondre à votre niveau de confort. Toutefois, ne pensez pas que vous devez cacher certains détails pour les protéger contre des sentiments douloureux.

Demandez-leur ce qu'ils savent déjà. Certaines personnes peuvent en savoir un peu sur votre diagnostic et votre traitement. Au lieu de commencer de zéro, vous vous sentirez peut-être plus à l'aise s'ils vous disent d'abord ce qu'ils savent déjà. Vous pouvez alors combler les lacunes à votre gré.

Faites-vous accompagner. Si vous avez déjà révélé votre diagnostic à un membre de la famille ou à un ami proche, il vous sera peut-être utile de bénéficier du soutien de cette personne pendant cette nouvelle conversation.

Si une personne reste silencieuse, ne vous en faites pas. Certaines personnes ne savent pas quoi dire immédiatement, et d'autres peuvent craindre de dire la mauvaise chose. Parfois, le simple fait d'être ensemble, en silence, suffit. Si le silence vous met mal à l'aise, vous pouvez lui demander ce qu'elles pensent ou s'il y a quelque chose qu'elles aimeraient savoir.

Parlez de ce qu'ils peuvent faire pour aider. Votre famille et vos amis voudront vous soutenir et prendre soin de vous, mais ils ne sauront peut-être pas comment. Dites-leur ce qu'ils peuvent faire pour vous aider, comme faire des courses, faites des tâches ménagères, vous accompagner à vos rendez-vous ou vous prêter une oreille attentive lorsque vous en avez besoin.

S'il y a des choses qu'ils ne devraient pas faire, dites-le-leur aussi.

Certaines personnes peuvent avoir de nombreuses questions concernant votre état de santé, mais vous n'aurez pas toujours envie d'en parler. Avec d'autres, cela pourrait être le début d'une conversation qui se poursuivra pendant tout votre traitement. Faites savoir à la personne avec qui vous parlez si elle peut vous poser des questions concernant votre santé, ou si vous préférez qu'elle attende que vous souleviez d'abord la question avec elle.

COMMENT PARLER AUX JEUNES ENFANTS

Lorsque vous parlez de votre cancer à de jeunes enfants, tenez compte de leur âge et du stade de leur développement. Il est également essentiel de leur dire la vérité. Si vos enfants vous entendent dire quelque chose de différent ou fournir des renseignements supplémentaires, ils sentiraient qu'on leur cache quelque chose.

Les travailleurs sociaux à l'école de vos enfants et à votre centre de traitement contre le cancer peuvent vous aider à décider quoi dire à vos enfants. Il est parfois possible d'organiser une visite de l'endroit où auront lieu vos rendez-vous et vos traitements. Le fait de voir l'endroit et de rencontrer le personnel soulagera peut-être certaines des angoisses muettes de vos enfants et leurs craintes concernant ce que vous vivrez pendant votre traitement.

Ne craignez pas de prononcer le mot *cancer*. Décrivez clairement l'endroit où votre cancer a été décelé. Il pourrait être utile pour certains enfants de leur faire un dessin simple pour leur montrer où se trouve la *bosse*.

Dissipez les mythes. Dites très clairement à vos enfants qu'ils n'ont pas causé votre cancer et que ce n'est pas contagieux. Bien que vos enfants ne vous posent peut-être pas directement la question, de nombreux enfants sont convaincus que ce sont leurs mauvais comportements ou leurs crises de colère qui vous ont fait du mal.

Parlez de votre plan de traitement. Vous pouvez décrire la radiothérapie comme étant *comme une radiographie* et la chimiothérapie comme un *médicament spécial*. Il est toutefois important de préciser que vos traitements contre le cancer ne sont pas identiques aux médicaments que prennent vos enfants ou à leurs radiographies dentaires, par exemple. Dites-leur à quelle fréquence seront vos rendez-vous et si vous devez parfois passer la nuit à l'hôpital.

Préparez-les pour les effets secondaires. Aidez vos enfants à comprendre à quoi ils doivent s'attendre lorsque vous revenez à la maison après un traitement. Expliquez-leur certains des effets secondaires possibles, comme la fatigue, la perte de cheveux et les nausées.

