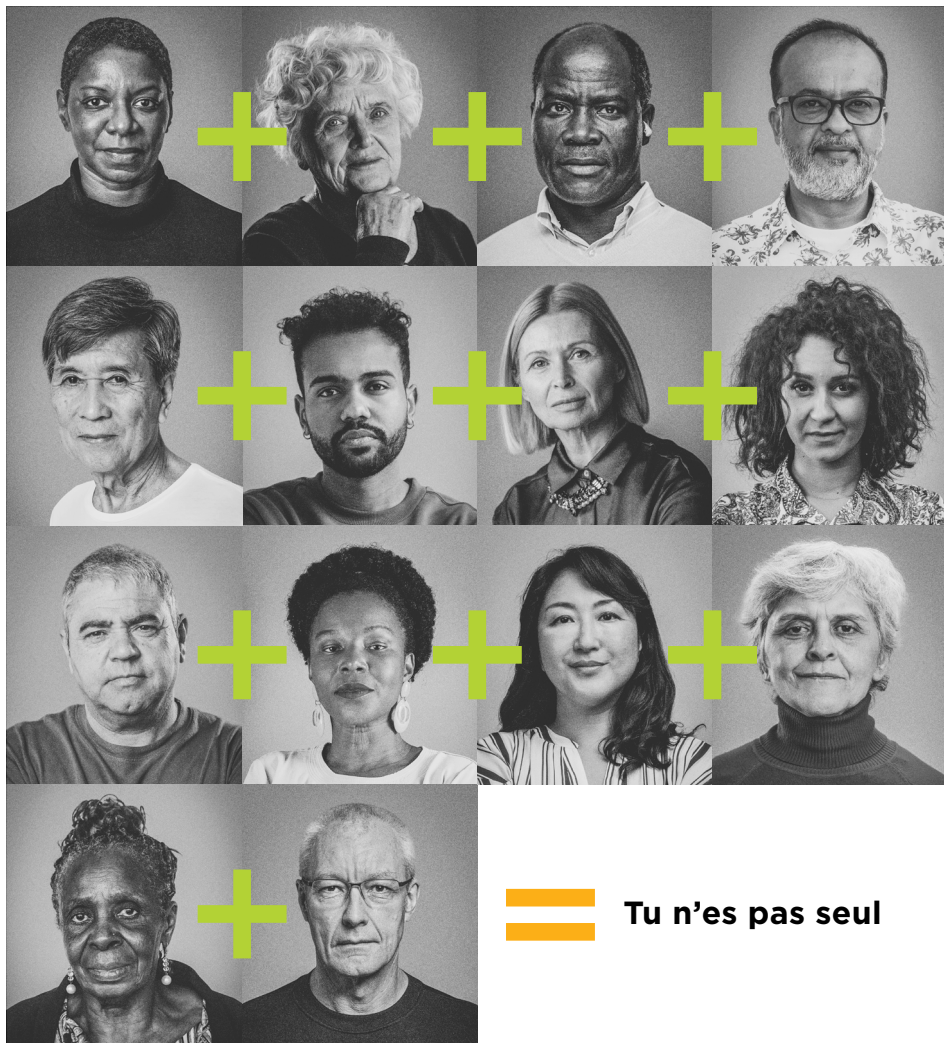




LUNG
CANCER
CANADA

CANCER
PULMONAIRE
CANADA



Tu n'es pas seul

Votre guide complet sur le cancer du poumon

Mis au point par Cancer pulmonaire Canada pour les personnes atteintes d'un cancer du poumon, les proches aidants et les professionnels de la santé



GIVE A
BREATH
5K



LUNG
CANCER
CANADA

CANCER
PULMONAIRE
CANADA

GIVE A BREATH 5K

Give a Breath 5k est la principale collecte de fonds au Canada au profit de la communauté de personnes aux prises avec le cancer du poumon.

Les fonds amassés servent à fournir du soutien, à éduquer, à faire progresser les efforts de sensibilisation, à alimenter les études de recherche et permettre d'offrir d'indispensables ressources directement à ceux qui en ont le plus besoin.

**Joignez-vous à nous et faites partie
de notre mouvement!**

www.giveabreath.ca





Préface

Un diagnostic de cancer a des effets sans commune mesure sur la personne qui a reçu le diagnostic et ses proches, laissant souvent dans son sillage un sentiment d'impuissance, de peur et d'urgence. Les personnes qui doivent composer avec un diagnostic de cancer du poumon doivent également faire face au poids de la stigmatisation liée au tabagisme, alors que la vérité est que ce cancer peut frapper n'importe quelle personne, qu'elle ait fumé ou non. Toute personne atteinte d'un cancer du poumon mérite des soins et des soutiens optimaux et doit être traitée avec dignité, respect et compassion.

En vous informant le plus possible sur la maladie, les options thérapeutiques et le soutien à votre disposition, vous pouvez prendre des décisions éclairées pour bien vivre. Des avancées considérables dans les nouveaux traitements, comme les thérapies ciblées et l'immunothérapie, ainsi que des recherches prometteuses, contribuent à améliorer la survie et à prolonger l'espérance de vie des personnes atteintes d'un cancer du poumon. Vous lirez aussi les témoignages de Lorne, Terry et Lori, qui sont la preuve que l'espoir ne s'éteint pas après un diagnostic.

Par ce guide, nous avons pour ambition de mieux vous aider à faire face à un diagnostic de cancer du poumon, à trouver du soutien si vous en avez besoin et à faire appel à Cancer pulmonaire Canada pour obtenir de l'aide!



Témoignages de patients

**Lorne
Cochrane**



Lorne Cochrane a 64 ans. Comme plusieurs membres de sa famille ont reçu un diagnostic de cancer du poumon, dont sa mère, son grand-père, ses deux tantes et son frère jumeau, il s'est rendu compte qu'il devait prendre l'initiative de se faire dépister.

Les résultats l'ont pour le moins bouleversé : cancer du poumon de stade IV, plusieurs tumeurs ayant été découvertes dans les deux poumons, la glande surrénale, les reins et le pancréas. Les médecins lui ont donné 12 à 13 mois à vivre et proposé une chimiothérapie.

Lorsque la chimiothérapie a cessé de donner de bons résultats, Lorne a discuté avec son oncologue d'autres traitements possibles, comme les médicaments faisant l'objet d'essais cliniques. Par chance, il s'est qualifié pour l'un des premiers essais cliniques d'immunothérapie au Canada et a commencé le traitement peu de temps après. Quinze semaines seulement après le traitement, les tumeurs de Lorne ont complètement disparu et il a été déclaré guéri. Lloyd, son frère jumeau, n'a pas eu la chance de participer au même essai clinique et est décédé en novembre 2016 des complications de son cancer du poumon.

L'histoire de Lorne souligne l'importance de la persévérance et de l'espoir. La science et l'innovation ont changé sa vie et celle de sa famille. Plus de douze ans se sont écoulés depuis son diagnostic et Lorne attribue à sa femme, à son médecin et à tous les chercheurs le mérite de lui avoir sauvé la vie.

« Un diagnostic de cancer du poumon peut être paralysant. Vous avez besoin d'un allié qui peut vous accompagner tout au long de votre parcours; personne ne peut lutter seul contre le cancer du poumon », affirme Lorne.

Lisez l'histoire complète de Lorne au www.lungcancercanada.ca

Lori Cadrin



Lori Cadrin, 45 ans, mère de trois enfants, a été pour le moins troublée lorsqu'elle a reçu un diagnostic de cancer du poumon de stade IV, en 2019.

Comme c'est le cas de nombreux patients atteints de cancer du poumon, Lori n'avait jamais fumé, mangeait assez bien (pour une mère de trois enfants très occupée) et faisait souvent de l'exercice. Lori avait une toux persistante qu'elle attribuait à une allergie et pensait que celle-ci disparaîtrait de changer d'air une fois en vacances, mais plutôt la toux n'a fait que s'aggraver et provoquer des douleurs dans son côté inférieur droit. Il s'est avéré que Lori portait près de deux litres de liquide accumulés dans son espace pleural juste au-dessous de son poumon droit. Des tests ont mené à un diagnostic de cancer du poumon.

Le cancer du poumon non à petites cellules dont Lori était atteinte présentait un biomarqueur de délétion de l'exon 19 de l'EGFR. Elle était donc candidate à un traitement ciblé. Après trois mois, les résultats étaient positifs, la grosse tumeur ayant diminué de près de la moitié de sa taille et, après six mois, les plus petites tumeurs avaient complètement disparu. Près de cinq ans plus tard, Lori trouve son traitement gérable et souligne l'importance de collaborer avec l'équipe soignante pour trouver les options qui conviennent le mieux, pour rendre la situation dans laquelle vous vous trouvez aussi positive que possible.

Depuis son diagnostic, elle a vu deux de ses enfants obtenir leur diplôme de l'école secondaire et est déterminée à voir son plus jeune monter sur scène pour accepter le sien également. Lori s'efforce d'être la meilleure mère et la meilleure épouse possible, en partageant ses expériences et ses conseils avec ses enfants et en ne perdant pas de temps.

« Je ne sais pas pourquoi j'ai eu un cancer. Je ne mérite pas de l'avoir. En fait, personne ne le mérite. Je n'en veux pas, mais je n'ai pas le choix. J'ai donc misé sur la meilleure personne que cela m'a aidé à devenir. J'ai continué à vivre malgré ce diagnostic, et j'ai vécu bien. J'ai mis les gros moyens pour faire en sorte que chaque jour compte, même ceux où j'ai du mal. Le cancer m'a changé. Je me rends compte maintenant que la vie est fragile, mais un si beau cadeau. »

Lisez l'histoire complète de Lori au www.lungcancercanada.ca



À propos de ce guide

Avis de non-responsabilité

Le présent guide a été rédigé et produit par Cancer pulmonaire Canada dans le but de répondre aux besoins d'information des patients et de leurs proches aidants. Il est à jour et illustre les pratiques actuellement en vigueur au Canada. Il n'a pas pour but de remplacer les renseignements ou les conseils fournis par votre médecin. Parlez avec votre équipe soignante si vous avez des questions ou des préoccupations.

Cancer pulmonaire Canada

Cancer pulmonaire Canada est un organisme de bienfaisance national au service de la communauté par l'éducation, le soutien, la recherche et la défense des droits. Membre de la Coalition contre le cancer du poumon, Cancer pulmonaire Canada est le seul organisme de bienfaisance national à s'investir exclusivement dans le cancer du poumon.

Mode d'emploi de ce guide

Si vous ou un de vos proches avez récemment reçu un diagnostic de cancer du poumon, ce guide constitue une ressource vitale et vous aidera à comprendre la maladie, les procédures de diagnostic, les traitements disponibles et votre parcours de soins. N'oubliez pas : vous n'êtes pas seul(e). Nous sommes là pour vous aider à vous y retrouver dans les nombreuses décisions que vous devrez prendre.

Ce guide vous donnera les moyens de prendre des décisions et vous aidera à vous orienter vers des ressources fiables et crédibles. Vous y trouverez des idées, des conseils et des outils pour vous aider à :

- Vous frayer votre propre chemin de soins contre le cancer ;
- Recueillir des informations essentielles pour prendre des décisions éclairées en matière de traitement ;
- Soulager les symptômes et les effets indésirables potentiels ;
- Prendre en main les différents aspects de la vie avec le cancer du poumon ;

Faites attention à ces icônes



Astuces
et conseils



Ressources
supplémentaires



Questions
à poser

Remerciements

Nous tenons à remercier les personnes suivantes pour leur contribution à l'élaboration de ce guide du patient :

D^r Mahmoud Abdelsalam

Cancérologue interniste,
Hôpital de Moncton

D^r Normand Blais

Cancérologue interniste,
Hôpital Notre-Dame du CHUM

Emi Bossio

Secrétaire corporatif du CPC
Défenseur des patients

D^{re} Nicole Bouchard

Pneumologue, Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke

D^r Quincy Chu

Cancérologue interniste,
Cross Cancer Institute

D^{re} Nathalie Daaboul

Hémato-oncologue,
Université de Sherbrooke

D^r David Dawe

Cancérologue interniste,
Action cancer Manitoba

D^{re} Michela Febbraro

Cancérologue interniste,
Hôpital de Sault-Sainte-Marie

D^r Christian Finley

Chirurgien thoracique,
St. Joseph's Healthcare
Hamilton

D^r Kevin Jao

Cancérologue interniste, Hôpital
du Sacré-Cœur-de-Montréal

D^{re} Rosalyn Juergens

Cancérologue interniste, Centre
de cancérologie Juravinski

D^r Shaqil Kassam

Cancérologue interniste, Centre
régional de santé Southlake

D^r Biniam Kidane

Chirurgien thoracique,
Université du Manitoba

D^r Wan Lam

Professeure de pathologie et
de biologie médicale, Université
de Colombie-Britannique

Elizabeth Moreau

Défenseure des droits des
proches aidants, Ottawa
(Ontario)

D^{re} Callista Phillips

Cancérologue interniste,
Hôpital Joseph Brant

D^r Brandon Sheffield

Anatomopathologiste,
Système de santé William Osler

D^{re} Stephanie Snow

Cancérologue interniste,
Centre des sciences de la
santé QEII

D^{re} Silvana Spadafora

Cancérologue interniste,
Hôpital de Sault-Sainte-Marie

D^{re} Alison Wallace

Chirurgienne thoracique –
scientifique, Centre de sciences
de la santé QEII

D^r Paul Wheatley-Price

Cancérologue interniste,
Centre de cancérologie de
l'Hôpital d'Ottawa

D^r Zhaolin Xu

Anatomopathologiste, Centre
de sciences de la santé QEII

Cancer pulmonaire Canada remercie également le D^{re} Shadi Zarei de Joy Medical pour sa contribution à titre de principal rédacteur médical du guide pour le patient.

Table of Contents

Chapitre 1: Comprendre le cancer du poumon	1
Les poumons	2
L'appareil respiratoire	3
Le système lymphatique	3
Le cancer du poumon	4
Signes et symptômes	4
Facteurs de risque	5
Types de cancer du poumon	9
Complications du cancer du poumon	10
Chapitre 2: Dépistage du cancer du poumon	14
Dépistage du cancer du poumon	15
Comment se déroule le dépistage du cancer du poumon?	15
Le dépistage est-il efficace?	16
Quels sont les risques?	16
Quelle est l'évolution pour le dépistage du cancer du poumon?	16
Dépistage du cancer du poumon au Canada	17
Chapitre 3: Diagnostic et stadification du cancer du poumon	18
Établir un diagnostic du cancer du poumon	19
En cas de diagnostic de cancer du poumon	30
Stadification du cancer du poumon	32
Stades de cancer du poumon non à petites cellules	32
Stades du cancer du poumon à petites cellules	34

Chapitre 4: Traitements contre le cancer du poumon 36

Traitements contre le cancer du poumon	37
Traitements localisés du cancer du poumon	37
Traitements systémiques du cancer du poumon	37
Traitement contre le cancer du poumon non à petites cellules	39
Traitement du cancer du poumon à petites cellules	61
Essais cliniques	64
Soins palliatifs	65

Chapitre 5: Vivre avec le cancer du poumon 69

Votre équipe soignante	71
Suivi postcure et survie	74
Gérer les activités quotidiennes	79
Atténuer les symptômes du cancer du poumon	81
Gérer les effets indésirables du traitement	86
Vaccins	90
Santé mentale	90
Soutien aux proches aidants	91
Stigmatisation associée au cancer du poumon	93
Nutrition	94
Exercice	96
Gestion des finances	98
Planification préalable des soins	100
Planification de fin de vie	101

Chapitre 6: En savoir plus et trouver de l'aide 104

Ressources	105
------------	-----

Chapitre 7: Glossaire 109

Chapitre 1:

Comprendre le cancer du poumon



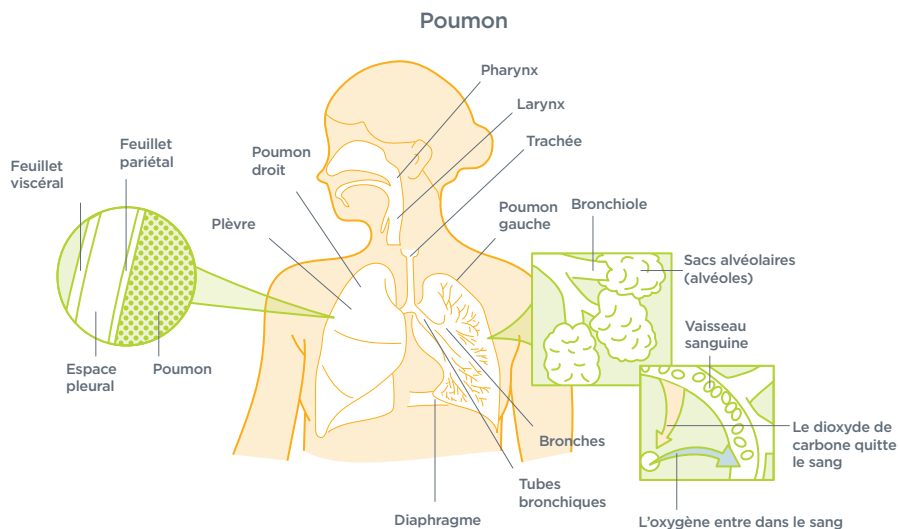


Les poumons

Les poumons font partie de l'appareil respiratoire que vous utilisez pour respirer. Vous avez deux poumons situés d'un côté et de l'autre de votre cœur. Votre poumon droit comporte trois sections principales, appelées lobes. Votre poumon gauche en a deux.

Les poumons sont tapissés d'une fine membrane appelée la plèvre. Elle est constituée de deux couches. Le feuillet pariétal recouvre la surface interne du poumon, y adhérant étroitement. Le feuillet viscéral tapisse l'intérieur de la cage thoracique et du diaphragme. Entre ces deux couches se trouve un petit espace appelé espace pleural, qui contient une petite quantité de liquide appelé liquide pleural. Ce liquide lubrifie les deux feuillets pour qu'ils glissent doucement l'un sur l'autre lorsque vous inspirez et expirez. Sous vos poumons se trouve un muscle fin appelé diaphragme qui vous aide à respirer.

Les poumons et l'appareil respiratoire



L'appareil respiratoire

L'appareil respiratoire comprend plusieurs éléments : le nez, la bouche, la trachée, les bronches et les poumons. Les bronches sont deux gros conduits (voies respiratoires) qui bifurquent en deux branches et pénètrent dans les poumons.

Lorsque vous inspirez, l'air passe par votre nez et votre larynx, puis descend dans la trachée. De là, il pénètre dans les bronches, qui se divisent ensuite en ramifications plus petites appelées bronchioles. Chaque bronchiole s'ouvre sur de minuscules sacs aériens appelés canaux alvéolaires. C'est par là que l'oxygène que vous respirez entre dans votre sang. En échange, le dioxyde de carbone passe de votre sang aux alvéoles, puis vous l'expirez.

Le système lymphatique

Le système lymphatique fait partie de votre système immunitaire qui vous protège contre les infections et les maladies. Il se compose d'un réseau de tubes appelés vaisseaux lymphatiques et nœuds lymphoïdes. Ces nœuds sont de petits amas de tissu en forme de haricot qui contiennent des globules blancs. Ils débarrassent la lymphe des bactéries et d'autres germes.

Parfois, les cellules cancéreuses d'une tumeur se détachent et finissent dans le système lymphatique. Le cas échéant, les nœuds lymphoïdes tentent de les arrêter et de les filtrer. Mais si un trop grand nombre de ces cellules cancéreuses atteignent les nœuds lymphoïdes, elles peuvent se développer et former une nouvelle tumeur, et à partir de là, le cancer peut se propager dans tout l'organisme.



Le cancer du poumon

Le cancer du poumon survient lorsque les cellules normales des poumons se mutent et se multiplient de manière désordonnée. Ces cellules anormales s'amassent alors et forment une masse appelée tumeur qui peut être non cancéreuse (bénigne) ou cancéreuse (maligne).

Les tumeurs bénignes, comme l'hamartome et le papillome, se développent lentement et ne se propagent pas à d'autres parties de l'organisme. Cependant, les tumeurs malignes continuent de croître et d'envahir les tissus voisins. Elles peuvent aussi se propager à d'autres parties du corps par les vaisseaux sanguins et lymphatiques. La propagation du cancer à d'autres organes est appelée métastase. Lorsque le cancer prend naissance dans le poumon, on parle de cancer primitif du poumon.



Signes et symptômes

Au départ, le cancer du poumon peut ne provoquer aucun symptôme, mais à mesure qu'il avance, les signes et symptômes suivants peuvent se manifester :

- Douleur dans la poitrine, les épaules, le dos ou les bras
- Infections pulmonaires fréquentes
- Une nouvelle toux qui ne disparaît pas ou qui s'aggrave au fil du temps
- Fatigue constante
- Essoufflement
- Expectorations sanguines
- Enrouement
- Perte d'appétit ou perte de poids involontaire
- Respiration sifflante
- Gonflement du visage ou du cou
- Caillots sanguins
- Étourdissements ou faiblesse
- Douleurs ou fractures osseuses



Facteurs de risque

Un facteur de risque est tout déterminant qui augmente le risque de développer une maladie comme le cancer du poumon. Certains, comme le tabagisme, peuvent être changés, tandis que d'autres, comme les gènes et les antécédents familiaux, sont invariables. Bien que les facteurs de risque augmentent les risques de développer une maladie donnée, leur présence ne signifie pas que vous contracterez une telle maladie. Par exemple, certaines personnes atteintes d'un cancer du poumon peuvent ne présenter aucun des facteurs de risque connus.

Il importe de noter que si vous avez des poumons, vous pouvez développer le cancer du poumon.

Au nombre des facteurs de risque du cancer du poumon, citons :

Fumée du tabac

Le tabagisme est le premier facteur de risque de cancer du poumon. Au Canada, on estime que 72 % des cancers du poumon sont causés par le tabagisme¹.

Lorsque vous fumez, des produits chimiques nocifs appelés cancérigènes pénètrent dans les poumons. Ceux-ci peuvent endommager les cellules et, au fil du temps, ces dommages peuvent se transformer en cancer. L'inhalation de fumée de tabac détruit également le système de défense naturel des poumons, qui empêche les produits chimiques nocifs de pénétrer dans les poumons. C'est la raison pour laquelle le risque de cancer du poumon est nettement supérieur chez les fumeurs que les non-fumeurs. Plus vous fumez de paquets chaque jour pendant longtemps, plus votre risque de cancer du poumon s'accroît.

Le moyen le plus efficace d'amenuiser votre risque de cancer du poumon, c'est d'arrêter de fumer tout simplement. Lorsque vous cessez de fumer, vous donnez à vos poumons une chance de se réparer et de respirer la santé.



Si vous ou quelqu'un que vous connaissez envisagez de cesser de fumer, vous disposez de ressources pour vous aider. Rendez-vous sur bit.ly/SCCCesserDeFumer

1. POIRIER E., Abbey, RUAN, Yibing, GREVERS, Xin, WALTER, Stephen D., VILLENEUVE, Paul J., Christine M. FRIEDENREICH et coll. (2019). « Estimates of the current and future burden of cancer attributable to active and passive tobacco smoking in Canada », *Prev Med.*, vol. 122, n° 9, p. 19.

Des études ont également montré que le tabac sans fumée et la pipe à eau (également connue sous le nom de houka ou narguilé) augmentent le risque de cancer du poumon².

De plus, les cigarettes électroniques (vapotage) pourraient augmenter le risque de cancer du poumon. D'après Santé Canada, le vapotage peut être nocif pour l'organisme. Cependant, les cigarettes électroniques sont nouvelles et des recherches supplémentaires sont nécessaires pour déterminer leurs effets exacts à long terme et leur risque accru possible de développer un cancer du poumon³.

Fumée secondaire

Même si vous ne fumez pas, respirer la fumée de quelqu'un d'autre peut endommager vos poumons et augmenter votre risque de développer un cancer du poumon. Les personnes qui n'ont jamais fumé, mais qui vivent avec quelqu'un qui fume, ont un risque accru de 30 % de développer un cancer du poumon⁴.

Radon

Le radon est un gaz radioactif qui provient de la désintégration naturelle de l'uranium dans le sol et la roche. Vous ne pouvez pas le voir, le sentir ou le goûter. À l'extérieur, l'air libre dilue le radon, ce qui ne pose aucun problème, mais il peut s'accumuler à des niveaux dangereux dans les maisons et les espaces clos, en particulier ceux qui sont mal ventilés.

L'inhalation du radon expose les poumons à une petite quantité d'irradiation, ce qui peut endommager les cellules et augmenter le risque de cancer du poumon. L'exposition au radon augmente le risque de cancer du poumon tant chez les fumeurs que les non-fumeurs.



Pour en savoir plus sur le radon et l'achat d'un détecteur de radon pour votre maison, rendez-vous sur bit.ly/SCRadonFR ou composez le 1 833 723-6600.

2. ROGERS, Imogen, MEMON, Anjum et Priyamvada PAUDYAL (2022). « Association between Smokeless Tobacco Use and Waterpipe Smoking and the Risk of Lung Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis of Current Epidemiological Evidence », *Asian Pac J Cancer Prev APJCP*, vol. 23, n° 5, p. 1451-1463.

3. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/tabagisme-et-tabac/vapotage/risques.html>

4. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2006). *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke*. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

Amiante

L'amiante est un minéral aux fibres longues et fines. Lorsqu'elles sont inhalées, celles-ci peuvent être piégées dans les poumons et causer des dommages cellulaires.

Les personnes exposées à l'amiante sur leur lieu de travail ont un risque accru de développer un cancer du poumon. Il s'agit notamment des mines, des chantiers navals ou des usines qui produisent du ciment, des produits d'isolation ou des textiles. Les fumeurs qui manipulent de l'amiante courent un risque encore plus grand.

Au-delà du cancer du poumon, l'exposition à l'amiante peut également augmenter le risque de mésothéliome, un cancer qui se développe aux dépens de la plèvre. Ce risque s'intensifie pour les fumeurs.



Pour en savoir plus sur l'amiante,
rendez-vous sur lungcancer canada.ca

Antécédents personnels ou familiaux de cancer du poumon

Le risque de développer un cancer du poumon augmente aussi lorsqu'un membre de la famille immédiate, comme un parent, un frère ou une sœur, ou un enfant en a été atteint.

Ce risque accru peut être dû à des gènes communs aux membres de la famille, à un comportement similaire (comme le tabagisme) ou au fait de vivre dans des milieux présentant la même exposition à des agents cancérigènes (comme le radon).

Radiothérapie antérieure des poumons

Les personnes qui ont subi une radiothérapie thoracique pour d'autres cancers, comme le lymphome de Hodgkin ou le cancer du sein, courent un risque accru de développer un cancer du poumon. Ce risque est encore plus élevé chez les personnes qui fument et ont reçu une radiothérapie thoracique.

Pollution de l'air

L'air pollué comprend des produits chimiques nocifs et des particules à des niveaux dangereux pour la santé. Les polluants particuliers associés à un risque plus élevé de cancer du poumon varient en fonction des sources locales d'émissions. Selon des données probantes solides, une exposition prolongée à la pollution de l'air est associée à un risque accru de cancer du poumon. Plus l'air que vous respirez est pollué, plus le risque augmente.



Pour en savoir plus sur la pollution de l'air et le cancer du poumon, rendez-vous sur lungcancercanada.ca



Types de cancer du poumon

Il existe deux principaux types de cancer du poumon : le cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) et le cancer du poumon à petites cellules (CPPC). Les termes « à petites cellules » et « non à petites cellules » font référence à la taille des cellules de la tumeur vues au microscope, et non à la taille de la tumeur elle-même.

Cancer du poumon non à petites cellules

Le cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) est le type le plus courant de cancer du poumon (80 à 85 % des cas). Il se décline en trois principaux sous-types, chacun déterminé par la cellule particulière à partir de laquelle le cancer prend naissance :

Adénocarcinome : ce type de cancer prend généralement naissance dans les cellules des glandes mucipares situées dans la partie externe des poumons. L'adénocarcinome est le type de cancer du poumon le plus courant, affectant aussi bien les fumeurs actifs que les anciens fumeurs et les non-fumeurs. Il est généralement plus fréquent chez les femmes que les hommes.

Carcinome épidermoïde (CE) : ce type de cancer prend généralement naissance dans les cellules plates tapissant les grandes et moyennes voies respiratoires. Le carcinome épidermoïde, qui se retrouve souvent dans les parties centrales du poumon, est plus fréquent chez les fumeurs. Il est aussi plus fréquent chez les hommes que les femmes.

Carcinome à grandes cellules (CGC) : ce cancer peut apparaître n'importe où dans les poumons, mais on le trouve généralement près de la surface et à la périphérie des poumons. Le carcinome à grandes cellules est le sous-type de cancer du poumon non à petites cellules qui connaît la croissance la plus rapide, mais il est moins courant que l'adénocarcinome et le carcinome épidermoïde.

Cancer du poumon à petites cellules

Le cancer du poumon à petites cellules représente environ 15 % des cas de cancer du poumon. Il se développe généralement dans les cellules tapissant les voies respiratoires au centre du poumon et se propage plus rapidement que le cancer du

poumon non à petites cellules. Sa croissance rapide peut donner lieu à de grosses tumeurs qui envahissent les tissus et nœuds lymphoïdes voisins, et peuvent souvent se propager ailleurs dans l'organisme avant d'être diagnostiquées.

Autres types de cancer qui affectent les poumons

Mésothéliome pleural : ce cancer rare s'annonce dans les membranes pleurales qui enveloppent chaque poumon. Plus fréquent chez les personnes exposées à l'amiante, il n'est pas techniquement une forme de cancer du poumon, mais est traité par des spécialistes du cancer du poumon.

Tumeurs carcinoïdes : Les tumeurs carcinoïdes proviennent des cellules endocrines qui tapissent les grandes et moyennes voies respiratoires. Ces tumeurs sont elles aussi rares et se développent lentement.

Cancer qui se propage aux poumons : appelé métastase pulmonaire, ce cancer provient d'autres parties de l'organisme — comme le sein, le côlon, la prostate, les reins, la peau ou le pancréas — et se propage aux poumons. Les métastases pulmonaires sont différentes du cancer primitif du poumon (cancer qui prend naissance dans le poumon) et sont traitées différemment.



Complications du cancer du poumon

Essoufflement

Le cancer du poumon peut parfois se développer dans les voies respiratoires, rétrécissant celles-ci ou les bloquant, ce qui réduit la quantité d'air qui entre dans les poumons et provoque un essoufflement.

Le cancer du poumon peut provoquer aussi une accumulation de liquide dans l'espace pleural autour du poumon. Ce liquide supplémentaire empêche les poumons de se dilater complètement lors de l'inhalation, rendant la respiration plus difficile.

Douleur

Environ 20 à 40 % des personnes atteintes d'un cancer du poumon peuvent ressentir des douleurs thoraciques du fait que la tumeur pousse sur les nerfs de la poitrine ou resserre la région thoracique. La douleur peut être sourde et constante là où se situe la tumeur pulmonaire. La douleur peut s'aggraver en toussant, en riant ou en respirant profondément. Le cancer du poumon peut également provoquer des douleurs osseuses s'il se propage aux os.

Si vous ressentez des douleurs, consultez votre médecin. Il peut vous proposer des traitements pour soulager votre douleur et vous aider à vous sentir mieux.

Expectorations sanguines

Le cancer du poumon peut parfois endommager les voies respiratoires et provoquer des saignements. Le cas échéant, vous pouvez commencer à cracher du sang. Si le saignement est abondant, une grande quantité de sang peut mener à un étouffement.

Si vous crachez du sang, quelle qu'en soit la quantité, consultez immédiatement votre médecin. Des traitements vous seront proposés pour ralentir le saignement.

Épanchement pleural

Le cancer du poumon peut provoquer une accumulation de liquide dans l'espace situé entre la surface des poumons (feuillet viscéral) et la cage thoracique (espace pleural). C'est ce qu'on appelle un épanchement pleural. Le liquide supplémentaire ne permet pas aux poumons de se dilater et de se contracter complètement pendant la respiration, provoquant un essoufflement. L'épanchement pleural survient généralement à un stade avancé du cancer du poumon.

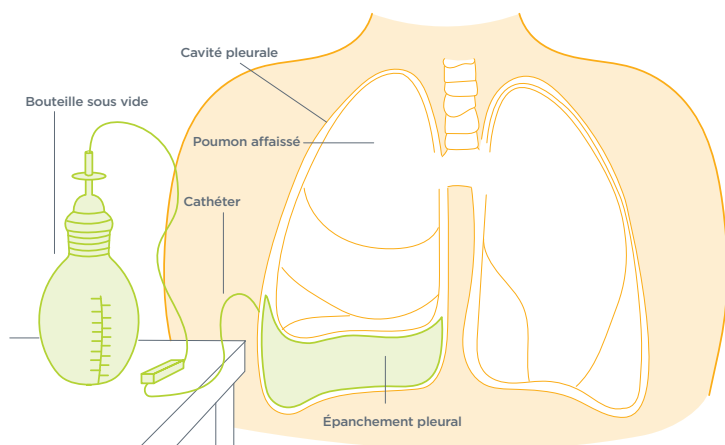
Plusieurs options sont proposées pour traiter l'épanchement pleural :

Thoracocentèse : dans le cadre de cette intervention, votre médecin utilise une aiguille pour évacuer le liquide logé dans votre poitrine.

Pleurodèse : dans le cadre de cette intervention, une fois le liquide évacué, le médecin introduit une poudre ou un médicament spécial dans l'espace pleural. La poudre en question sert à faire adhérer les deux feuillets de la plèvre l'un à l'autre, ce qui empêche le liquide de s'accumuler à nouveau.

Drain pleural tunnellisé à demeure : Le drain pleural tunnellisé à demeure est un long tube flexible utilisé pour traiter les épanchements pleuraux répétés. L'une des extrémités du tube se trouve dans l'espace pleural, tandis que l'autre ressort par une petite ouverture sur le thorax.

La pose du drain est une intervention simple qui peut être réalisée dans le cadre d'une consultation externe ou d'un court séjour à l'hôpital. Après la pose du drain, une infirmière vous apprendra à drainer le liquide chez vous à l'aide de bouteilles d'aspiration sous vide reliées au drain.



Caillots sanguins

Le cancer peut augmenter le risque de caillots sanguins. Ce risque accru peut être causé par le cancer, les traitements anticancéreux ou d'autres facteurs, comme l'alitement prolongé.

Un thrombus est une masse sanguine coagulée qui se forme à l'intérieur d'un vaisseau. Lorsque le caillot se forme en profondeur, par exemple dans la jambe, on parle de **thrombose veineuse profonde (TVP)**. Celle-ci peut entraîner des symptômes, comme une enflure, la chaleur et une sensation de crampe dans la jambe affectée. Vous pouvez remarquer aussi un changement à la couleur de la peau de votre jambe, et les veines peuvent devenir plus proéminentes et visibles.

Parfois, un morceau du caillot sanguin peut se détacher et se déplacer dans la circulation sanguine. Ce corps mobile est appelé un embolie. Si cet embolie se loge dans les vaisseaux sanguins des poumons, il en résulte une **embolie pulmonaire (EP)**. Les symptômes de l'embolie pulmonaire comprennent un essoufflement soudain, 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. L'EP est une affection grave; si vous présentez ces symptômes, consultez immédiatement votre médecin.

Pour traiter les caillots sanguins, les médecins prescrivent souvent des anticoagulants. Ces médicaments peuvent fluidifier votre sang et empêcher la formation de nouveaux caillots.

Propagation du cancer à d'autres parties de l'organisme

Le cancer du poumon peut se métastaser dans d'autres parties de l'organisme, comme le cerveau et les os. Les symptômes liés aux métastases varient en fonction de l'organe affecté. Par exemple, lorsque le cancer se propage au cerveau, les symptômes peuvent inclure des nausées, des maux de tête et une sensation d'instabilité. En revanche, si le cancer atteint les os, il peut provoquer des douleurs musculosquelettiques, voire des fractures.

Les métastases surviennent aux stades avancés du cancer du poumon. C'est la raison pour laquelle la détection et le traitement précoces du cancer du poumon sont essentiels pour réduire au minimum le risque de métastases. Même si des métastases se forment, le diagnostic reste celui d'un cancer du poumon et l'objectif est de traiter le cancer du poumon.

Chapitre 2:

Dépistage du cancer du poumon





Dépistage du cancer du poumon

Le dépistage du cancer du poumon sauve des vies.

Le dépistage vise à détecter le cancer du poumon avant l'apparition de tout symptôme, c.-à-d. avant que la tumeur n'ait eu le temps de se propager, donnant ainsi aux traitements plus de chances de réussir. De loin, les meilleures issues cliniques sont réalisées en détectant la maladie le plus tôt possible. La détection précoce peut augmenter considérablement les chances d'un traitement efficace, voire d'une guérison.