Dites-leur qui s'occupera d'eux. Une explication simple des plans mis en place pour s'occuper d'eux et leurs routines quotidiennes fera beaucoup pour qu'ils se sentent plus en sécurité et moins effrayés.



Poursuivez la conversation. Encouragez vos enfants à venir vous parler s'ils entendent quelque chose qui est différent de ce que vous leur avez dit. Rassurez-leur que vous serez toujours honnête avec eux. En même temps, expliquez à leurs gardiens, leurs enseignants et les membres de votre famille ce que vous leur avez dit. Le fait de fournir cette information aux personnes qui entourent vos enfants les aidera à soutenir vos enfants et à rester à l'écoute de tout changement de leur humeur ou leur comportement.

COMMENT PARLER À SES COLLÈGUES

Votre diagnostic de cancer et votre traitement sont des sujets très personnels. Les personnes à qui vous en parlez, ce que vous dites et comment vous le dites varieront en fonction de l'endroit où vous travaillez et de vos relations. Vous souhaitez peut-être le dire à certains de vos collègues ou à tous, ou seulement à votre superviseur ou à un représentant du service des ressources humaines. Au minimum, vous devrez expliquer toute absence prolongée ou changement dans votre apparence.

Il est complètement normal de se demander si le fait d'en parler à des collègues de travail rendra les choses inconfortables ou incitera certaines personnes à vous éviter. À l'opposé, il est possible que cela soit thérapeutique pour vous et que vous obteniez le soutien de vos collègues.

Vous devrez également vous demander comment vous annoncerez votre cancer à vos collègues de travail. Vous pourriez le dire en personne à quelques personnes, ou à un plus grand nombre de personnes lors d'une réunion. Vous pourriez envoyer un courriel, ou demander qu'on en envoie un en votre nom.

LORSQUE VOUS N'AVEZ PAS ENVIE DE PARLER

Bien qu'il soit important de maintenir un dialogue ouvert avec vos proches, il est compréhensible que vous n'ayez pas envie de parler de votre santé avec n'importe qui ou à n'importe quel moment. Il sera peut-être plus facile pour vous de faire face à la situation si vous vous concentrez sur vos activités et si vous restez occupé. (Il est toutefois important d'établir la distinction entre un tel mécanisme d'adaptation et la répression intentionnelle de ses sentiments.)

Dans de telles situations, il est acceptable de dire que vous n'avez pas envie de parler. Vous pourriez leur faire savoir que vous aimeriez mieux parler d'autre chose ou faire quelque chose d'autre à ce moment-là, ou que vous vous sentiriez plus à l'aise de leur parler plus tard. Dans certaines situations, il sera peut-être plus facile pour vous de fournir un peu d'information concernant votre santé ou la façon dont vous vous sentez, puis de changer le sujet.





PLANIFICATION DE LA FIN DE VIE

PLANIFICATION DE LA FIN DE VIE

Parfois, le cancer continue à croître de façon agressive, en dépit des meilleurs médicaments et des meilleurs soins disponibles. Lorsqu'on vous dira que la guérison n'est plus le but du traitement, vous ressentirez une foule d'émotions. Vous, et vos proches, vous pourrez vous sentir écrasés et vous devez faire face à cette nouvelle de différentes façons.

L'acceptation viendra avec le temps. Cela vous permettra de vous concentrer sur ce qui est important et sur la meilleure façon de passer le temps qui reste.

PLANIFICATION PRÉALABLE DES SOINS

Votre médecin pourrait vous fournir une estimation de votre durée de vie restante en se basant sur vos antécédents médicaux. Toutefois, c'est impossible à prédire avec exactitude. Certaines personnes vivent beaucoup plus longtemps que prévu, et d'autres meurent plus tôt.

Il sera peut-être prudent de créer un plan de soins, c'est-à-dire une description de vos volontés concernant vos soins de santé futurs. Ce plan guidera votre mandataire spécial (la personne à qui vous avez donné une procuration au cas où vous deveniez incapable de prendre vos propres décisions), par exemple si vous tombez dans le coma ou si votre maladie affecte votre capacité à prendre des décisions.

Vous créez votre plan de soins en discutant avec votre équipe de soins de santé et vos proches, et en réfléchissant à vos propres valeurs et convictions. Profitez de cette occasion pour discuter de vos préférences et de vos craintes. Par exemple, de nombreuses personnes atteintes de cancer craignent de finir leur vie dans la douleur ou de se sentir essouffées. Une discussion honnête contribuera à atténuer ces craintes.

Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements à <http://www.planificationprealable.ca>.

À ce point-ci, il est recommandé de prendre des décisions concernant une procuration, un testament, et le don d'organes, de tissus ou du corps. Vous pouvez également choisir de planifier vos funérailles ou votre service commémoratif, ou de discuter de vos volontés avec votre famille.

SOINS EN FIN DE VIE

Vous continuerez à recevoir des soins palliatifs afin de soulager vos symptômes et obtenir la meilleure qualité de vie possible. Vous pouvez recevoir ces soins à domicile, dans une clinique ou un hôpital, ou dans une maison de soins palliatifs. Il est important de ne pas oublier (et d'expliquer à vos proches) que votre choix de séjourner dans une maison de soins palliatifs ne signifie pas que vous n'avez pas envie de passer du temps à la maison ou que votre famille ne s'occupe pas bien de vous.

Les conversations avec votre famille et votre équipe de soins de santé vous aideront à déterminer le type de soins que vous aimeriez recevoir et à quel moment. Peut-être vous sentez-vous le plus à l'aise à la maison et vous avez envie d'y rester le plus longtemps possible, ou vous voudrez profiter du soutien et des soins médicaux supplémentaires qui vous sont offerts, ainsi qu'à vos proches, dans une maison de soins palliatifs.

Si vous envisagez de recourir à l'aide médicale à mourir, un membre de votre équipe de soins de santé pourra vous fournir de plus amples renseignements. De plus amples renseignements sont disponibles à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aide-medecale-mourir.html>.

DEUIL

Vous et vos proches ressentirez un sentiment de deuil profond : pas seulement une extrême tristesse, mais également de la colère, de la culpabilité, de la confusion et du déni. Il est important de ne pas ignorer ces sentiments et de ne pas vous isoler.

Parlez à votre famille, à un ami proche ou à un professionnel de la santé mentale : cela vous aidera à traiter les émotions compliquées et douloureuses que vous ressentirez. Cela prendra du temps, mais en partageant votre deuil, vous vous aiderez mutuellement à guérir et à soulager votre fardeau.

COMMENT PRÉPARER VOS ENFANTS

De nombreux parents de tous les âges évitent de parler de leur maladie ou de la mort, par amour et par besoin de protéger leurs enfants. Toutefois, les enfants réussissent mieux à faire face à la situation et sont plus résilients lorsque leurs parents leur expliquent la nature de la maladie et les rassurent en leur disant qu'ils ne seront pas abandonnés.

Si votre cancer ne réagit plus au traitement, dites-le à vos enfants : cela les aidera à s'adapter et à se préparer pour l'avenir. Des discussions familiales régulières concernant ce qui se passe dans vos vies peuvent représenter une occasion naturelle de tenir vos enfants au courant. Les travailleurs sociaux à l'école de vos enfants peuvent également aider et soutenir vos enfants pendant cette période difficile.

Expliquez les changements en utilisant des mots doux, directs, appropriés à l'âge et au stade de développement. Avec des jeunes enfants, vous pouvez utiliser des phrases comme *maman est plus malade*, *maman est très malade* au fur et à mesure que les choses changent, et plus tard, *maman est très, très malade et elle n'ira pas mieux*. Ces phrases transmettent le message que la maladie s'aggrave aident à faire progresser la compréhension de la maladie chez les enfants.

COMMENT PRÉSERVER DES SOUVENIRS

Pendant cette période, il y a beaucoup de choses que vous pouvez faire avec vos enfants pour vous rappeler le passé, réfléchir et créer de nouveaux souvenirs. Les suggestions ci-dessous peuvent représenter un investissement dans l'avenir de vos enfants et pourraient se révéler transformateurs pour leur bien-être et leur ajustement après votre mort.