Au Canada, le dépistage du cancer du poumon est destiné principalement aux personnes à risque élevé. Chaque province établit des critères d'admissibilité au dépistage qui sont légèrement différents, mais les facteurs les plus importants dans les programmes actuels sont l'âge de la personne et ses antécédents de consommation de produits du tabac. Toutefois, le niveau d'éducation atteint, l'origine ethnique, les antécédents familiaux de cancer du poumon, les antécédents personnels de cancer, l'indice de masse corporelle (IMC) et si la personne a un diagnostic de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) sont tous des facteurs pris en compte. Même si les programmes canadiens de dépistage du cancer du poumon ne sont accessibles qu'aux personnes qui fumaient auparavant ou qui fument encore aujourd'hui, il est important de se rappeler que toute personne ayant des poumons, même si elle n'a jamais fumé, peut développer un cancer du poumon.

Si vous présentez des symptômes de cancer du poumon, parlez-en à votre médecin. N'attendez pas qu'on vous convoque à un rendez-vous de dépistage.



Comment se déroule le dépistage du cancer du poumon?

Aujourd'hui, la méthode recommandée pour le dépistage du cancer du poumon est une tomographie à densité faible dose (TDM) à faible dose. Celle-ci aide à déceler les zones dans le poumon qui peuvent présenter une tumeur cancéreuse. Selon des études, une TDM à faible dose effectuée annuellement sur les personnes à risque élevé peut conduire à la détection précoce du cancer du poumon et sauver des vies. D'autres épreuves, comme les radiographies thoraciques et la cytologie des expectorations, ne sont

pas recommandées pour le dépistage, car elles ne permettent pas actuellement de détecter efficacement le cancer du poumon à un stade précoce. Pendant une TDM à faible dose, vous vous allongez sur une table. Ensuite, une caméra fait le tour de votre corps et prend des images sous différents angles. Un ordinateur traite ensuite ces images et les combine pour créer des images détaillées de vos poumons. La TDM à faible dose utilise une quantité de rayonnement inférieure à celle d'une tomodensitométrie standard et ne prend que quelques minutes.



Le dépistage est-il efficace?

En bref, oui. Selon certaines études, le dépistage du cancer du poumon pourrait sauver une vie sur cinq personnes qui décèdent actuellement d'un cancer du poumon. Si le cancer du poumon est détecté par dépistage, il l'est le plus souvent à un stade précoce, ce qui mène à de meilleures issues cliniques.



Quels sont les risques?

Les tests de dépistage du cancer du poumon ne sont pas parfaits. Il arrive que certaines tumeurs passent inaperçues (faux négatif) ou que certaines taches inhabituelles ressemblent à un cancer alors qu'elles ne le sont pas (faux positif), ce qui oblige les personnes à subir d'autres tests inutiles.

La tomodensitométrie à faible dose expose aussi les personnes à de faibles niveaux de rayonnement. Celui-ci est supérieur à celui produit par une radiographie, mais inférieur à celui d'une tomodensitométrie standard. Le risque global posé par une TDM à faible dose est extrêmement faible.



Quelle est l'évolution pour le dépistage du cancer du poumon?

Le dépistage par TDM à faible dose s'est avéré être une étape cruciale pour détecter le cancer du poumon à un stade précoce et améliorer les taux de survie.

Nous pouvons nous attendre à des résultats encore meilleurs au fil des progrès technologiques, les TDM devenant plus sensibles et produisant un rayonnement encore plus faible. Des recherches intéressantes sont actuellement engagées pour améliorer les méthodes de dépistage, notamment :

- Développer des tomodensitomètres plus précis et plus perfectionnés
- Utiliser des technologies avancées comme l'intelligence artificielle (IA) pour aider les médecins à interpréter les tomodensitogrammes
- Détecter des preuves microscopiques de petites tumeurs pulmonaires dans des échantillons de salive ou de sang avant qu'elles ne soient visibles sur les tomodensitogrammes
- Utiliser des tests respiratoires pour repérer les substances qui changent en présence d'un cancer du poumon

Ces innovations sont très prometteuses pour l'avenir du dépistage du cancer du poumon, offrant de nouvelles façons de détecter la maladie encore plus tôt et d'améliorer le succès du traitement. Cancer pulmonaire Canada apporte son appui au dépistage du cancer du poumon pour les Canadiens et a financé des recherches visant à rendre le dépistage du cancer du poumon plus accessible pour les Canadiens.

Dépistage du cancer du poumon au Canada

Bien que les programmes de dépistage du cancer du poumon ne soient pas encore uniformément proposés d'un océan à l'autre, de fortes pressions s'exercent pour en mettre en œuvre de nouveaux et renforcer les programmes actuels partout au Canada.

Actuellement, deux provinces ont mis sur pied des programmes permanents; trois autres en sont à leurs débuts et deux se sont engagées à en mettre en œuvre un au cours des prochaines années.

Selon des données probantes, comme la détection précoce du cancer du poumon donne de meilleures issues cliniques, il est essentiel que toutes les personnes à risque aient accès à des programmes de dépistage qui pourraient leur sauver la vie, quel que soit leur lieu de résidence. C'est la raison pour laquelle Cancer pulmonaire Canada continue de prôner un accès plus équitable au dépistage partout au pays.



Pour connaître les centres de dépistage dans votre région, consultez votre médecin ou rendez-vous sur lungcancercanada.ca.

Chapitre 3:

Diagnostic et stadification du cancer du poumon



+ Établir un diagnostic du cancer du poumon

Le diagnostic est le processus d'identification de la maladie qui cause les symptômes d'une personne. Le diagnostic du cancer du poumon peut commencer par la consultation de votre médecin pour un symptôme donné ou par un renvoi vers un médecin à cause des résultats anormaux d'un dépistage. En fonction de vos symptômes et d'un examen physique, votre médecin peut vous renvoyer à un spécialiste ou vous prescrire des examens supplémentaires pour vérifier la présence d'un cancer du poumon.

Le processus de diagnostic peut être long, stressant et frustrant. Il est naturel de s'inquiéter ou de redouter les résultats de vos examens. Toutefois, il est important de garder à l'esprit que les symptômes dont vous souffrez peuvent avoir d'autres causes que le cancer du poumon. Par conséquent, votre équipe médicale effectuera divers examens pour écarter d'autres maladies avant de confirmer un diagnostic de cancer du poumon.

Les examens énumérés ci-dessous permettent de détecter le cancer du poumon, de confirmer le diagnostic et de déterminer s'il s'est propagé à d'autres parties de l'organisme. Certains de ces examens évaluent également votre état de santé général et vous aident à personnaliser votre plan de traitement.

Examens d'imagerie médicale

Les examens d'imagerie médicale utilisent l'irradiation, les champs magnétiques, l'imagerie nucléaire et les ondes sonores pour créer des images détaillées de ce qui se passe à l'intérieur de votre organisme. Ces examens servent à :

- Détecter les zones qui pourraient être cancéreuses
- Déterminer la mesure dans laquelle le cancer s'est propagé dans l'organisme
- Déterminer la mesure dans laquelle le cancer répond au traitement
- Assurer le suivi du traitement pour vérifier s'il y a une récurrence du cancer

Dans la section suivante, nous nous pencherons sur chaque examen d'imagerie médicale utilisé pour le cancer du poumon.

Radiographie thoracique

La radiographie thoracique permet de réaliser une image des poumons et des autres organes situés dans le thorax. Il s'agit souvent du premier examen prescrit par votre médecin pour déterminer si vos symptômes sont liés à un cancer du poumon.

Rapide et indolore, la radiographie thoracique n'utilise qu'une faible dose d'irradiation. Si votre radiographie pulmonaire est anormale, votre médecin vous prescrira d'autres examens.

Tomodensitogramme (tomodensitométrie axiale)

La tomodensitométrie utilise également des rayonnements pour prendre des images de vos poumons. Durant la tomodensitométrie, une caméra fait le tour de votre organisme et prend des images sous différents angles. Un ordinateur traite ensuite ces images et les combine pour créer des images transversales de l'organe balayé. Pour voir une image en coupe transversale, imaginez une miche de pain. Si vous deviez couper ce pain en plusieurs tranches, puis regarder chaque tranche individuelle, vous verriez une vue transversale du pain.

Une tomodensitométrie produit des images plus détaillées et plus claires qu'une radiographie thoracique traditionnelle. Cette clarté accrue permet aux médecins de détecter même les petites tumeurs à un stade précoce. Elle peut même montrer si le cancer s'est propagé aux nœuds lymphoïdes voisins, aux gros vaisseaux sanguins ou encore à la cage thoracique. Le médecin peut demander aussi une tomodensitométrie d'autres organes, comme les reins, le foie, les glandes surrénales ou le cerveau, pour vérifier si le cancer s'y est propagé.

La tomodensitométrie peut être réalisée avec ou sans agent de contraste, un colorant pris par la bouche ou injecté dans une veine pour améliorer la clarté des images.

Lors d'une **biopsie par aspiration sous tomosynthèse**, les médecins utilisent la tomodensitométrie comme carte pour guider l'aiguille dans la tumeur. Ils extraient ensuite un petit fragment tissulaire pour vérifier la présence du cancer.

Imagerie par résonance magnétique (IRM)

Les IRM utilisent des aimants puissants et des ondes radioélectriques pour créer des images en coupe et des modèles tridimensionnels de vos tissus et organes.

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

Tomographie par émission de positons (TEP)

La tomographie par émission de positons (TEP) est un examen qui utilise l'imagerie nucléaire pour montrer le fonctionnement de vos tissus ou organes. Pour cet examen, une petite quantité d'un composé chimique radioactif, appelé traceur, est injectée dans une veine de votre bras ou de votre main. Ce traceur est essentiellement une solution de glucose qui brille. Une caméra spéciale prend ensuite des photos selon la circulation de ce glucose incandescent dans l'organisme. Comme les cellules cancéreuses consomment beaucoup de sucre en raison de leur croissance rapide, elles s'illuminent davantage et apparaissent comme des taches plus brillantes sur l'image de la TEP.

Une TEP est souvent combinée à une tomodensitométrie. Cette combinaison s'appelle TEP-TDM. La TDM fournit des images détaillées de la structure de l'organisme, tandis que la TEP met en évidence les organes présentant une activité métabolique inhabituelle.

Scintigraphie osseuse

La scintigraphie osseuse est un examen qui utilise l'imagerie nucléaire pour détecter la propagation du cancer aux os. Si vous ressentez des douleurs osseuses ou si vos analyses de sang portent à croire qu'il y a une métastase osseuse, votre médecin pourra vous prescrire une telle scintigraphie.

Au cours de l'examen, une petite quantité de traceur radioactif est injectée dans une veine de votre bras ou de votre main. Une caméra spéciale capte ensuite des images pour suivre la circulation du traceur dans l'organisme. Les zones osseuses qui subissent des changements à cause du cancer absorbent davantage de ce traceur que les parties saines. Ces zones actives sont visibles sous la forme de zone d'hyperfixation sur l'image de scintigraphie osseuse.

Échographie

L'échographie, ou sonographie, utilise des ondes sonores à haute fréquence pour produire des images des structures internes de votre organisme. Votre médecin peut utiliser une échographie pour détecter un excès de liquide dans l'espace pleural ou vérifier la propagation du cancer au foie.

Biopsie

Les résultats des tests d'imagerie aident votre médecin à déterminer l'emplacement du cancer suspecté. Toutefois, le diagnostic définitif n'est confirmé que si le laboratoire trouve des cellules cancéreuses dans l'échantillon de la tumeur.

Une biopsie est une intervention durant laquelle le médecin extrait un petit échantillon tissulaire d'une tumeur pour vérifier si elle contient des cellules cancéreuses. Diverses méthodes peuvent servir à pratiquer une biopsie, notamment :

Biopsie par aspiration à l'aiguille fine (BAAF)

La biopsie par aspiration à l'aiguille fine est un type de biopsie qui ne nécessite pas d'incision chirurgicale. Dans le cadre de cette intervention, le médecin insensibilise la peau et utilise une aiguille très fine pour prélever une petite quantité de tissu ou de liquide.

Biopsie au trocart

La biopsie au trocart est réalisée sous anesthésie locale. Dans le cadre de cette intervention, le médecin utilise une aiguille creuse pour prélever un fragment tissulaire long et fin en forme de carotte. Il est possible que plusieurs carottes soient prélevées.

Biopsie liquide

La biopsie liquide est une méthode non invasive, ce qui signifie qu'aucune chirurgie ou procédure majeure n'est nécessaire. Elle s'articule autour du prélèvement d'échantillons de sang, de liquide pleural ou d'urine pour vérifier l'ADN des cellules cancéreuses. Cette technique permet également aux anatomopathologistes de rechercher des mutations qui peuvent servir à déterminer la meilleure thérapie.

Thoracocentèse

La thoracocentèse est une intervention visant à évacuer le liquide excédentaire de l'espace pleural. Après que la peau est insensibilisée, une aiguille est insérée dans l'espace pleural au travers de la paroi thoracique (généralement entre les côtes, à partir du dos) pour prélever le liquide. Ce liquide peut ensuite être examiné pour détecter la présence de cellules cancéreuses.

Biopsie chirurgicale

Dans le cadre d'une biopsie chirurgicale, les chirurgiens pratiquent une incision entre les côtes pour prélever un petit fragment tissulaire des poumons ou, dans certains cas, une masse entière. Ce tissu est ensuite analysé pour détecter la présence de cellules cancéreuses.

Endoscopie

L'endoscopie est une intervention durant laquelle le médecin utilise un tube optique mince et souple muni d'une minuscule caméra à l'extrémité, appelée endoscope, pour examiner l'intérieur de l'organisme. Ce tube peut également avoir un canal ouvert à l'intérieur duquel le médecin peut glisser de petits outils pour prélever des échantillons pour la biopsie ou effectuer d'autres interventions chirurgicales.

Diverses interventions endoscopiques aident à diagnostiquer le cancer du poumon et à déterminer l'ampleur de sa propagation, à savoir :

Bronchoscopie

La bronchoscopie permet au médecin d'examiner les voies respiratoires des poumons à l'aide d'un bronchoscope qui est inséré par voie buccale ou nasale. Dans la plupart des cas, le médecin utilise un bronchoscope souple et administre un anesthésiant pour insensibiliser la gorge et vous aider à vous détendre. Si le bronchoscope est rigide, on vous administrera un anesthésiant général pour vous endormir, pour que vous ne ressentiez aucun malaise.

Dans le cas de l'**échographie endobronchique** (EBUS), le bronchoscope est muni d'une sonde à ultrasons. Ce dispositif affiche des images qui aident le médecin à détecter le cancer dans les voies respiratoires, les poumons ou les ganglions lymphatiques avoisinants. De plus, grâce à cette intervention, le médecin peut prélever des fragments tissulaires avec plus de précision pour les analyser.

Médiastinoscopie et médiastinotomie

La médiastinoscopie et la médiastinotomie permettent de prélever des échantillons tissulaires dans le médiastin. Le médiastin est la zone située entre les poumons qui contient des ganglions lymphatiques et d'autres structures.

Dans le cas de la médiastinoscopie, le chirurgien utilise un outil appelé médiastinoscope. Sous anesthésie générale, il pratique une petite incision à la base du cou, au-dessus du sternum, ce qui lui permet de prélever des échantillons des ganglions lymphatiques dans le médiastin.

Dans le cas de la médiastinotomie, le médecin pratique une plus grande incision (d'environ 4 cm en longueur) entre les côtes. Cette méthode permet au médecin d'accéder aux ganglions lymphatiques qui sont difficiles à atteindre dans le cas de la médiastinoscopie. Récemment, ces techniques ont été remplacées par l'échographie endobronchique (EBUS).

Thoracoscopie

Dans le cas de la thoracoscopie, le médecin utilise un thoracoscope pour voir l'intérieur de la cavité thoracique. Il vérifie si le cancer s'est propagé entre les poumons et la paroi thoracique, et examine la plèvre, la cage thoracique, le diaphragme et les ganglions lymphatiques du thorax pour déterminer si le cancer s'y est propagé.

La thoracoscopie est généralement pratiquée lorsque les autres examens n'ont pas permis d'obtenir suffisamment de tissu pour établir un diagnostic.

Évaluation de vos échantillons

Les échantillons de tissus prélevés lors des biopsies et des endoscopies sont envoyés à un laboratoire. Là, un anatomopathologiste les examine à la recherche de cellules cancéreuses. S'il en trouve, il détermine le type de cancer. Il évalue aussi l'apparence des cellules cancéreuses. Des cellules tumorales plus normales signifient que le cancer est moins agressif. Les cellules d'apparence plus anormale, elles, sous-entendent un cancer plus agressif qui se développe et se propage rapidement.

L'anatomopathologiste produit un rapport faisant état de toutes ces informations. Ce rapport aide votre médecin à confirmer le diagnostic et à planifier le traitement.

Si l'échantillon est trop petit ou ne montre pas bien la tumeur, l'anatomopathologiste n'est pas en mesure d'effectuer tous les tests nécessaires. Le cas échéant, il peut exiger une autre biopsie.

Analyse des biomarqueurs

L'analyse des biomarqueurs, également connue sous le nom de test moléculaire, sert à évaluer la constitution génétique des cellules cancéreuses du poumon pour déceler des changements géniques particuliers (mutations). La présence de certaines mutations peut orienter les choix de traitement, car il existe aujourd'hui

des médicaments ciblés spécifiquement conçus pour les tumeurs exprimant ces mutations génétiques. L'analyse des biomarqueurs pour le cancer du poumon permet de détecter de nombreuses mutations, notamment :

- **KRAS** : le gène KRAS joue un rôle crucial dans la régulation de la division et de la croissance cellulaires. Lorsqu'il agit normalement, il assure la progression du cycle cellulaire, permettant aux cellules de se multiplier de manière ordonnée. Toutefois, ses mutations, plus courantes dans le cancer du poumon, peuvent perturber cet équilibre, entraînant une croissance désordonnée et le cancer.
- **EGFR** : située à la surface des cellules, cette protéine aide les cellules à croître et à proliférer, surtout lorsque nous grandissons ou guérissons. Lorsque le gène EGFR est surexprimé, la protéine est en constante activité, ce qui mène à une croissance cellulaire désordonnée et au cancer. Les deux mutations de l'EGFR les plus courantes dans le cancer du poumon comprennent les mutations L858R de l'exon 19 et de l'exon 21.
- **Mutation T790M** : il s'agit d'une mutation du gène EGFR qui peut survenir après un traitement ciblé. Si un cancer positif pour les mutations de l'EGFR cesse de réagir au traitement ciblé, la mutation de votre tumeur est analysée.
- **Mutation de l'EGFR de type insertion dans l'exon 20** : cette mutation se produit lorsqu'un petit segment du gène est ajouté (inséré) à une région du gène EGFR appelée exon 20. Il s'agit d'une mutation rare qui ne répond pas au traitement ciblé des mutations de l'EGFR. De nouveaux médicaments, développés pour cibler cette forme de mutation, pourraient bientôt être mis en marché.
- **ALK** : le gène ALK peut parfois fusionner avec un autre gène (fusion), produisant alors une protéine qui peut causer une croissance désordonnée.
- **BRAF** : il s'agit d'une protéine de signalisation qui détermine la croissance cellulaire. Une mutation du gène BRAF, appelée BRAF V600E, peut entraîner la présence de protéines anormales et une croissance cellulaire désordonnée.
- **ROS1** : il s'agit également d'une protéine de signalisation qui prend part à la régulation de la croissance cellulaire. Une fusion impliquant le gène ROS1 peut entraîner la présence de protéines anormales et une croissance cellulaire désordonnée.
- **Fusion du gène NTRK** : cette mutation se produit lorsqu'un segment du gène NTRK se détache et se combine avec un gène différent. Le gène muté peut entraîner l'activation anormale des protéines de fusion du gène TRK, ce qui peut favoriser la croissance des cellules cancéreuses.

- **Fusion du gène RET** : cette mutation modifie le gène RET, créant des protéines RET anormales, qui augmentent la croissance cellulaire.
- **Mutations conduisant à un saut de l'exon 14 de la MET (METex14)** : cette mutation entraîne la perte de l'exon 14 du gène MET, créant des protéines MET anormales ce qui peut entraîner une croissance cellulaire.

L'analyse des biomarqueurs peut aussi déceler certaines protéines exprimées à la surface des cellules cancéreuses. Les tumeurs portant ces protéines peuvent être plus sensibles à l'immunothérapie. Les analyses comprennent :

- **PD-L1** : cette protéine réduit la réponse du système immunitaire aux cellules cancéreuses. Les cellules cancéreuses portant des niveaux élevés de PD-L1 à leur surface peuvent se dissimuler à la vue du système immunitaire, notre défense naturelle contre le cancer. Certains médicaments d'immunothérapie sont conçus pour bloquer la protéine PD-L1, aidant le système immunitaire à reconnaître et à attaquer les cellules cancéreuses.

Accès aux analyses de biomarqueurs

Il existe divers types d'analyses de biomarqueurs. Certaines vérifient les mutations particulières d'un gène (test effectué sur un seul gène), tandis que d'autres, les mutations de plusieurs gènes simultanément.

Le **séquençage de nouvelle génération (SNG)** a révolutionné les tests moléculaires. Contrairement aux tests précédents qui ne vérifiaient que quelques fragments d'ADN en même temps, les tests de SNG peuvent le faire sur des millions de fragments pour plusieurs mutations. Ce test complet donne aux médecins une image détaillée de tous les changements génétiques. Le SNG nécessite moins de tissu, peut détecter de multiples mutations et offre des résultats plus rapides que les tests monogéniques.

L'accès aux analyses de biomarqueurs varie d'un bout à l'autre du Canada. Il dépend de votre lieu de résidence, voire de votre hôpital. Certaines analyses plus récentes peuvent n'être proposées que si vous participez à un essai clinique.

Si vous voulez savoir quels tests vous pouvez passer, posez la question à votre médecin. Si un test n'est pas disponible dans votre région, votre médecin pourrait envoyer vos échantillons à un laboratoire en dehors de votre région. Vous pourriez également avoir la chance de participer à un essai clinique.

Exploration fonctionnelle pulmonaire

L'exploration fonctionnelle pulmonaire (EFP) sert à vérifier la santé de vos poumons. Elle permet d'en déterminer la capacité vitale et le débit expiratoire. En fonction de cet ensemble de tests, votre médecin peut décider si la chirurgie est le traitement qui vous convient. Le cas échéant, l'EFP permet de déterminer la partie de poumon pouvant être réséquée en toute sécurité pour vous permettre d'avoir une respiration aisée par la suite.

Parfois, une **gazométrie artérielle** peut être effectuée en même temps que l'EFP. Pour ce test, une quantité de sang est prélevée d'une petite artère afin de mesurer les niveaux d'oxygène et de dioxyde de carbone. Ce test aide à déterminer la facilité de vos poumons à absorber de l'oxygène et à éliminer le dioxyde de carbone de votre sang.

Analyses sanguines

Des analyses sanguines sont effectuées pour évaluer votre état de santé général. Par exemple, elles peuvent déterminer si une intervention chirurgicale est une option pour vous. Elles ne servent pas à diagnostiquer le cancer du poumon.

Formule sanguine complète (FSC)

La formule sanguine complète (FSC) ou hémogramme mesure le nombre et la qualité des cellules dans le sang, comme les globules rouges, les globules blancs et les plaquettes. Elle indique également le taux d'hémoglobine.

La FSC présente des renseignements sur votre état de santé général. Elle peut également révéler des affections sous-jacentes, comme l'anémie, des problèmes de coagulation ou de saignement, ou un risque accru d'infections. Votre médecin doit être en possession de ces informations avant de commencer votre traitement.

Si votre traitement perturbe l'hématopoïèse (ou développement des cellules sanguines dans la moelle osseuse), vous pourriez avoir besoin de FSC périodiques pendant votre traitement.

Bilan sanguin

Le bilan sanguin mesure différents composants chimiques dans le sang, produits par divers organes. Il sert à confirmer que ces organes fonctionnent comme il se doit.

Des résultats anormaux pourraient porter à croire que le cancer s'est propagé à d'autres parties de l'organisme. Par exemple, si le cancer s'est propagé aux os, ce bilan peut montrer des niveaux élevés de phosphatase alcaline (PAL), de calcium ou de phosphore. Ou, si les résultats des tests hépatiques sont anormaux, le cancer pourrait s'être propagé au foie.

Autres examens

En fonction de vos antécédents médicaux, votre médecin pourrait vous prescrire d'autres examens ou tests, notamment des **tests cardiovasculaires**, comme l'échocardiogramme et l'électrocardiogramme (ECG), avant la chirurgie. Ces examens aident le médecin à vérifier si votre cœur peut supporter la chirurgie et la convalescence.

Questions à poser à votre équipe soignante à la suite d'un diagnostic



- Quel est le type de cancer du poumon dont je suis atteint?
- Où se trouve le cancer dans mon corps? S'est-il propagé ailleurs?
- Comment le diagnostic a-t-il été confirmé?
- Quel est le stade de mon cancer? Comment cela influe-t-il sur le traitement?
- D'autres examens sont-ils nécessaires pour décider de mon traitement?
- Les tests que je dois subir sont-ils couverts par mon régime d'assurance maladie? Combien de temps prennent-ils? Puis-je les faire dans une clinique privée?
- Si les coûts associés à mon diagnostic et à mon traitement posent un problème, à qui puis-je demander de l'aide?

- Compte tenu de ce diagnostic, une intervention chirurgicale est-elle une option pour moi?
- 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 possibilité pour moi?
- Dois-je consulter un autre médecin ou professionnel de la santé?
- Ce type de cancer est-il héréditaire? Y a-t-il un risque pour ma famille?



En cas de diagnostic de cancer du poumon

Un diagnostic de cancer du poumon s'accompagne souvent d'un tourbillon d'émotions et de défis. Cette partie en décrit les différentes facettes et les moyens de communiquer le diagnostic aux personnes autour de vous.

Demander un deuxième avis

Certaines personnes peuvent avoir besoin d'être rassurées après le diagnostic. Il est normal de demander un deuxième avis avant de décider d'un plan de traitement. Soyez honnête avec votre médecin concernant ce que vous ressentez.

Vos sentiments

Recevoir un diagnostic de cancer du poumon peut être une expérience bouleversante et déconcertante. Vous pouvez être secoué(e), triste, en colère ou paralysé(e) par cette nouvelle et avoir peur. Dans les jours et les semaines qui suivent votre diagnostic, il est primordial d'exprimer vos sentiments à une personne en qui vous avez confiance, comme un membre de votre famille proche, un ami ou un conseiller. Par ailleurs, participez à des activités que vous aimez pour vous reconforter et vous aider à composer avec des émotions irrépessibles. Certaines personnes trouvent du réconfort dans le travail, s'y plongeant pour oublier leur diagnostic, tandis que d'autres préfèrent prendre un congé. Quelle que soit l'approche que vous choisissiez, n'oubliez pas de donner la priorité à votre propre santé, de demander de l'aide en cas de besoin et de garder espoir.

Informez vos proches

Parler de votre diagnostic de cancer avec vos proches peut être un moyen d'extérioriser vos sentiments. Lorsque vous êtes prêt(e) à les informer, réfléchissez à ce que vous souhaitez leur dire et à la manière de le faire. Vous pouvez en informer personnellement votre famille proche et vos amis tout en déléguant la tâche d'en informer le reste de votre entourage à une personne de confiance. N'oubliez pas que cette nouvelle peut être accablante pour eux aussi et qu'ils auront besoin de temps pour assimiler leurs propres émotions.

« Essayez toujours d'envisager la situation sous tous ses angles et gardez espoir. C'est plus facile à dire qu'à faire, mais une telle mentalité peut faire une grande différence dans votre parcours. »

- Jenny, patiente atteinte d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade IV

Bien qu'un dialogue franc soit essentiel, vous êtes libre de choisir de ne pas discuter de votre état de santé en permanence ou avec tout le monde. Parfois, se concentrer sur des activités ou s'occuper peut être thérapeutique. Si vous n'êtes pas d'humeur à parler, c'est bien de le dire. Vous pouvez faire le point brièvement, puis changer de sujet. Cette expérience est uniquement la vôtre, et il vous revient de décider quand et comment en parler. Cependant, il est important de faire la distinction entre l'utilisation de la distraction comme mécanisme d'adaptation sain et le fait de supprimer intentionnellement ses sentiments.



Cancer pulmonaire Canada propose des programmes et des ressources pour vous soutenir après votre diagnostic. Écrire à info@cancerpulmonairecanada.ca pour en savoir plus.

« Il faut comprendre qu'un diagnostic de cancer du poumon ne signifie pas la fin de votre vie. Beaucoup de personnes continuent de mener une vie épanouie après avoir reçu leur diagnostic. »

- Laura, patiente atteinte d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade I



Stadification du cancer du poumon

Après un diagnostic de cancer du poumon, votre équipe soignante effectuera une série d'examens (voir pages 20 à 30) afin de déterminer l'étendue du cancer dans votre corps. Ce processus s'appelle la stadification. Le stade du cancer du poumon est le reflet de la taille de la tumeur, son emplacement dans le poumon, si elle a envahi les tissus voisins ou si elle s'est propagée à d'autres parties de l'organisme.

La stadification éclaire votre plan de traitement. Elle fournit également des informations importantes sur la progression probable et l'issue de la maladie (votre pronostic).

Stades de cancer du poumon non à petites cellules

Le système le plus largement utilisé pour la stadification du cancer du poumon non à petites cellules est le système TNM où :

- **T** décrit la taille de la **tumeur (T)**
- **N** indique si et dans quelle mesure le cancer s'est propagé aux **nœuds lymphoïdes (N)**
- **M** indique si le cancer s'est propagé ou **métastasé (M)** à d'autres organes

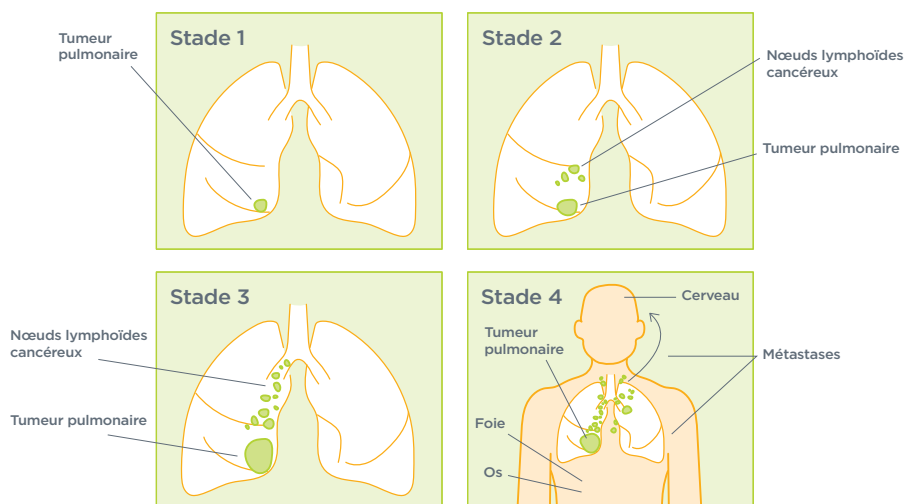
En fonction des caractéristiques tumorales (taille, propagation aux nœuds lymphoïdes et métastases), chaque tumeur se voit attribuer un indice TNM qui détermine son stade. Le cancer du poumon non à petites cellules est classé en cinq stades qui vont du stade 0 au stade 4. Les stades 1 à 4 sont souvent écrits en chiffres romains : I, II, III et IV. Plus le chiffre est élevé, plus le cancer est avancé ou s'est propagé plus largement. Voici un aperçu des stades du cancer du poumon non à petites cellules :

- **Stade 0** : à ce stade, les cellules cancéreuses ne se sont décelées que dans la muqueuse bronchique et n'ont pas envahi les tissus environnants. Le cancer ne s'est pas propagé aux nœuds lymphoïdes ou ailleurs. Le stade 0 est également connu sous le nom de *carcinoma in situ*.

- **Stade 1 :** à ce stade, la tumeur a une taille maximale de 4 cm et est confinée au poumon. Le cancer ne s'est pas propagé aux nœuds lymphoïdes ou à d'autres organes.
- **Stade 2 :** à ce stade, la taille de la tumeur est de 3 à 7 cm. Elle peut s'être développée dans les tissus environnants et propagée aux nœuds lymphoïdes proches de la tumeur. Toutefois, le cancer ne s'est pas métastasé à d'autres organes.

Les stades 1 et 2 sont appelés *cancer du poumon non à petites cellules à un stade précoce*.

- **Stade 3 :** à ce stade, la tumeur peut mesurer entre 3 cm et plus de 7 cm, et le cancer peut s'être développé dans les tissus environnants et s'est propagé à d'autres tissus et structures dans la poitrine. Il s'est également propagé à au moins un nœud lymphoïde dans la région thoracique, mais ne s'est pas métastasé à d'autres organes. Le stade 3 est appelé *cancer du poumon non à petites cellules localement avancé*.
- **Stade 4 :** à ce stade, la tumeur peut avoir atteint n'importe quelle taille. Le cancer peut avoir envahi d'autres tissus, structures et nœuds lymphoïdes dans la poitrine. Des métastases se sont produites dans un ou plusieurs organes à l'extérieur de la poitrine, le plus souvent dans les os, puis les poumons, le cerveau, le foie et les glandes surrénales. Le stade 4 est appelé *cancer du poumon non à petites cellules métastatique*.



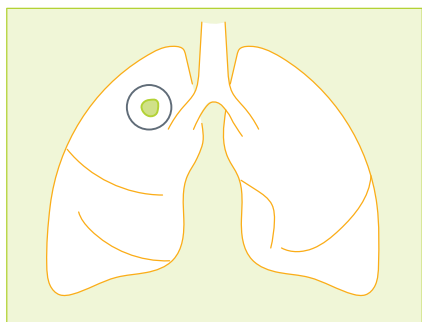
Chaque stade est divisé en sous-stades. Pour en savoir plus sur les caractéristiques des sous-stades et leurs indices TNM, rendez-vous sur bit.ly/LCStaging

Stades du cancer du poumon à petites cellules

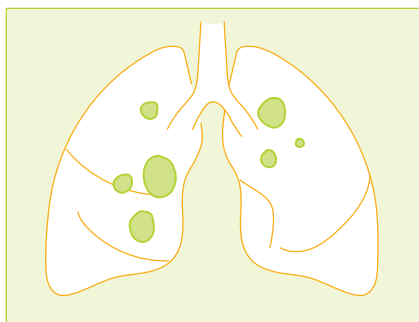
Aux fins du traitement, les médecins classent le cancer du poumon à petites cellules en deux principaux stades.

Cancer du poumon à petites cellules au stade localisé : à ce stade, la tumeur est généralement présente dans un seul poumon et, parfois, dans les nœuds lymphoïdes situés dans la poitrine et près des clavicules.

Cancer du poumon à petites cellules au stade avancé : à ce stade, le cancer s'est propagé aux deux poumons, à des nœuds lymphoïdes éloignés et à d'autres organes.



Stade localisé



Stade avancé



Pour en savoir plus sur les caractéristiques des stades du cancer du poumon à petites cellules, rendez-vous

bit.ly/SCLCTreatment

Chapitre 4: Traitements contre le cancer du poumon





Traitements contre le cancer du poumon

Une fois que votre équipe soignante a établi le type et le stade de votre cancer du poumon, elle mettra au point un plan de traitement. Celui-ci dépendra de plusieurs facteurs, notamment le type de cancer du poumon, son emplacement, son degré de propagation et la composition génétique de la tumeur. La santé de vos poumons et votre bien-être général influent également sur vos options de traitement. Votre plan de traitement est unique et visera à réaliser la meilleure issue clinique pour votre type et votre stade de cancer du poumon.

Les traitements contre le cancer sont classés en traitements localisés et systémiques :

Traitements localisés du cancer du poumon

Les traitements localisés ciblent une partie particulière de l'organisme. Ils sont utilisés lorsque le cancer est limité à une région, comme les poumons. La chirurgie et la radiothérapie sont des exemples de traitements localisés.

Lors d'une chirurgie, la partie du poumon touchée par la tumeur est enlevée. Les nœuds lymphoïdes du même côté de l'organisme que la tumeur sont également souvent enlevés, puis examinés en vue de détecter un éventuel cancer.

La radiothérapie oriente les rayons vers la tumeur pour en réduire la taille ou la détruire.

Traitements systémiques du cancer du poumon

Les traitements systémiques ont des effets sur tout l'organisme. Ils servent souvent à traiter le cancer qui s'est propagé dans tout l'organisme ou à réduire le risque de récurrence. La chimiothérapie, les traitements ciblés et l'immunothérapie sont des exemples de traitements systémiques.

- La **chimiothérapie** utilise des médicaments spéciaux pour tuer les cellules cancéreuses et enrayer leur croissance. Ces médicaments agissent sur toutes les cellules à croissance rapide, les cancéreuses aussi bien que les saines.
- Le **traitement ciblé** est un groupe de médicaments conçus pour cibler des cellules cancéreuses précises exprimant certaines mutations génétiques. Comme ces médicaments s'attaquent auxdites cellules cancéreuses, leur effet sur les cellules saines est moindre.

- **L'immunothérapie** est une catégorie de médicaments qui servent à neutraliser les mécanismes de défense des cellules cancéreuses. Ce faisant, ils aident le système immunitaire à détecter et à éliminer les cellules cancéreuses.

De nombreuses personnes atteintes d'un cancer du poumon reçoivent plus d'un type de traitement. Votre équipe soignante déterminera le traitement ou la combinaison de traitements qui vous convient le mieux.