- Faites un album de photos pour saisir vos moments préférés, ou parlez de ces souvenirs et écrivez ensemble dans un livre de souvenirs.
- Remplissez ensemble une boîte de souvenir avec des objets préférés qui rappelleront à vos enfants les meilleurs moments que vous avez passés ensemble. Écrivez des pensées et des histoires sur de petites cartes.
- Préparez des cartes de souhaits pour des occasions futures et des jalons où vos enfants penseront à vous vous regretteront : anniversaires, vacances, cérémonies de remise de diplôme, mariages, et naissance de leurs propres enfants. Vous pouvez également leur laisser des cadeaux ou des souvenirs pour des événements importants.
- Écrivez des lettres ou enregistrez des vidéos pour raconter à vos enfants vos espoirs pour leur avenir et leur transmettre des conseils dont ils auront besoin à différentes étapes de leur vie. Bien que vous ne serez plus là physiquement, vous serez là en esprit et dans leurs pensées.



RESSOURCES

Il existe un grand nombre d'excellents organismes qui soutiennent les personnes atteintes de cancer et leurs proches et qui leur fournissent des ressources et un réseau. Vous en trouverez quelques-uns ci-dessous.

CANCER PULMONAIRE CANADA

www.lungcancercanada.ca

Cancer pulmonaire Canada est un organisme de bienfaisance national. Nous sommes la plus importante ressource canadienne en matière d'éducation sur le cancer du poumon, de soutien, de recherche et de défense des droits. Nous offrons une gamme de ressources afin de renseigner et de soutenir les personnes atteintes de cancer du poumon et leurs familles.

- Notre site Web est une source fiable et à jour d'information et de nouvelles sur le cancer du poumon.
- Notre bulletin d'information, *Connexion cancer pulmonaire*, explore des sujets intéressants pour toute la communauté du cancer du poumon.
- Notre bibliothèque de ressources permet d'accéder à des renseignements spécialisés.
- Notre présence sur les médias sociaux, nos forums de discussion et les histoires de patients publiées sur notre site fournissent des occasions d'établir des liens et de s'entraider.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER

www.cancer.ca

La Société canadienne du cancer est un organisme communautaire national composé de bénévoles. Elle travaille pour prévenir le cancer, financer la recherche sur le cancer, et habiliter, renseigner, soutenir et améliorer la vie des Canadiennes et Canadiens atteints de cancer. Voici ce qu'elle offre :

- Des réponses de son Service d'information sur le cancer
- Le soutien de sa communauté en ligne de patients et de personnes soignantes, et le soutien des pairs

- Quelqu'un pour reconduire les patients pour leur traitement
- Un soutien pratique dans certains centres de traitement et loges
- De l'aide pour arrêter de fumer de son service Téléassistance pour fumeurs (1 877 513-5333, www.smokershelpline.ca)

WELLSPRING

www.wellspring.ca

Wellspring est un réseau de centres communautaires d'entraide qui offre des programmes et des services permettant de répondre aux besoins émotionnels, sociaux, pratiques et réparateurs des personnes atteintes de cancer et de ceux qui en prennent soin. Les programmes de Wellspring sont gratuits.

ASSOCIATION PULMONAIRE DU CANADA

www.lung.ca

L'Association pulmonaire du Canada fait la promotion de la santé pulmonaire, ainsi que de la prévention et de la gestion des maladies pulmonaires. Elle finance de la recherche, préconise des politiques et fournit un soutien aux patients.

GILDA'S CLUB

Gilda's Club fournit une communauté sociale aux personnes atteintes de cancer, à leurs familles et à leurs amis. Les sections locales offrent du soutien et de l'éducation dans un milieu chaleureux et sont accessibles gratuitement.

GLOSSAIRE

Adénocarcinome

Le type le plus courant de cancer du poumon non à petites cellules.

Alvéoles

Sacs d'air microscopiques où l'oxygène contenu dans l'air respiré pénètre dans le sang et où le dioxyde de carbone est extrait du sang.

Anémie

Maladie dans laquelle le sang ne contient pas suffisamment de globules rouges ou d'hémoglobine (molécules qui transportent l'oxygène), ou a un volume total insuffisant.

Anesthésique général

Médicament qui provoque un sommeil profond et une absence de douleur dans tout le corps.

Anesthésique local

Médicament qui provoque une perte de douleur et de sensation dans une petite région du corps.

Aspiration à l'aiguille

Prélèvement de tissu ou de liquide au moyen d'une aiguille fine.