Dans ce chapitre, nous expliquerons en premier les termes importants que vous pourriez entendre lors des discussions avec votre équipe soignante. Nous examinerons les options de traitement du cancer du poumon non à petites cellules, puis du cancer du poumon à petites cellules. Enfin, nous discuterons brièvement des essais cliniques et des soins palliatifs.

Principaux termes relatifs au traitement

Traitement de première intention : premier traitement donné pour la maladie.

Traitement de deuxième intention : traitement donné lorsque le traitement de première intention ne réagit pas ou plus, ou provoque des effets indésirables non tolérés.

Traitement de troisième intention : traitement administré lorsque les traitements de première et de deuxième intention ne réagissent pas ou plus.

Traitement d'entretien : traitement permanent donné après le traitement de première intention. Il sert à empêcher le cancer de récidiver ou à retarder son évolution vers un stade avancé.

Traitement principal : traitement principal utilisé pour traiter une maladie. Il peut s'agir de n'importe quel type de traitement, mais la chirurgie est le traitement primaire le plus courant pour la plupart des cancers.

Traitement néoadjuvant : traitement donné avant le traitement primaire afin de réduire la taille de la tumeur.

Traitement adjuvant : traitement donné après le traitement primaire pour tuer les cellules cancéreuses restantes. Il aide à prévenir le retour de la tumeur.

Traitement curatif : traitement donné dans le but de guérir le cancer.

Traitement palliatif : traitement donné pour atténuer les symptômes, apporter du confort et améliorer la qualité de vie.

Traitement contre le cancer du poumon non à petites cellules

L'ablation chirurgicale de la tumeur peut guérir le cancer du poumon non à petites cellules à un stade précoce (stades I et II). Il est également possible de recourir à la radiothérapie et à la chimiothérapie systémique. Ces traitements peuvent être donnés avant la chirurgie pour réduire la taille de la tumeur ou après, pour tuer les cellules cancéreuses restantes et réduire le risque de récurrence du cancer.

Les plans de traitement du cancer du poumon non à petites cellules avancé (stade III) impliquent souvent une combinaison de chimiothérapie, de radiothérapie et de chirurgie. Mais, en fonction des caractéristiques uniques du cancer, seulement un ou deux de ces traitements pourraient être utilisés.

Le plan de traitement du cancer du poumon non à petites cellules métastatique (stade IV) comprend généralement une chimiothérapie systémique et une radiothérapie. Dans certains cas, un traitement ciblé et une immunothérapie peuvent également être envisagés.

Dans la partie suivante, nous expliquerons chacun de ces traitements plus en détail.

Chirurgie

La chirurgie est le traitement principal du cancer du poumon non à petites cellules à un stade précoce (stades I et II). Il est moins couramment utilisé pour le cancer du poumon avancé et rarement pour le cancer du poumon métastatique.

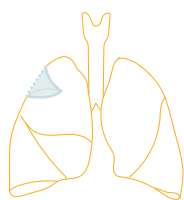
Diverses techniques sont utilisées dans le cadre de la chirurgie du cancer du poumon. De tout temps, la chirurgie du cancer du poumon était réalisée en pratiquant une incision entre les côtes, mais grâce aux progrès de la technologie, elle est maintenant le plus souvent réalisée en utilisant une technique minimalement invasive : une chirurgie thoracique vidéo-assistée (CTVA) ou une chirurgie thoracique robot-assistée (CTVA). Votre chirurgien vous dira quel type d'intervention chirurgicale vous allez subir.

Types de chirurgie du cancer du poumon

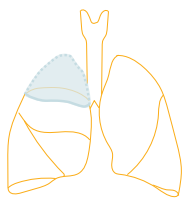
Au nombre de types de chirurgie pratiqués en présence de cancer du poumon, mentionnons :

- **Réséction cunéiforme périphérique** : implique l'ablation d'une petite partie d'un lobe.
- **Segmentectomie** : chirurgie qui implique l'ablation d'un segment d'un lobe.
- **Lobectomie** : chirurgie qui implique l'ablation d'un lobe complet. Si deux lobes du poumon droit sont enlevés, on parle de bilobectomie.
- **Pneumonectomie** : chirurgie qui implique l'ablation d'un poumon entier. Cette opération est réalisée lorsque la tumeur s'est développée près du centre de la poitrine ou affecte tous les lobes d'un poumon.
- **Réséction en manchon** : chirurgie qui implique l'ablation d'une partie d'une bronche malade et le tissu pulmonaire adjacent, les terminaisons bronchiques saines étant recousues ensemble. Cette intervention permet d'enlever la tumeur, tout en préservant autant que possible le tissu pulmonaire sain. Cette chirurgie est réalisée lorsque la tumeur touche de grandes voies respiratoires comme les bronches.

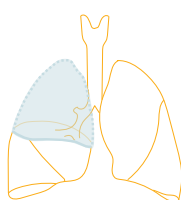
Types de chirurgie du cancer du poumon



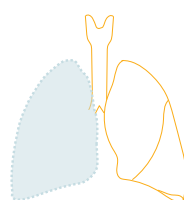
Réséction cunéiforme
périphérique



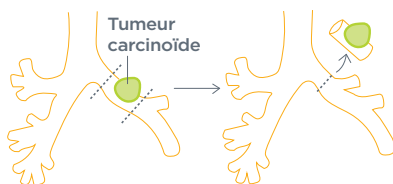
Segmentectomie



Lobectomie



Pneumonectomie



Réséction en manchon

La possibilité et le type de chirurgie dépendent de facteurs comme la taille et l'emplacement de la tumeur, le degré de fonctionnement de vos poumons, la santé de votre cœur et votre état de santé général.

Façons de pratiquer la chirurgie thoracique

- **Thoracotomie** : consiste à pratiquer une grande incision entre les côtes d'un côté de votre poitrine pour accéder au poumon atteint.
- **Chirurgie thoracique vidéo-assistée (CTVA)** : après vous avoir mis sous anesthésie générale, le chirurgien pratiquera de petites incisions dans la poitrine pour insérer un thoracoscope (un tube muni d'une caméra) et d'autres outils chirurgicaux pour effectuer la chirurgie. Moins invasive qu'une thoracotomie, elle entraîne souvent moins de douleur après la chirurgie et un temps de récupération plus rapide.
- **Chirurgie thoracique robot-assistée (CTRA)** : dans le cadre d'une CTRA, le chirurgien effectue l'opération à l'aide de bras robotiques dotés d'outils chirurgicaux. Cette technique est non invasive.

À quoi s'attendre lors d'une chirurgie du cancer du poumon

Avant la chirurgie

Votre chirurgien discutera avec vous de l'intervention en question, des risques et avantages possibles, ainsi que des autres options. Il répondra à toutes vos questions ou préoccupations. Votre médecin vous prescrira également une partie ou la totalité des tests suivants pour déterminer le type et le stade du cancer du poumon :

- Biopsie
- Tomographie par émission de positons
- Imagerie encéphalique
- Échantillonnage des nœuds lymphoïdes médiastinaux

De plus, une partie ou la totalité des tests suivants sont nécessaires pour évaluer votre aptitude à subir la chirurgie :

- Explorations fonctionnelles pulmonaires pour déterminer la quantité de poumon pouvant être enlevée en toute sécurité

- Examens pour évaluer la santé de votre cœur et des autres organes, s'assurant qu'ils peuvent tolérer la chirurgie
- Examens pour voir si la tumeur s'est propagée aux nœuds lymphoïdes entre les poumons et les autres structures dans la cavité thoracique



Pour en savoir plus sur ces examens, consultez le chapitre 3 de ce guide.

Pendant la chirurgie

Un spécialiste appelé anesthésiste vous administrera une anesthésie générale pour vous endormir. Une fois que vous serez endormi(e), on insérera un tube respiratoire dans vos voies respiratoires pour vous aider à respirer pendant l'intervention.

Le chirurgien effectuera alors une opération standard du cancer du poumon selon la technique discutée avant votre chirurgie.

À la fin de l'opération, votre chirurgien refermera vos incisions au moyen d'agrafes ou de points de suture. Il peut également placer du ruban adhésif chirurgical ou de la colle sur les incisions et les recouvrir de bandages. Le tube respiratoire est généralement retiré pendant que vous êtes encore en salle d'opération.

À votre réveil, vous aurez un drain thoracique pour évacuer le liquide et l'air autour de vos poumons. Ce drain est placé entre vos côtes et pénètre dans l'espace entre votre paroi de la cage thoracique et vos poumons.

Après la chirurgie

Les drains thoraciques resteront en place après votre chirurgie et ne seront retirés que lorsque votre poumon arrêtera d'évacuer de l'air. Il est courant de ressentir de la douleur et de l'inconfort après l'intervention, mais on vous donnera des analgésiques.

À mesure que vous commencez à vous sentir plus fort(e), l'équipe soignante vous encouragera à entreprendre des activités légères, comme la marche, pour favoriser la circulation sanguine et prévenir les complications. Elle peut également vous proposer certains exercices de respiration pour aider vos poumons à se rétablir plus vite.

La durée de votre séjour à l'hôpital dépend de votre état, mais elle est en moyenne de trois à cinq jours. Une fois que vous serez prêt à rentrer chez vous, on vous remettra :

- Des analgésiques
- Des instructions sur la façon de soigner votre plaie à la maison
- Des informations sur l'adaptation de vos activités et vos exercices
- Le calendrier des rendez-vous de suivi avec votre chirurgien
- Des instructions sur les situations nécessitant la consultation d'un médecin

Votre convalescence sera supervisée par une équipe multidisciplinaire composée d'infirmières spécialisées, de physiothérapeutes, d'inhalothérapeutes et de travailleurs sociaux. Ils veilleront à votre bien-être, vous assisteront dans votre rééducation et suivront vos progrès.

La période de convalescence après une chirurgie du cancer du poumon peut prendre des semaines, voire des mois, selon le type de chirurgie et l'état de votre santé. Pour l'accélérer, envisagez de vous joindre à un programme de réadaptation pulmonaire ou de physiothérapie. De tels programmes sont proposés dans les hôpitaux, les centres de santé ou les cliniques. Demandez à votre médecin des recommandations et les options qui s'offrent à vous.

Risques et effets indésirables de la chirurgie du cancer du poumon

Comme toute intervention médicale, la chirurgie du cancer du poumon peut entraîner divers effets indésirables à cause de l'opération et de l'anesthésie utilisée pendant l'intervention.

Effets de l'anesthésie

Les effets indésirables courants de l'anesthésie comprennent l'enrouement à cause du tube respiratoire, des nausées, des vomissements, une confusion temporaire, des douleurs musculaires et des démangeaisons. La gravité de ces effets peut varier d'un patient à l'autre.

Effets de la chirurgie

L'expérience de chaque personne après l'opération est différente, mais la plupart des patients ressentent des douleurs et des enflures, surtout juste après l'opération. Toutefois, ces symptômes diminuent généralement au cours des semaines qui suivent.

Les incisions chirurgicales laisseront des cicatrices visibles. Il peut y avoir un engourdissement près de la zone chirurgicale, qui peut être de courte ou de longue durée. Si vous aviez des problèmes pulmonaires avant la chirurgie, vous pourriez vous sentir essoufflé durant certaines activités.

Complications possibles

La chirurgie est généralement sans danger, mais elle comporte certains risques, notamment :

- Pneumonie (infection pulmonaire)
- Infection des plaies
- Saignements excessifs
- Pneumothorax (affaissement pulmonaire attribuable à une fuite d'air)
- Problèmes cardiaques, qui vont des battements cardiaques irréguliers aux crises cardiaques
- Caillots sanguins dans les jambes ou les poumons
- Problèmes urinaires, comme la rétention ou les infections

Informez votre médecin de ces symptômes après la chirurgie. Il peut les traiter dès leur apparition, ce qui permet d'améliorer votre qualité de vie.

Questions à poser à votre équipe médicale sur la chirurgie



- La chirurgie est-elle une bonne option pour moi?
- Quel type de chirurgie me recommandez-vous?
- Comment se déroule l'intervention chirurgicale? S'agira-t-il d'une chirurgie ouverte, d'une chirurgie thoracique vidéo-assistée ou d'une chirurgie thoracique robot-assistée?
- Quels sont les avantages possibles de la chirurgie?
- Quels sont les risques et les complications possibles de la chirurgie?
- Combien de temps la chirurgie durera-t-elle?
- Quelles sont les conséquences à long terme de la chirurgie?
- Comment la chirurgie se compare-t-elle à d'autres traitements comme la radiothérapie ou la thérapie systémique dans mon cas?

- Combien de temps devrai-je séjourner à l'hôpital après la chirurgie?
- À quel type de douleur dois-je m'attendre et comment sera-t-elle soulagée?
- Ai-je besoin de physiothérapie ou de réadaptation pulmonaire?
- Combien de temps devrai-je attendre avant de reprendre mes activités normales?
- De quel type de soins de suivi aurai-je besoin?
- Y aura-t-il des restrictions permanentes ou des changements dans mon mode de vie après l'opération?
- Comment la chirurgie se répercutera-t-elle sur ma capacité à respirer ou à faire des activités physiques?
- Devrai-je modifier mon régime alimentaire ou mon mode de vie après la chirurgie?
- Aurai-je besoin de traitements supplémentaires comme la chimiothérapie ou la radiothérapie après la chirurgie? Dans l'affirmative, combien de temps après la chirurgie ces traitements débiteront-ils?
- Comment ces traitements affecteront-ils mon pronostic global?
- Ai-je besoin de subir des examens avant la chirurgie?
- Comment me préparer pour le jour de l'opération?
- Aurai-je besoin d'aide à la maison après mon congé de l'hôpital?
- À quelle fréquence devrai-je effectuer des bilans de santé après l'opération? Quels types de tests vais-je subir dans le cadre de ces bilans?
- Pouvez-vous me fournir des ressources pour m'aider à comprendre et à prendre en main la vie après l'opération?

Radiothérapie

La radiothérapie utilise des rayonnements ionisants de haute énergie pour endommager l'ADN des cellules cancéreuses. Ces dommages tuent les cellules ou entravent leur croissance. Selon le stade, la radiothérapie peut être utilisée de différentes manières pour traiter le cancer du poumon non à petites cellules :

- En tant que **traitement principal** (parfois accompagné d'une chimiothérapie) pour traiter les tumeurs qui ne peuvent pas être enlevées par voie chirurgicale pour diverses raisons, par exemple, si elles sont trop proches des organes vitaux, une mauvaise santé globale ou une diminution de la fonction pulmonaire ou cardiaque
- Comme **traitement néoadjuvant** avant la chirurgie pour réduire la taille de la tumeur
- Comme **traitement adjuvant** après la chirurgie pour tuer les cellules cancéreuses restantes ou empêcher le cancer de revenir
- Pour **traiter un cancer qui s'est propagé** à d'autres organes, comme le cerveau
- Dans le cadre d'un **traitement palliatif** pour atténuer des symptômes comme la toux, l'essoufflement et les douleurs osseuses

La radiothérapie se présente sous deux formes principales : radiothérapie externe et curiethérapie.

Radiothérapie externe

La **radiothérapie externe** oriente un faisceau d'irradiation sur une tumeur à partir de l'extérieur de l'organisme. Parmi les deux formes de radiothérapie externe, la radiothérapie stéréotaxique corporelle (RSC) et la radiothérapie classique, la RSC est la plus couramment utilisée.

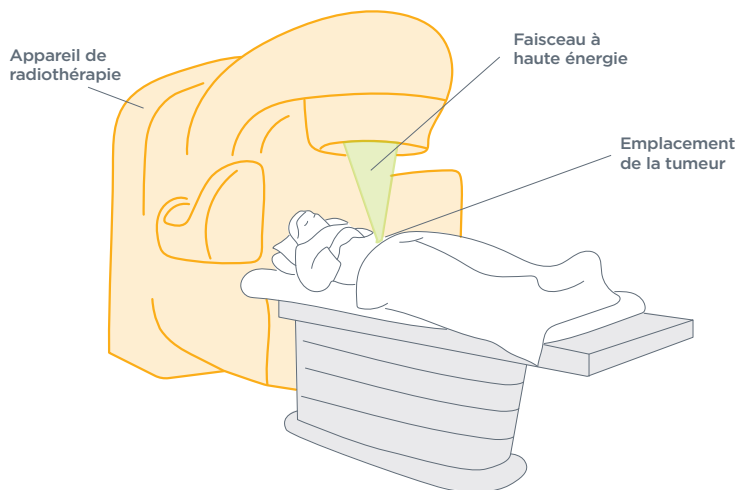
La **radiothérapie stéréotaxique corporelle** (RSC) est également connue sous le nom de radiothérapie stéréotaxique d'ablation (SABR) ou de radiochirurgie. Elle utilise une dose d'irradiation très importante, mais très ciblée/précise sur la tumeur. Elle prend peu de temps (environ un à cinq jours) et est généralement bien tolérée.

La radiothérapie classique est administrée à des doses plus faibles sur une durée plus longue (de cinq à 30 jours, selon qu'elle est appliquée à des fins curatives ou de prise en charge des symptômes). Elle peut traiter la tumeur primaire, les nœuds lymphoïdes et les organes/tissus vers lesquels le cancer s'est propagé.

La radiothérapie externe est le traitement standard pour les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade I et II qui déclinent ou ne peuvent pas subir d'intervention chirurgicale. Pour la plupart des patients, la radiothérapie classique assortie de chimiothérapie (chimioradiation) est le traitement standard du cancer du poumon non à petites cellules de stade III. Associée à un traitement

systémique, la radiothérapie pour le cancer du poumon non à petites cellules de stade IV vise principalement les métastases. Elle peut servir à traiter les petites tumeurs qui se sont propagées au cerveau, aux os, aux glandes surrénales ou à la colonne vertébrale.

Radiothérapie externe pour le cancer du poumon



La radiothérapie externe

À quoi s'attendre en radiothérapie stéréotaxique corporelle

Avant le début de la radiothérapie

Avant le début de votre RSC, vous effectuerez une séance de simulation. Au cours de cette séance, votre médecin met votre traitement au point et détermine précisément où le faisceau d'irradiation doit frapper. Pour ce faire, il peut effectuer des tomodensitogrammes à haute résolution et, parfois, des IRM ou des tomographies par émission de positons pour définir avec précision la taille, la forme et l'emplacement de votre tumeur pulmonaire. Le médecin placera aussi des repères sur votre peau pour mieux vous positionner durant chaque séance de radiothérapie.

Parce que la RSC émet des radiations avec une extrême précision, vous devez rester complètement immobile pendant le traitement. Un masque ou un dispositif

d'immobilisation sera utilisé pour vous maintenir toujours dans la même position à chaque traitement. Le masque est fait d'un matériau spécial qui épouse la forme de votre visage et le haut de votre poitrine, puis durcit. Votre médecin veillera à ce que le masque soit bien adapté et que vous arriviez à respirer aisément pendant la séance de simulation.