Bénin/Bénigne

Non malin ou non cancéreux.

Bilobectomie

Opération chirurgicale qui enlève deux lobes d'un poumon.

Biopsie

Prélèvement de tissu dans le but de diagnostiquer la présence d'un cancer.

Biopsie au trocart

Prélèvement de tissu au moyen d'une aiguille creuse (prélèvement plus gros qu'avec une aspiration à l'aiguille).

Brachythérapie

Traitement radiothérapeutique où la source de rayonnement est introduite dans la zone à traiter ou près de celle-ci. L'accès au site de traitement se fait par les bronches. Également appelé *radiothérapie endobronchique*.

Bronches

Les branches principales permettant le passage de l'air entre la trachée et les poumons.

Bronchiole

Petite branche à paroi mince d'une bronche.

Cancer du poumon métastatique

Cancer du poumon évolué qui s'est propagé de la tumeur primaire située dans le poumon vers d'autres parties du corps.

Cancer du poumon à petites cellules

Une des principales catégories du cancer du poumon.

Cancer du poumon « non à petites cellules »

Une des principales catégories du cancer du poumon. Elle comprend trois grandes sous-catégories : adénocarcinome, carcinome épidermoïde et carcinome à grandes cellules.

Carcinogène

Se dit d'une substance pouvant causer le cancer.

Carcinoïde

Tumeur rare au développement lent qui apparaît dans les cellules productrices d'hormones situées dans la paroi des bronches et des bronchioles.

Carcinome à grandes cellules

Type rare de cancer du poumon « non à petites cellules ».

Carcinome épidermoïde

Type de cancer du poumon « non à petites cellules ».

Chimioradiothérapie

Traitement qui combine la chimiothérapie et la radiothérapie.

Chimiothérapie

Traitement du cancer par des agents chimiques qui détruisent les cellules malignes ou nuisent à leur croissance et à leur division.

Chirurgie thoracique assistée par vidéo (VATS)

Chirurgie thoracique effectuée avec l'aide d'une caméra vidéo.

Classification TNM

Un système utilisé pour classer l'étendue du cancer. Il tient compte de la taille de la tumeur et de la propagation du cancer vers les ganglions lymphatiques et d'autres parties du corps.

Degré de différenciation

Terme utilisé pour décrire dans quelle mesure les cellules cancéreuses semblent anormales (ou différentes de cellules saines) au microscope.

Diaphragme

Une mince feuille de muscle et de tissu qui sépare la cavité thoracique et les organes qu'elle contient des organes situés en dessous, dans l'abdomen.

Doublet de chimiothérapie

Traitement avec deux médicaments chimiothérapeutiques administrés en association.

Embole

Une particule anormale, comme une bulle d'air ou un morceau de caillot, qui circule dans le sang.

Embolie pulmonaire

Obstruction d'une artère dans le poumon ou d'une de ses branches par un caillot.

Épanchement pleural

Accumulation de liquide entre les deux couches des plèvres (ou «enveloppes» du poumon).

Espace pleural

Région située entre les deux plèvres.

Globules blancs

Cellules du système immunitaire que l'on trouve dans le sang. Elles contribuent à lutter contre les infections et les maladies.

Globules rouges

Cellules du sang qui transportent l'oxygène.

Hémoglobine

Molécule dans les globules rouges qui transporte l'oxygène.

Hypoxémie

État dans lequel la quantité d'oxygène contenue dans le sang est insuffisante.

Immunothérapie

Traitement du cancer qui comprend la stimulation, le rehaussement, la suppression ou la désensibilisation du système immunitaire.

Irradiation crânienne prophylactique (PCI)

Radiothérapie administrée au cerveau pour traiter les cellules cancéreuses microscopiques qui ont pu se propager au cerveau, mais qui sont indétectables.

Larynx

Partie supérieure du passage respiratoire qui contient les cordes vocales.

Lobe

Un des compartiments du poumon : trois à droite et deux à gauche

Lobectomie

Ablation d'un lobe d'un poumon.

Ganglions lymphatiques

Glandes qui filtrent les liquides, réparties un peu partout dans le corps.

Malin/Maligne

Cancéreux; capable d'envahir les tissus environnants et de se propager dans d'autres parties du corps.