Après la séance de simulation, votre équipe soignante adaptera le plan de traitement à vos besoins. Elle utilisera les images de simulation pour déterminer la dose d'irradiation exacte et les angles optimaux pour cibler la tumeur.

Pendant les séances de traitement

Vous vous allongerez sur la table de traitement, puis le masque d'immobilisation sera posé pour vous maintenir dans une position constante, comme vous l'avez fait lors de la séance de simulation. Ensuite, l'appareil de radiothérapie tournera autour de vous et ciblera la tumeur sous différents angles. L'intervention est indolore et prend généralement peu de temps. Toutefois, sa durée peut varier en fonction de l'appareil et de l'emplacement de la tumeur.

Votre calendrier des séances de radiothérapie dépend de votre situation. Vous pouvez recevoir la radiothérapie quotidiennement pendant plusieurs jours ou semaines ou une fois par semaine pendant plusieurs semaines.

Après le traitement

Après le traitement, vous pouvez ressentir de la fatigue, une toux ou une irritation cutanée localisée. Adressez-vous à votre équipe médicale en présence de tels symptômes.

À quoi s'attendre en radiothérapie classique

Le processus débute par une séance de simulation en radiothérapie classique similaire à la RSC. Toutefois, contrairement aux séances très ciblées et moins nombreuses de RSC, la radiothérapie classique implique généralement plus de séances de traitement réparties sur plusieurs semaines pour permettre à votre tissu de cicatriser entre deux doses. Les dispositifs d'immobilisation peuvent être moins restrictifs, car la précision requise n'est pas aussi élevée que dans le cas de la RSC.

Les effets indésirables peuvent être plus prononcés dans le cas de la radiothérapie classique en raison des plus grandes zones de tissu exposées à l'irradiation. À ce titre, vous pourriez avoir besoin d'une période de convalescence plus longue et d'une surveillance plus étroite par votre équipe soignante.

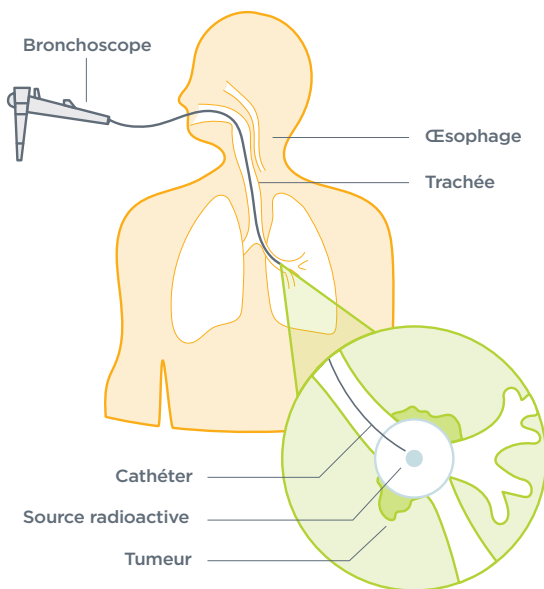
Curiethérapie

La curiethérapie, ou radiothérapie endobronchique, utilise la radiation interne pour traiter les tumeurs. Au lieu de diriger les rayons de l'extérieur du corps, la curiethérapie irradie la tumeur de l'intérieur en utilisant une source radioactive placée à l'intérieur ou autour de la tumeur.

La curiethérapie peut être utilisée dans différentes situations pour traiter le cancer non à petites cellules :

- Pour traiter les tumeurs qui obstruent les voies respiratoires
- Comme traitement adjuvant pour tuer le cancer restant après la chirurgie
- Comme traitement principal (bien que rarement) s'il est impossible de pratiquer la radiothérapie externe à cause d'une mauvaise fonction pulmonaire

Radiothérapie interne pour le cancer du poumon



Radiothérapie interne (curiethérapie)

À quoi s'attendre avec une curiethérapie

Cette intervention est pratiquée par une équipe de médecins, dont un chirurgien thoracique, un pneumologue et un radio-oncologue.

Votre médecin vous administrera d'abord un anesthésique local pour engourdir les voies respiratoires supérieures. Ensuite, à l'aide d'un bronchoscope, un cathéter (un tube creux minuscule) est placé sur le site tumoral. Le radio-oncologue déterminera et marquera les emplacements exacts à traiter. Ensuite, le médecin placera des grains radioactifs à proximité ou à l'intérieur de la tumeur. Ces grains émettent une dose d'irradiation élevée.

Dans la plupart des scénarios, la radiothérapie dure plusieurs minutes. Les grains sont alors extraits à travers le cathéter. Dans de rares cas, ils peuvent être laissés à l'intérieur de l'organisme pendant une courte période.

Effets indésirables de la radiothérapie

La radiothérapie peut provoquer certains effets indésirables, selon son type. Les effets indésirables de la radiothérapie externe sont les suivants :

- Une irritation de la peau semblable à un coup de soleil dans la zone de traitement (la peau aura l'air rouge et pourrait être sèche et douloureuse)
- Perte de cheveux dans la zone de traitement
- Fatigue
- Perte d'appétit
- Nausée
- Douleur à la déglutition
- Toux
- Essoufflement dû à une inflammation pulmonaire (peut survenir pendant, immédiatement après ou longtemps après la fin de la radiothérapie)

Si vous ressentez l'un de ces symptômes, parlez-en à votre équipe soignante, car des traitements sont disponibles pour les soulager.

Les effets indésirables de la curiethérapie (radiothérapie interne) comprennent :

- Infection
- Fièvre
- Toux

- Essoufflement dû à une inflammation
- Enflure des voies respiratoires

Questions à poser à votre équipe médicale sur la radiothérapie



- Quel est l'objectif principal de la radiothérapie dans mon cas?
- Y a-t-il d'autres options de traitement à ma disposition? Comment la radiothérapie se compare-t-elle à celles-ci?
- Quel type de radiothérapie me recommandez-vous : la radiothérapie externe ou la curiethérapie?
- Si la radiothérapie externe est recommandée, quel type particulier proposez-vous et pourquoi?
- Quelle est la dose totale d'irradiation attendue?
- De combien de séances aurai-je besoin et combien de temps durera chacune d'elles?
- Dois-je prendre des précautions particulières, comme éviter l'exposition à d'autres personnes?
- Aurai-je besoin d'un masque ou d'un dispositif d'immobilisation pendant mon traitement?
- Comment dois-je prendre soin de ma peau dans la zone traitée?
- Quels sont les effets indésirables courants à court et à long terme de la radiothérapie? Comment les atténuer?
- De quel type de suivi aurai-je besoin après la radiothérapie?
- Comment allez-vous surveiller l'efficacité de la radiothérapie?
- Quand puis-je constater des améliorations ou résultats positifs?
- Vais-je pouvoir continuer à travailler ou à accomplir mes activités habituelles pendant la radiothérapie?
- Y a-t-il des ressources ou des groupes de soutien que vous recommandez aux patients subissant une radiothérapie?

Chimiothérapie

La chimiothérapie (ou chimio) renvoie à un type de médicaments qui sert à détruire les cellules cancéreuses. Ces médicaments sont soit injectés par voie intraveineuse, soit pris par voie orale. La chimiothérapie peut être intégrée à votre traitement pour différentes situations :

- **Cancer du poumon non à petites cellules à stade précoce :** Mis à part le stade I, la chimiothérapie peut être administrée soit avant la chirurgie (traitement néoadjuvant), soit après (traitement adjuvant).
- **Cancer du poumon non à petites cellules localement avancé :** Parfois, la chimiothérapie en association avec la radiothérapie (chimioradiation) peut être le traitement principal pour les patients à ce stade, lorsque la chirurgie n'est pas recommandée.
- **Cancer du poumon non à petites cellules métastatique :** Une chimiothérapie peut être administrée pour traiter un cancer qui s'est propagé à d'autres organes.

Le type de médicaments de chimiothérapie dépend de la durée de la chimiothérapie dans votre plan de traitement ainsi que du type et du stade de votre cancer.

Agents chimiothérapeutiques

Les agents chimiothérapeutiques tuent les cellules cancéreuses en endommageant leur ADN ou en perturbant les processus clés dont les cellules cancéreuses ont besoin pour rester en vie et se multiplier.

Souvent, on peut vous recommander une polychimiothérapie où une combinaison de deux agents chimiothérapeutiques est administrée pour traiter le cancer du poumon non à petites cellules. Cette association est appelée chimiothérapie d'association. Le doublet de chimiothérapie avec sels de platine est une chimiothérapie d'association courante, qui est une combinaison d'un agent cytotoxique à base de sels de platine et d'un deuxième agent chimiothérapeutique.

On peut essayer un autre agent chimiothérapeutique si la chimiothérapie d'association ne donne pas les résultats escomptés ou n'est pas tolérée. Ces traitements ultérieurs consistent généralement en une chimiothérapie unique.

À quoi s'attendre en chimiothérapie

En règle générale, vous recevrez une chimiothérapie dans une clinique ambulatoire, ce qui vous permettra de rentrer chez vous le même jour, sans passer la nuit loin de chez vous.

La chimiothérapie est administrée par cycles. Ces cycles consistent en des jours de traitement, au cours desquels vous recevez les agents chimiothérapeutiques, entrecoupés de jours de repos pour permettre à votre corps de récupérer. La durée et la fréquence de ces cycles varient en fonction du médicament et de votre plan de traitement.

La plupart des agents chimiothérapeutiques sont injectés dans une veine, mais certains sont proposés sous forme de gélule qui peut être prise par voie orale.

Votre équipe soignante surveillera de près vos réactions et votre état de santé général tout au long de la chimiothérapie. Elle peut vous demander de faire régulièrement des analyses sanguines, des radiographies ou des tomodensitogrammes pour suivre l'évolution de votre traitement.

Effets indésirables de la chimiothérapie

Vous pouvez ressentir certains effets indésirables lors de la chimiothérapie. Ceux-ci varient en fonction du type de médicament, de la durée du traitement, de la durée de chaque séance et de votre état de santé général.

Les agents chimiothérapeutiques s'attaquent à toutes les cellules qui se développent rapidement, y compris les cellules normales de vos cheveux, de votre tube digestif et de votre sang, ce qui entraîne les effets indésirables suivants :

- Perte de cheveux
- Nausées et vomissements
- Ulcères buccaux
- Perte d'appétit
- Diarrhée ou constipation
- Fatigue
- Risque plus élevé d'infections
- Engourdissement ou picotement du bout des doigts et des orteils
- Douleurs musculaires et articulaires

- Anémie
- Ecchymoses ou saignements dus à une faible numération plaquettaire

Si vous ressentez l'un de ces symptômes, parlez-en à votre équipe soignante, car des traitements sont disponibles pour les soulager.

La gravité et la durée de ces effets indésirables varient d'une personne à l'autre. Souvent, ils disparaissent à la fin du traitement. De plus, il est possible de les prévenir ou de les atténuer de différentes façons. Par exemple, vous pouvez prendre des médicaments pour prévenir ou réduire les nausées ou la diarrhée.

L'un des effets indésirables les plus graves de la chimiothérapie est la diminution du nombre de neutrophiles (un type de globules blancs dans votre sang) qui peut augmenter votre risque d'infection. Si vous développez une fièvre pendant le traitement, rendez-vous immédiatement à une salle des urgences.

Certains agents chimiothérapeutiques peuvent endommager les reins, les nerfs et l'audition. D'autres peuvent provoquer des effets indésirables permanents, comme la ménopause prématurée ou l'infertilité.

Questions à poser à votre équipe soignante sur la chimiothérapie



- Dans mon cas, quel est l'objectif principal de la chimiothérapie : Guérir le cancer, améliorer l'efficacité des autres traitements ou atténuer les symptômes?
- Quelles sont les chances que la chimiothérapie soit efficace pour mon type de cancer du poumon?
- Quels agents chimiothérapeutiques me seront-ils administrés?
- À quelle fréquence vais-je recevoir une chimiothérapie et pendant combien de temps?
- Comment la chimiothérapie sera-t-elle administrée (par intraveineuse ou par comprimé)?
- À quoi dois-je m'attendre le jour du traitement? Quelle est la durée de chaque séance?
- Comment saurons-nous si la chimiothérapie a porté ses fruits?

- Aurai-je besoin d'autres traitements, comme la radiothérapie ou la chirurgie, en plus de la chimiothérapie?
- Quels sont les effets indésirables courants des agents chimiothérapeutiques que je vais prendre?
- Y a-t-il des effets indésirables à long terme dont je devrais être conscient(e)? Que puis-je faire pour gérer ou réduire ces effets indésirables?
- Dois-je signaler les effets indésirables, même s'ils sont faibles? Dans l'affirmative, comment dois-je m'y prendre?
- À quelle fréquence devrai-je effectuer des analyses de sang ou subir des tests d'imagerie pendant ma chimiothérapie?
- Puis-je continuer à travailler ou aller à l'école pendant la chimiothérapie?
- Y a-t-il des activités que je dois éviter pendant le traitement?
- Y a-t-il un régime alimentaire recommandé ou des restrictions alimentaires que je dois respecter pendant la chimiothérapie?
- Puis-je m'entretenir avec un nutritionniste, un thérapeute ou un conseiller dans le cadre de mon plan de traitement?
- Mon assurance couvrira-t-elle le coût de la chimiothérapie?
- Existe-t-il des programmes d'aide ou des conseillers financiers auxquels je peux m'adresser pour supporter les coûts?
- De quels soins de suivi aurai-je besoin après la chimiothérapie?
- À quelle fréquence devrai-je effectuer des bilans de santé après mon traitement?

Immunothérapie

L'immunothérapie est une catégorie de médicaments qui permettent à votre système immunitaire de repérer et détruire les cellules cancéreuses. Ces médicaments visent à traiter le cancer du poumon non à petites cellules à différents stades. Il est possible de les administrer seuls ou de les combiner avec la chimiothérapie.

Comment fonctionne l'immunothérapie?

Le système immunitaire est votre défense naturelle contre les infections et les maladies. Les cellules du système immunitaire, comme les lymphocytes T, surveillent en permanence les cellules de l'organisme pour déterminer si celles-ci sont normales ou posent une menace. Pour ce faire, le système immunitaire est tenu de distinguer les cellules normales des cellules nocives.

Chaque cellule est munie de protéines particulières à sa surface. Les envahisseurs nuisibles, comme les virus ou les bactéries, ont de protéines appelées antigènes. Ces antigènes signalent les menaces au système immunitaire. En revanche, les cellules de l'organisme possèdent des protéines différentes, appelées auto-antigènes. Celles-ci signalent au système immunitaire qu'il s'agit d'un corps endogène qui ne doit pas être attaqué.

Toutefois, certaines cellules cancéreuses ont trouvé un moyen de tromper le système immunitaire. Elles produisent à leur surface des protéines particulières qui se lient aux protéines des lymphocytes T. Cette interaction empêche les cellules T d'identifier les cellules cancéreuses comme étant nuisibles. Ces protéines sont appelées points de contrôle. Les plus courantes sont PD-L1 sur les cellules cancéreuses et PD-1 ou CTLA-4 sur les lymphocytes T.

Un ensemble de médicaments immunothérapeutiques qui ciblent ces points de contrôle sont appelés inhibiteurs de point de contrôle. En bloquant ces points, les médicaments aident le système immunitaire à reconnaître et à attaquer les cellules cancéreuses.

Selon ce qu'ils bloquent, les inhibiteurs de points de contrôle sont classés comme suit :

- **Inhibiteurs de PD-1/PD-L1** : Les inhibiteurs de PD-1/PD-L1 empêchent les interactions entre la PD-1 et la PD-L1 de manière à ce que les cellules immunitaires puissent reconnaître et détruire les cellules cancéreuses. Ces médicaments sont en mesure de traiter différents stades de cancer du poumon non à petites cellules. Au départ, ils n'étaient utilisés que pour le cancer du poumon avancé ou métastatique. Mais récemment, certains médicaments ont fait l'objet d'une étude et d'une approbation pour le cancer du poumon à un stade précoce. En fonction du médicament et du stade du cancer, il est possible de les administrer seuls ou de les combiner avec une chimiothérapie ou une chimioradiation.

Avant d'utiliser ces médicaments, il se peut que vous deviez effectuer un test de

biomarqueurs pour d'évaluer la quantité de protéine PD-L1 dans la tumeur, car certains inhibiteurs de points de contrôle seraient plus efficaces sur les tumeurs présentant des niveaux plus élevés de PD-L1.

- **Inhibiteurs de la CTLA-4** : Les inhibiteurs de la CTLA-4 bloquent la protéine CTLA-4 présente sur les lymphocytes T et renforcent la réponse du système immunitaire.

Effets indésirables de l'immunothérapie

Les immunothérapies stimulent votre système immunitaire, ce qui peut entraîner des effets indésirables. Dans le cas des inhibiteurs de PD-1/PD-L1, les plus courants sont la fatigue, la toux, l'essoufflement, les éruptions cutanées, les démangeaisons, les douleurs articulaires et la diarrhée.

Les effets indésirables les plus courants des inhibiteurs de CTLA-4 sont la fatigue, les éruptions cutanées, la diarrhée et les douleurs musculaires ou osseuses.

Les effets indésirables plus graves mais moins courants de ces médicaments sont la réaction à la perfusion et la réaction auto-immune.

- **Réaction auto-immune** : Les immunothérapies stimulent le système immunitaire. Par conséquent, celui-ci peut s'attaquer à d'autres parties de l'organisme, comme les intestins, la thyroïde, le foie, la peau, les reins, les poumons et d'autres organes. Ces effets secondaires peuvent parfois mettre la vie en danger.
- **Réaction à la perfusion** : Certaines personnes peuvent avoir une réaction à la perfusion pendant qu'elles reçoivent le médicament. Cette réaction peut être légère ou grave. Les symptômes comprennent des rougeurs au visage, des douleurs au dos ou au ventre, des difficultés à respirer, de la fièvre, des frissons et des vertiges. Si l'un de ces symptômes survient pendant que vous recevez le médicament, signalez-le immédiatement à votre médecin ou au personnel infirmier.

Informez immédiatement votre équipe médicale si vous ressentez l'un de ces effets indésirables ou tout autre symptôme nouveau. Des traitements sont proposés pour les prendre en charge.