Marge

Le bord des tissus enlevés pendant une opération chirurgicale. Les marges sont examinées au microscope afin de déterminer si la totalité des tissus cancéreux a été enlevée.

Médiastinotomie

Incision chirurgicale dans le médiastin.

Médiastin

Région située au centre du thorax, entre les poumons, qui contient diverses structures telles que la trachée, les ganglions lymphatiques, le cœur et l'œsophage.

Membrane pleurale (ou plèvres)

Mince couche double de tissu qui enveloppe les poumons et la paroi interne de la cavité thoracique.

Mésothéliome pleural

Cancer qui se développe dans la plèvre et qui est généralement associé à l'exposition à l'amiante. Il ne s'agit pas d'un cancer du poumon, mais il est traité par bon nombre des mêmes spécialistes qui traitent le cancer du poumon.

Métastase

Propagation du cancer vers d'autres organes par le système lymphatique ou la circulation sanguine.

Moelle osseuse

Tissu qui occupe les cavités de la plupart des os. La moelle osseuse rouge fabrique les cellules que l'on trouve dans le sang.

Mutation

Un changement dans la séquence d'ADN qui peut provoquer le cancer ou d'autres maladies.

Opération chirurgicale/Chirurgie

Une intervention ayant pour vue d'enlever ou de réparer une partie du corps.

Plaquettes

Fragments de cellules dans le sang qui contribuent à la coagulation.

Plèvre

Membrane mince à deux couches qui couvre la surface extérieure du poumon et la surface intérieure de la paroi thoracique.

Pleurodèse

Traitement d'un épanchement pleural significatif en scellant ensemble les membranes pleurales pour éliminer l'espace qui les sépare.

Pneumectomie

Ablation chirurgicale d'un poumon entier. Également appelée *exérèse pulmonaire*.

Radiochirurgie

Voir *Radiothérapie stéréotaxique appliquée au corps entier (SBRT)*.

Radiothérapie

Traitement utilisant des rayons à haute énergie pour détruire les cellules cancéreuses.

Radiothérapie ablative stéréotaxique (SABR)

Voir *Radiothérapie stéréotaxique appliquée au corps entier (SBRT)*.

Radiothérapie externe

Traitement avec des faisceaux à haute énergie qui ciblent directement une tumeur afin de tuer les cellules cancéreuses.

Radiothérapie stéréotaxique appliquée au corps entier (SBRT)

Type de radiothérapie dans lequel des doses très élevées de rayonnement sont administrées au cours d'un bref traitement. Comparativement à d'autres types de radiothérapie, cette technique envoie moins de rayonnement aux tissus normaux. Également appelée *radiochirurgie* ou *radiothérapie ablative stéréotaxique (SABR)*.

Rayonnement endobronchique

Voir *Brachythérapie*.

Récurrence

Réapparition du cancer après un traitement.

Rémission

Absence de cancer.

Résection cunéiforme

Voir *Segmentectomie*.

Résection en manchon

Opération chirurgicale visant à enlever une tumeur qui s'est développée dans un lobe d'un poumon et une partie d'une bronche. Les deux extrémités de la bronche sont alors rattachées et les lobes restants sont reconnectés aux voies respiratoires.

Sarcome des tissus mous

Cancer rare qui apparaît généralement dans les membranes pleurales et se développe très lentement.

Segmentectomie

Opération chirurgicale visant à enlever une partie d'un lobe d'un poumon. Également appelée *résection cunéiforme*.

Simulation

Voir *Simulation CT*.

Simulation CT

Le processus de planification de la radiothérapie dans lequel le médecin trouve et marque la zone ciblée. Également appelée *simulation*.

Stade

Décrit la taille et l'étendue d'une tumeur primaire et si elle présente des signes de métastase.

Stade étendu

Stade du cancer du poumon à petites cellules qui s'est propagé d'un poumon vers d'autres parties du corps.

Stade limité

Stade du cancer du poumon à petites cellules qui est présent dans un seul poumon et dans les environs immédiats de ce poumon.

Thrombose veineuse profonde (TVP)

Caillot à l'intérieur d'une veine profonde du corps (généralement dans les jambes).

Thoracentèse

Extraction de liquide de l'espace pleural au moyen d'une aiguille.

Thoracotomie

Incision chirurgicale de la paroi thoracique.

Thorax

La poitrine.

Thrombus

Caillot situé dans un vaisseau sanguin.

Trachée

Partie des voies respiratoires entre le larynx et les bronches.

Traitement adjuvant

Traitement administré après le traitement primaire (généralement la chimiothérapie après une opération chirurgicale) pour tuer toute cellule cancéreuse n'ayant pas été enlevée par l'opération et pour contribuer à éviter la récurrence.

Traitement ciblé

Type de traitement du cancer qui agit directement sur certaines molécules des cellules cancéreuses. Ces médicaments ne nuisent pas (ou nuisent moins) aux cellules saines normales du corps.

Traitement curatif

Traitement administré dans le but de guérir le cancer.

Traitement d'entretien

Recours continu à un traitement systémique après le traitement de première intention afin d'empêcher la progression d'un cancer (c'est-à-dire qu'il recommence à se développer).

Traitement de première intention

Traitement systémique initial, considéré comme ayant la plus grande probabilité de réduire le cancer.

Traitement de deuxième intention

Traitement systémique administré si le cancer n'a pas réagi au traitement de première intention ou au traitement d'entretien ou s'il a réapparu par la suite.

Traitement de troisième intention

Traitement systémique qui est administré si le cancer n'a pas réagi au traitement de deuxième intention ou est réapparu après celui-ci.

Traitement néoadjuvant

Traitement administré avant le traitement primaire (généralement la chimiothérapie avant une opération chirurgicale) pour réduire la taille d'une tumeur.

Traitement local

Traitement qui cible une partie spécifique du corps et qui est limité à celles-ci.

Traitement palliatif

Traitement administré dans le but de soulager les symptômes du cancer et d'améliorer la qualité de vie.

Traitement primaire

Traitement initial administré dans le but de guérir ou de prolonger la vie.

Traitement systémique

Traitement avec des médicaments qui entrent dans la circulation sanguine et qui affectent tout le corps.

Traitements endobronchiques

Différentes procédures effectuées à l'intérieur des bronches pour enlever les obstructions des voies respiratoires et faciliter la respiration.

Tumeur primaire

L'endroit du corps où le cancer est apparu pour la première fois.

Tumeur secondaire

Cancer qui s'est propagé à partir de son point de départ vers un autre endroit du corps.



Vous pouvez nous aider à changer la donne

Pour faire un don par carte Visa ou Mastercard, veuillez remplir l'information suivante et l'envoyer par la poste à l'adresse ci-dessous.

Visa Mastercard

Nom du titulaire de la carte : _____

Adresse : _____

Téléphone : () _____

CARTE DE DON

Numéro de la carte : _____

Exp. : _____

Signature : _____

Montant (en \$) : _____

Pour faire un don par chèque, veuillez libeller un chèque à l'ordre de Cancer pulmonaire Canada et l'envoyer à l'adresse suivante : 330, rue Bay, bureau 310, Toronto (Ontario) M6H 2S8 • 416 785-3439 ou numéro sans frais 1 888 445 4403

Nous vous remercions grandement de votre don. Veuillez noter qu'un reçu d'impôt est délivré pour les dons de 20,00 \$ ou plus.



**CANCER
PULMONAIRE
CANADA**

SENSIBILISER. SOUTENIR. ÉDUIQUER.

CANCER PULMONAIRE CANADA

330 Bay St., bureau 310
Toronto (Ontario) M5H 2S8

416.785.3439 (Toronto)

1.888.445.4403 (Sans frais)

www.lungcancercanada.ca

info@lungcancercanada.ca

Numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance : 872775119
RR0001

Cancer pulmonaire Canada est un organisme de bienfaisance national, le seul qui se consacre exclusivement au cancer du poumon. Il s'appuie sur les dons afin d'offrir des programmes et des services, comme ce livret, aux patients et à leurs familles.

Les dons sont très appréciés, et un reçu à des fins fiscales est remis pour les dons de 20 \$ ou plus. Les dons peuvent être faits en ligne à www.lungcancercanada.ca, ou en téléphonant aux numéros ci-dessus.