Questions à poser à votre équipe médicale sur l'immunothérapie



- Quel est le but de l'immunothérapie?
- L'immunothérapie est-elle une possibilité pour moi? Quelles sont mes options de traitement?
- Dois-je subir une analyse de biomarqueurs pour recevoir l'immunothérapie?
- Quelles seront la durée et la fréquence de ce traitement?
- Quels médicaments vais-je recevoir et comment fonctionnent-ils?
- Quels sont les effets indésirables possibles, et que puis-je faire pour les prévenir ou soulager?
- Les effets indésirables sont-ils permanents?
- À qui puis-je m'adresser si je ressens des effets indésirables?
- Y a-t-il des médicaments qui peuvent aider à atténuer les effets indésirables?
- Pourrai-je reprendre mes activités normales après l'immunothérapie?
- Puis-je faire quelque chose, comme changer mon alimentation, faire de l'exercice ou atténuer le stress, pour m'aider à composer avec les effets durant mon traitement ou mon ma convalescence?
- Suis-je admissible à participer à des essais cliniques de médicaments d'immunothérapie?

Thérapie ciblée

Les thérapies ciblées sont des médicaments conçus pour cibler une tumeur présentant des mutations génétiques particulières. Les résultats de vos analyses de biomarqueurs détermineront si vous pouvez recevoir un médicament de thérapie ciblée.

Ces médicaments perturbent les processus clés dont la cellule cancéreuse a besoin pour rester en vie et se développer. Cette perturbation peut ralentir la croissance du cancer ou réduire la taille de la tumeur. Comme elles ont des cibles précises, les thérapies ciblées touchent généralement un nombre moins élevé de cellules saines et provoquent des effets indésirables moins graves que ceux de la chimiothérapie.

Dans la section suivante, nous aborderons les thérapies ciblées pour le cancer du poumon. Le domaine des thérapies ciblées évolue rapidement. De nouveaux traitements sont régulièrement approuvés. Par conséquent, échangez avec votre équipe soignante au sujet des médicaments qui vous conviennent le mieux.

Les thérapies ciblées sont classées en fonction de la mutation génétique qu'elles ciblent :

- **Inhibiteurs de l'EGFR** : L'EGFR (récepteur du facteur de croissance épidermique) est une protéine située à la surface des cellules qui favorise leur croissance. Les cellules cancéreuses présentant une mutation de l'EGFR produisent des protéines EGFR mutées qui signalent à la cellule de se multiplier indéfiniment, ce qui fait grossir la tumeur. Les inhibiteurs de l'EGFR bloquent ce signal. Au Canada, environ 14 % des adénocarcinomes présentent une mutation de l'EGFR. L'adénocarcinome avec mutation de l'EGFR est plus courant chez les femmes, les non-fumeurs, les fumeurs légers et les Asiatiques de l'Est.
- **Inhibiteurs de l'ALK** : Certaines cellules cancéreuses présentent une mutation du gène ALK, ce qui se traduit par des protéines ALK anormales qui favorisent la croissance cellulaire. Les inhibiteurs de l'ALK ciblent les protéines ALK anormales. Environ 3 à 5 % des cancers du poumon non à petites cellules présentent cette mutation. Ces tumeurs sont plus courantes chez les personnes plus jeunes atteintes d'adénocarcinome, qui n'ont jamais fumé ou qui avaient été des fumeurs légers.
- **Inhibiteurs du ROS1** : Certaines cellules cancéreuses contiennent des gènes ROS1 qui sont mélangés ou fusionnés avec un autre gène. Ces cellules créent des protéines ROS1 anormales. Les inhibiteurs de ROS1 ciblent ces protéines. Seulement 1 % des cancers du poumon non à petites cellules présentent cette mutation. Ces tumeurs sont plus courantes chez les jeunes, les non-fumeurs et les fumeurs légers.
- **Inhibiteurs du BRAF** : Environ 1 à 3 % des cancers du poumon non à petites cellules présentent une mutation du BRAF connue sous le nom de V600E. Les cellules cancéreuses présentant cette mutation produisent des protéines BRAF anormales qui favorisent la croissance cellulaire. Les inhibiteurs du BRAF ciblent les protéines BRAF anormales.
- **Inhibiteurs du TRK** : Certaines cellules cancéreuses contiennent des gènes NTRK qui sont mélangés ou fusionnés avec un autre gène. Cette mutation est appelée fusion du TRK et produit des protéines TRK anormales. Les inhibiteurs du TRK ciblent les protéines TRK anormales. Seulement 1 % des cancers du

poumon non à petites cellules présentent cette mutation. Ces tumeurs sont plus courantes chez les jeunes, les non-fumeurs et les fumeurs légers.

- **Inhibiteurs de KRAS :** Certaines cellules cancéreuses présentent une mutation du gène KRAS, ce qui se traduit par des protéines KRAS anormales qui favorisent la croissance cellulaire. Certains cancers du poumon non à petites cellules présentent un type particulier de mutation du gène KRAS, connue sous le nom de mutation KRAS G12C. Elle se traduit par des protéines KRAS G12C anormales. Les inhibiteurs de KRAS ciblent ces protéines.
- **Inhibiteurs de RET :** Un faible pourcentage de cancers du poumon non à petites cellules présente une mutation du gène RET. Cette mutation produit des protéines RET anormales qui favorisent la croissance cellulaire. Les inhibiteurs du RET ciblent ces protéines anormales.
- **Inhibiteurs du MET :** Les mutations du MET à saut d'exon font partie des mutations du MET observées dans le cancer du poumon non à petites cellules. Les inhibiteurs du MET ciblent ces mutations.



Pour en savoir plus sur les thérapies ciblées pour le cancer du poumon et les médicaments proposés au Canada, rendez-vous sur lungcancercanada.ca.

Effets indésirables des thérapies ciblées

Parmi les effets indésirables communs des thérapies ciblées, on peut citer la diarrhée, les éruptions, les ulcères buccaux, la perte d'appétit et la fatigue. La plupart de ces effets sont bien tolérés et peuvent être pris en charge. Si vous ressentez des effets indésirables pendant que vous prenez des thérapies ciblées, parlez-en à votre équipe soignante.

Questions à poser à votre équipe médicale sur la thérapie ciblée



- Quelles mutations ont-elles été découvertes dans mon échantillon de biopsie? Quelles sont mes options de traitement?
- Faut-il analyser mon cancer pour déterminer s'il y a eu d'autres mutations?

- Quel est l'objectif du traitement ciblé?
- Quelles seront la durée et la fréquence de ce traitement?
- Quels médicaments vais-je recevoir et comment fonctionnent-ils?
- Quels sont les effets indésirables possibles et comment puis-je y faire face?
- Les effets indésirables sont-ils permanents?
- À qui puis-je m'adresser si je ressens des effets indésirables?
- Y a-t-il des médicaments qui peuvent atténuer les effets indésirables?
- Suis-je admissible à participer à des essais cliniques?

Traitement du cancer du poumon à petites cellules

La chimiothérapie constitue le traitement fondamental du cancer du poumon à petites cellules au stade localisé et au stade avancé. Comme ce cancer évolue rapidement, il est généralement diagnostiqué à un stade tardif, lorsqu'il s'est déjà propagé à d'autres organes. La chimiothérapie est donc plus efficace que les traitements localisés, comme la radiothérapie et la chirurgie.

Selon des recherches récentes, l'immunothérapie joue également un rôle dans la prise en charge de ce type de cancer. Même si la radiothérapie et la chirurgie servent souvent à traiter le cancer au stade localisé, elles jouent aussi un rôle dans le soulagement des symptômes du cancer du poumon à petites cellules au stade avancé, ce qui sera expliqué plus loin dans cette section.

Le traitement du cancer du poumon à petites cellules diffère selon le stade :

- Les principaux traitements du **cancer du poumon à petites cellules au stade localisé** restent la chimiothérapie et la radiothérapie, et peuvent inclure l'immunothérapie dans certains cas.
- Les principaux traitements du **cancer du poumon à petites cellules au stade avancé** comprennent l'immunothérapie, la chimiothérapie et, dans certains cas, la radiothérapie.

Chimiothérapie

Comme mentionné ci-dessus, la chimiothérapie est le traitement principal du cancer du poumon à petites cellules, quel que soit le stade du cancer. Elle peut être administrée en association avec la radiothérapie (chimioradiation), comme traitement de première intention pour le cancer du poumon à petites cellules au stade localisé, ou en association avec l'immunothérapie.

En général, on combine deux médicaments de chimiothérapie. Les médicaments exacts dépendront de votre cas particulier.



Pour en savoir plus sur la chimiothérapie et ses effets indésirables, consultez les pages 52 à 55 du présent guide.

Immunothérapie

Certaines des immunothérapies le plus souvent utilisées pour traiter le cancer du poumon à petites cellules ciblent une protéine particulière appelée PD-L1.

Dans le cas du **cancer du poumon à petites cellules au stade avancé**, les médicaments d'immunothérapie PD-L1 sont généralement administrés en même temps que la chimiothérapie, puis seuls comme traitement d'entretien, sauf contre-indication.

Dans le cas du **cancer du poumon à petites cellules au stade localisé**, des essais cliniques récents ont montré que l'immunothérapie apporte des bienfaits chez les patients atteints d'un cancer du poumon à petites cellules au stade localisé ayant été stabilisé après un traitement initial par chimiothérapie et radiothérapie. Pourtant, l'approbation de l'immunothérapie dans un tel contexte ne se fait pas d'office.

À défaut, certains médicaments d'immunothérapie peuvent plutôt cibler la PD-1, un récepteur situé à la surface des cellules immunitaires qui est moins répandu que la PD-L1. Des essais cliniques sont actuellement engagés pour étudier les immunothérapies ciblant la PD-1 en association avec d'autres médicaments, tant contre le cancer au stade localisé que le cancer au stade avancé.



Pour en savoir plus sur l'immunothérapie et ses effets indésirables, consultez les pages 55 à 58 du présent guide.

Radiothérapie

La radiothérapie est utilisée dans différentes situations :

- **Cancer du poumon à petites cellules au stade avancé** : la radiothérapie fait partie de la chimioradiation. Si le cancer du poumon réagit bien à ce traitement, votre médecin pourrait recommander une radiothérapie préventive du cerveau.
- **Cancer du poumon à petites cellules au stade avancé** : La radiothérapie ne fait pas partie du traitement principal. Elle est plutôt utilisée dans le cadre d'un traitement palliatif. Le traitement palliatif est en mesure de soulager certains symptômes, tels que la difficulté à respirer ou à avaler.

Si le cancer ne s'est pas encore propagé au cerveau et que la tumeur réagit bien à la chimiothérapie, votre médecin pourrait recommander une radiothérapie préventive du cerveau. Si le cancer s'est déjà propagé au cerveau, la radiothérapie peut être utilisée comme traitement.



Pour en savoir plus sur la radiothérapie et ses effets indésirables, consultez les pages 45 à 51 du présent guide.

Chirurgie

À l'heure actuelle, la chirurgie n'est pas un élément standard du traitement pour le cancer du poumon à petites cellules. Dans de rares cas, la chirurgie peut être proposée comme traitement de première intention si :

- Le cancer est diagnostiqué à un stade limité **et**
- La tumeur est petite et peut être entièrement retirée, **et**
- Les explorations fonctionnelles pulmonaires indiquent que le poumon est suffisamment sain pour l'ablation d'un lobe ou d'un poumon entier.



Pour en savoir plus sur les types de chirurgies, ce à quoi vous attendre et leurs effets indésirables, consultez les pages 39 à 45 du présent guide.



Essais cliniques

Un essai clinique (une étude sur des sujets humains) est un moyen soigneusement contrôlé d'étudier l'efficacité et l'innocuité des nouveaux traitements. Avant qu'un traitement n'atteigne ce stade, il a été largement mis à l'essai en laboratoire et sur des animaux.

Les essais cliniques sont menés sous la supervision étroite de médecins et de professionnels de la recherche. Ils nécessitent l'approbation de Santé Canada et doivent faire l'objet d'un examen et d'une approbation par un comité d'éthique de la recherche (CER). Le CER est une équipe composée de chercheurs indépendants qui veillent à ce que l'étude respecte les normes éthiques les plus élevées et soit menée dans des conditions sûres.

La participation à un essai clinique est un choix qui vous appartient. Si vous souhaitez y participer ou savoir si un essai en particulier vous convient, discutez-en avec votre équipe soignante. Posez-lui toutes vos questions, car elle est la mieux placée pour vous renseigner sur votre plan de traitement et vos options.

Les participants aux essais cliniques ne sont pas des « cobayes » et les essais ne sont pas une solution de dernier recours. Votre médecin vous recommande de participer à un essai lorsqu'il pense qu'il s'agit du meilleur choix possible compte tenu de votre type de cancer ou du stade de la maladie.



Pour en savoir plus sur les essais cliniques, rendez-vous sur lungcancer canada.ca. Pour découvrir si des essais cliniques dans votre région, rendez-vous sur canadiancancer trials.ca et clinicaltrials.gov.



Soins palliatifs

Les soins palliatifs sont un programme de soulagement des symptômes, destiné à toute personne atteinte d'une maladie chronique ou grave, y compris le cancer. Ils servent à prendre en charge les symptômes de la maladie et les effets indésirables des traitements.

Les patients peuvent faire le choix de recevoir des soins palliatifs à toute étape de leur parcours thérapeutique. Ces soins sont proposés à l'hôpital, dans les cliniques ambulatoires ou à domicile.

L'équipe de soins palliatifs collabore étroitement avec vos autres médecins.

Pendant que vous subissez des traitements, comme la chirurgie ou la chimiothérapie, vous pouvez recevoir simultanément le soutien de cette équipe.

À quoi s'attendre des soins palliatifs?

Votre plan de soins palliatifs est personnalisé pour vous-même et vos symptômes.

Règle générale, vous pouvez vous attendre à ce que certains des symptômes suivants soient soulagés :

- Essoufflement
- Douleur
- Toux persistante
- Fatigue
- Perte d'appétit et de poids
- Nausées et vomissements
- Constipation ou diarrhée
- Perturbations du sommeil
- Changements d'humeur

Les soins palliatifs s'attaquent à vos symptômes et vous aident à poursuivre votre vie quotidienne. Ils améliorent également votre capacité à subir les traitements.

De plus, ils vous aident à comprendre davantage votre cancer et vous préparent aux prochaines étapes.

Différence entre soins palliatifs et soins de fin de vie

Les soins palliatifs ne sont pas des soins de fin de vie :

- Les soins palliatifs conviennent à toute personne atteinte d'une maladie chronique ou grave, quelle que soit l'évolution de la maladie. Il est possible d'en bénéficier dès que le diagnostic est posé et tout au long des soins et du traitement.
- Les soins de fin de vie sont prodigués aux patients dans le cadre de la phase terminale de leur maladie. Ils ont pour but premier d'assurer un maximum de confort aux personnes dont le décès est proche.

Les soins palliatifs sont organisés de différentes façons, selon l'hôpital. Consultez votre médecin pour savoir si des soins palliatifs sont disponibles et s'ils pourraient vous apporter un réconfort.



Pour en savoir plus sur les soins palliatifs, rendez-vous sur lungcancercanada.ca.

Questions à poser à votre équipe médicale sur les soins palliatifs



- Comment les soins palliatifs sont-ils différents de mon traitement actuel?
- Quel est le moment le plus opportun pour commencer les soins palliatifs?
- Comment les soins palliatifs peuvent-ils m'aider précisément?
- Au nombre des symptômes de mon cancer du poumon, lesquels sont atténués par les soins palliatifs?
- Comment les soins palliatifs peuvent-ils m'aider à gérer les effets indésirables de mes traitements?
- L'équipe de soins palliatifs assurera-t-elle la coordination avec mon oncologue et d'autres spécialistes?
- Puis-je poursuivre mes traitements actuels tout en recevant des soins palliatifs?
- Où recevrai-je des soins palliatifs – à l'hôpital, dans une clinique ambulatoire ou à domicile?
- Qui fait partie de l'équipe de soins palliatifs?
- L'équipe de soins palliatifs offre-t-elle un soutien psychologique ou émotionnel?
- À quelle fréquence vais-je rencontrer l'équipe de soins palliatifs?
- Quelle est la durée habituelle d'une séance de soins palliatifs?
- Comment les soins palliatifs peuvent-ils m'aider à prendre des décisions éclairées concernant mes options en matière de traitement?
- L'équipe de soins palliatifs peut-elle aider à la planification préalable des soins ou à la création d'un testament de vie?
- Mon assurance couvre-t-elle les soins palliatifs?

- Comment les soins palliatifs peuvent-ils fournir un soutien à ma famille et à mes proches?
- Ma famille peut-elle m'accompagner lors des séances ou des réunions de soins palliatifs?
- Comment saurai-je qu'il est temps de passer des soins palliatifs aux soins en fin de vie?
- Quel processus faut-il suivre pour passer aux soins de fin de vie, au besoin?
- Pouvez-vous me recommander des ressources ou des documents sur les soins palliatifs?
- Puis-je parler avec un autre patient qui a reçu des soins palliatifs pour prendre son avis?

Chapitre 5:

Vivre avec le cancer du poumon



Terry Morey



Terry Morey, 76 ans, vit à Cochrane, en Alberta. Ayant entamé son parcours en 2013 avec ce qu'il pensait n'être qu'un rhume persistant, il a reçu un diagnostic d'adénocarcinome pulmonaire non à petites cellules de stade IV.

Comme les symptômes du rhume ont persisté, son médecin l'a renvoyé passer une radiographie. On a alors découvert beaucoup de liquide dans son poumon inférieur gauche qui risquait de s'affaïsser. Terry s'est rendu directement à l'hôpital où on a drainé l'épanchement. Il a ensuite passé un tomodensitogramme pour un examen plus approfondi.

La semaine suivante, il a reçu les résultats : cancer du poumon. « Mais ce n'était pas possible – je n'ai jamais fumé, je mène une vie assez saine. Ils doivent avoir tort », affirme Terry. On a informé Terry qu'il n'avait que 6 à 18 mois à vivre, sa seule option de traitement étant la chimiothérapie qui a mal tourné et a été interrompue en 2015.

Puis espoir ténu : Terry s'est vu offrir la possibilité de participer à l'essai clinique d'un médicament d'immunothérapie. Il fallait en premier réaliser une biopsie de tissu ferme, qui a indiqué qu'il avait la mutation du gène ALK. Au lieu de l'immunothérapie, Terry a commencé à prendre un inhibiteur de la tyrosine kinase en pilule. En 2019, son équipe soignante a remarqué une nouvelle tumeur et décidé de changer d'inhibiteur. En 2020, Terry a commencé à prendre le nouveau médicament et, bien que les effets indésirables provoquent une certaine fatigue, il a pu poursuivre ses activités quotidiennes sans trop de difficultés.

« Dix ans plus tard, je suis toujours là pour raconter mon histoire. Je suis un homme chanceux. Ma famille, mes amis et la communauté religieuse m'ont tellement soutenu dans mon combat contre le cancer du poumon. Mon conseil : ne perdez jamais espoir. Il y a toujours de l'espoir. »

Lisez l'histoire complète de Terry au www.lungcancercanada.ca

La vie après un diagnostic de cancer du poumon est un véritable manège d'émotions en montagnes russes. Un traitement réussi peut susciter un profond sentiment de soulagement, ainsi qu'une crainte persistante de récurrence, de l'angoisse ou de l'incertitude. De tels sentiments sont naturels.

Dans ce chapitre, nous traiterons des différents aspects de la vie avec un cancer du poumon.

Votre équipe soignante

L'équipe responsable de vos soins de santé ou de vos traitements est composée de médecins de différentes disciplines et d'autres professionnels de la santé. Ils travaillent de concert pour vous aider, vous et vos proches, tout au long du parcours de cancer, du diagnostic au traitement.

- **Anesthésiste** : médecin spécialisé en anesthésiques – médicaments qui préviennent la douleur et causent une perte temporaire de conscience pendant les opérations chirurgicales.
- **Infirmière en chimiothérapie** : infirmière spécialisée dans l'administration de la chimiothérapie et d'autres traitements. Elle vous aide aussi à atténuer les effets indésirables de la chimiothérapie.
- **Psychologue clinicien** : professionnel de santé spécialisé dans la santé mentale. Il peut vous aider à gérer vos émotions tout au long du diagnostic et du traitement de votre cancer. Il peut vous aider aussi à gérer la douleur, l'angoisse, le stress, la dépression et d'autres problèmes émotionnels.
- **Infirmière de l'essai clinique (ou infirmière de recherche)** : infirmière qui assure les soins infirmiers dans le cadre des essais cliniques.
- **Infirmière de santé publique** : infirmière qui vous rend visite à domicile pour prendre soin de vous et vous aider dans vos activités quotidiennes.
- **Médecin de famille** : praticien général qui prodigue des soins primaires, surveille votre état de santé général, pose des diagnostics et traite les maladies courantes. Il agit aussi comme premier point de contact pour la plupart des problèmes médicaux et peut vous orienter vers des spécialistes, au besoin.
- **Cancérologue interniste** : spécialiste du diagnostic et du traitement du cancer. Cette personne supervisera votre traitement contre le cancer et pourrait devenir votre principal soignant de fait pendant votre traitement.

- **Infirmière-pivot** : personne qui coordonne vos soins entre les membres de l'équipe soignante. Elle peut devenir votre principal point de contact et vous fournir des renseignements et du soutien tout au long de votre parcours de soins.
- **Spécialiste en soins palliatifs** : médecin spécialisé en soins palliatifs. Il vous aide à gérer vos symptômes ou les effets indésirables de votre traitement afin d'améliorer votre qualité de vie.
- **Anatomopathologiste** : médecin spécialisé dans l'analyse d'échantillons, comme les fragments tissulaires, les cellules et les fluides corporels, afin de diagnostiquer des maladies. Ces spécialistes jouent un rôle crucial dans la détermination du type et du stade exacts du cancer, ce qui peut se répercuter sur les décisions en matière de traitement.
- **Pharmacien** : professionnel de la santé spécialisé dans les médicaments et leurs effets indésirables. Il veille à ce que vous receviez le bon type et la bonne dose de médicaments. Il peut vous conseiller sur la façon d'utiliser les médicaments et de gérer leurs effets indésirables.
- **Physiothérapeute** : professionnel de la santé qui vous assure votre réadaptation après le traitement. Cette personne peut vous montrer des exercices qui vous permettront de reprendre et de maintenir votre force, votre endurance et votre mobilité.
- **Pneumologue** : médecin spécialisé dans le diagnostic de maladies du poumon, souvent au moyen d'un bronchoscope. Cette personne effectue également des interventions pour gérer l'accumulation de liquide autour des poumons, ce qui permet de soulager les symptômes d'essoufflement.
- **Radio-oncologue** : médecin spécialisé dans le traitement du cancer par la radiothérapie. Il détermine si la radiothérapie vous convient, décide de la dose à laquelle vous exposer et supervise votre traitement pour garantir que les rayonnements sont administrés en toute sécurité.
- **Radiologue** : médecin spécialisé dans le diagnostic des maladies à l'aide de techniques d'imagerie, comme les échographies, les radiographies et les tomodensitogrammes. Il peut participer aussi à des opérations chirurgicales en guidant les instruments chirurgicaux par des techniques d'imagerie.
- **Diététicien agréé** : professionnel agréé d'un permis qui peut mettre au point un régime alimentaire personnalisé et vous aider à répondre à vos besoins nutritionnels.

- **Travailleur social** : professionnel agréé qui vous aide à accéder à des services-conseils de soutien et à des ressources communautaires.
- **Chirurgien** : médecin spécialisé dans le traitement et le diagnostic des maladies au moyen d'opérations chirurgicales. Le chirurgien thoracique est spécialisé dans les maladies de la poitrine, notamment les poumons, le cœur, la trachée et l'œsophage. Un chirurgien oncologue est spécialisé dans les opérations chirurgicales visant la gestion du cancer.

« Exprimez-vous et impliquez-vous dans vos soins! Participez activement aux décisions concernant vos soins de santé. Entretenez des voies de communication ouvertes avec votre équipe soignante. Parlez ouvertement, posez des questions et présentez vos préoccupations. »

- Nina, atteinte d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade IV

Suivi postcure et survie

Une fois que votre traitement est terminé, votre équipe soignante continuera à surveiller votre état de santé de près. Il est donc très important que vous ne manquiez pas vos rendez-vous de suivi. Durant ces consultations, votre médecin vous demandera si vous ressentez des symptômes et pourrait vous examiner. Selon ces informations, il pourra vous prescrire des analyses de laboratoire et des tests d'imagerie médicale afin de découvrir d'éventuels signes de récurrence ou les effets indésirables du traitement. Certains de ces effets sont de courte durée, mais d'autres peuvent persister, voire apparaître après la fin du traitement. Il est essentiel que votre médecin réalise des bilans périodiques et reste vigilant à l'égard de tout problème éventuel.

Le risque de récurrence du cancer du poumon est le plus fréquent dans les cinq années qui suivent le traitement. Il est donc nécessaire de s'astreindre à un suivi constant durant cette période. En règle générale, les consultations de suivi sont prévues tous les trois mois pendant les premières années. S'il n'y a aucun signe de récurrence, la fréquence de ces consultations peut diminuer, passant aux six mois pendant les quelques années suivantes puis, cinq ans après le traitement, à une fois par an. Toutefois, le calendrier de suivi peut varier en fonction de votre situation personnelle.

Faites toujours attention à tout changement dans votre corps. Si vous ressentez de nouveaux symptômes ou des changements dans vos symptômes actuels, signalez-les immédiatement à votre médecin. Conservez également des copies de votre dossier médical, car vous en aurez besoin si vous devez consulter un nouveau médecin. Notez qu'il n'est pas toujours facile d'obtenir des copies de votre dossier médical et que ce service est assorti d'un coût.

Plan de soins postcure

Votre équipe de traitement peut vous fournir un plan de soins de survie soit pendant votre traitement ou une fois celui-ci terminé. Ce plan de soins offre un plan d'action complet pour les soins post-traitement, répondant à la fois aux besoins médicaux et psychosociaux des survivants. Il comprend généralement :

- Un résumé de tous les traitements que vous avez reçus.
- Des renseignements sur les éventuels effets indésirables à long terme et tardifs des traitements que vous avez reçus.
- Les types de médecins et de professionnels de la santé que vous devez consulter.
- Le calendrier des consultations de suivi et des examens médicaux.
- Des conseils et des ressources pour gérer les effets physiques du cancer et de son traitement, comme la fatigue ou la douleur, et les problèmes émotionnels, comme l'anxiété ou la dépression.
- Des recommandations concernant l'alimentation, l'exercice physique et d'autres choix de mode de vie qui peuvent optimiser votre santé et réduire le risque de récurrence.
- Des renseignements et des ressources pour gérer les différents aspects de la survie, y compris les questions sociales, juridiques et financières.
- Une liste des ressources mises à votre disposition, comme les groupes de soutien, les services d'accompagnement psychologique ou des renseignements sur la façon de cheminer dans le système de soins de santé.

Échangez avec votre médecin sur l'élaboration d'un plan de soins postcure pour vous orienter après le traitement. Commencez par poser des questions. Vous pouvez utiliser celles qui sont énumérées à la page suivante. Vous pouvez aussi utiliser des outils en ligne pour travailler de concert avec votre médecin sur votre plan de soins.

Questions à poser concernant votre plan de soins postcure



- Qui peut m'aider à créer un dossier détaillé de mes antécédents de traitement?
- Quels médecins dois-je consulter pour chaque type de soins?
- À quelle fréquence dois-je avoir des rendez-vous?
- Quand dois-je subir des examens de suivi après le traitement? Quels en sont les horaires?
- Quels symptômes dois-je signaler à chaque médecin ou à d'autres professionnels?
- À quels effets indésirables à long terme et tardifs dois-je m'attendre?
- Que puis-je faire pour préserver et améliorer ma santé et mon bien-être?
- Qui peut m'aider à obtenir des aménagements professionnels si j'en ai besoin?
- Pourriez-vous me recommander un groupe de soutien ou un service d'accompagnement psychologique?

Réduire le risque de récurrence du cancer

Après avoir terminé votre traitement et appris que vous n'avez plus de cancer, vous vous sentirez probablement soulagé. Toutefois, certaines personnes continuent de se soucier d'une récurrence du cancer. Le risque de récurrence dépend notamment du type et du stade du cancer au moment du diagnostic. Certes, il est impossible de réduire à zéro le risque de récurrence, mais il existe des mesures que vous pouvez prendre pour le réduire et préserver votre santé dans la mesure du possible.

Cesser de fumer

Si vous fumez, la mesure la plus importante que vous puissiez prendre pour réduire le risque de récurrence du cancer du poumon est de cesser de fumer. Selon des données probantes solides, la désaccoutumance au tabac réduit non seulement le risque de récurrence du cancer du poumon, mais aussi la probabilité de développer un nouveau cancer du poumon. De plus, des études ont prouvé que les personnes qui cessent de fumer peuvent vivre plus longtemps, même si le cancer s'est propagé. En cessant de fumer, vous améliorez aussi votre état de santé général et réduisez le risque de développer d'autres cancers, comme les cancers de la vessie et du rein.



Il n'est jamais trop tard pour cesser de fumer. Si vous ou quelqu'un que vous connaissez avez besoin d'aide pour arrêter de fumer, rendez-vous sur le site de la Société canadienne du cancer, à [Cancer.ca](https://cancer.ca) ou composez le 1 888 939-3333.

Réduire l'exposition aux substances cancérigènes présentes dans l'environnement

Comme le met en évidence le premier chapitre du présent guide, divers cancérigènes présents dans l'environnement sont associés au cancer du poumon, notamment le radon, l'amiante et certains composés chimiques utilisés en milieu de travail. Il est donc essentiel de diminuer votre exposition à ces agents nocifs.

Envisagez de vérifier la présence de radon dans votre maison et votre bureau. Vous pouvez le faire en achetant une trousse de bricolage ou en faisant appel à un professionnel. En cas d'exposition à l'amiante et à d'autres cancérigènes associés au cancer du poumon sur votre lieu de travail, parlez-en à votre médecin.

Faire régulièrement de l'exercice

Une activité physique constante présente des avantages évidents pour les personnes atteintes d'un cancer du poumon. La maladie et ses traitements peuvent épuiser l'organisme et provoquer la fatigue et l'essoufflement. Les études ont démontré que l'exercice physique aide à atténuer ces symptômes. De plus, l'activité physique améliore la capacité pulmonaire, la force, la mobilité et l'endurance, ce qui peut contribuer à votre rétablissement et à l'amélioration de votre qualité de vie. Pour en savoir plus sur l'activité physique, consultez la section consacrée à l'exercice dans ce chapitre.

Adopter une alimentation équilibrée

Le lien potentiel entre l'alimentation et la récurrence du cancer du poumon n'est pas encore clair, mais l'adoption d'une alimentation saine est essentielle pour entretenir une bonne santé physique et mentale. Une alimentation équilibrée non seulement renforce votre système immunitaire, mais aussi favorise votre convalescence. Envisagez de consulter un diététicien qui vous aidera à mettre au point un régime alimentaire adapté à vos besoins nutritionnels.

« Privilégiez un mode de vie sain. Ne fumez pas ou, si vous fumez, essayez de cesser, limitez votre consommation de l'alcool, mangez des aliments nutritifs et pratiquez une activité physique aussi souvent que possible. Un corps et un esprit sains peuvent vous aider à mieux relever les défis. »

- Laura, patiente atteinte d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade I

Si le cancer revient

L'expérience d'apprendre que le cancer est revenu peut vous bouleverser et déstabiliser votre vie. Le tourbillon de sentiments peut être irrésistible. Dans ces moments-là, demandez l'aide d'un psychologue ou d'un travailleur social. Ils peuvent vous aider à gérer vos émotions et à composer avec le traitement. Outre les membres de votre famille et vos amis, nouez des liens avec d'autres personnes qui font face à des défis similaires. Ces personnes peuvent vous apporter réconfort et compréhension. Consultez le chapitre 6 du présent guide pour vous renseigner sur la façon de trouver des communautés et des groupes de soutien.



Gérer les activités quotidiennes

Lorsqu'une personne est confrontée à un cancer du poumon, elle constate qu'elle ne peut plus faire toutes les choses qu'elle faisait auparavant. Votre mode de vie peut s'en trouver bouleversé, mais aussi votre humeur peut changer et votre capacité à accomplir certaines de vos tâches quotidiennes peut s'amenuiser.

La bonne nouvelle, c'est qu'il existe des changements simples qui vous permettent de gagner du temps et de l'énergie pour les activités que vous aimez vraiment. Ce faisant, vous arriverez à vous prendre en main plutôt que de laisser les symptômes dicter ce que vous pouvez et ne pouvez pas faire.

**« Foncez et gardez votre optimisme.
Ne vous apitoyez pas sur votre sort.
Concentrez-vous sur les aspects
positifs de la vie et trouvez des
moyens d'égayer vos journées. »**

*- Donna, patiente atteinte d'un cancer du poumon non à
petites cellules de stade III*

Découvrez les activités et les horaires qui vous conviennent avec le soutien de vos proches :

- **Demandez de l'aide** : discutez avec les membres de votre famille et vos amis des moyens qu'ils peuvent mettre en œuvre pour vous aider. Ils ne savent probablement pas comment vous aider si vous ne le leur demandez pas.
- **Évaluez vos activités** : dressez la liste des activités qui aggravent vos symptômes, comme se pencher ou rester debout pendant de longues périodes, et tentez de les diminuer.

- **Utilisez des outils utiles** : envisagez certains outils, comme les barres d'appui, des chaises de bain et d'autres outils, pour faciliter les tâches quotidiennes et les rendre plus sûres.
- **Connaissez vos limites** : sachez les limites de vos capacités pour éviter le surmenage. Prenez le temps nécessaire pour accomplir les tâches sans trop vous fatiguer.
- **Établissez un calendrier réaliste** : organisez vos journées et vos semaines de manière réaliste. Équilibrez les tâches difficiles avec les tâches plus légères et prévoyez des périodes de repos. Tenez compte des moments optimaux pour les différentes activités, y compris les activités sociales.
- **Incluez des activités agréables** : veillez à ce que votre routine comprenne des activités ou des moments que vous attendez avec impatience, comme les dîners hebdomadaires ou les loisirs.
- **Adaptez-vous progressivement** : commencez par des routines plus faciles et mettez-vous au défi progressivement. Si vous ressentez de la fatigue après avoir apporté des adaptations, il n'y a pas de mal à réduire temporairement vos activités.

« Faites ce que vous aimez et participez
à des activités qui vous tiennent à cœur.
N'attendez pas le moment parfait;
chérissez le temps que vous avez. »

- Donna, patiente atteinte d'un cancer du poumon non
à petites cellules de stade III

Atténuer les symptômes du cancer du poumon

Le cancer du poumon peut provoquer divers symptômes. Cependant, l'expérience de chaque personne est unique. Les symptômes, leur intensité et leur durée ne sont pas nécessairement identiques chez tous les patients.

L'équipe des soins palliatifs peut vous aider à mieux atténuer ces symptômes et à répondre à vos questions. Le recours précoce aux soins palliatifs peut améliorer votre qualité de vie et votre capacité à composer avec les traitements.

Tenez toujours votre équipe soignante informée de vos symptômes. Mieux vous les soulagerez, meilleurs seront votre qualité de vie et l'issue de votre traitement. Dans les pages qui suivent, nous nous pencherons sur les symptômes les plus courants chez les personnes atteintes d'un cancer du poumon.

Douleur

Le cancer du poumon et ses traitements peuvent provoquer des douleurs. Celles-ci, si elles sont mal soulagées, peuvent diminuer votre qualité de vie et se répercuter sur votre capacité à bien tolérer les traitements. Il est crucial de collaborer avec votre équipe soignante pour soulager la douleur efficacement.

Diverses méthodes peuvent contribuer à soulager la douleur, notamment les analgésiques, la radiothérapie palliative et la chimiothérapie, pour réduire la tumeur, ainsi que des interventions pour aspirer le liquide accumulé dans les poumons.

De plus, si le cancer s'est propagé aux os (comme la colonne vertébrale) et provoque une gêne, une intervention chirurgicale pourrait être bénéfique.

D'autres traitements, comme l'acupuncture et la massothérapie, et les stratégies comportementales comme la méditation peuvent également contribuer à soulager la douleur.

Si vous ressentez une douleur soudaine à la poitrine, nouvelle ou de plus en plus intense, rendez-vous aux urgences immédiatement. Si vous ressentez une nouvelle douleur ou si la douleur existante s'intensifie, consultez votre médecin sans tarder.

Conseils pour atténuer la douleur

- Suivez l'évolution de votre douleur. Dans un carnet ou sur votre téléphone, notez ce que vous ressentez, l'intensité, l'emplacement et la durée de la douleur. Notez également les médicaments ou thérapies qui la soulagent, le cas échéant.
- Si votre analgésique provoque des effets indésirables, comme la somnolence, laissez votre corps s'y adapter pendant quelques jours avant de changer quoi que ce soit.
- Prenez les analgésiques tels qu'ils vous ont été prescrits. Ne changez jamais la façon dont vous les prenez sans avoir consulté votre médecin au préalable.
- Tentez d'apprendre des techniques de relaxation et de méditation pour soulager la douleur et améliorer votre capacité à la supporter.

Essoufflement

Il peut être difficile de vivre avec un essoufflement. Pour certaines personnes, les symptômes peuvent être légers et survenir occasionnellement. Pour d'autres, ils peuvent être constants et plus gênants. L'essoufflement peut parfois vous empêcher d'effectuer des activités banales, comme vous habiller et cuisiner. Il peut également entraîner un grand épuisement, de l'anxiété et du désarroi. Quand on est essoufflé, on a tendance à contracter les muscles thoraciques, à accélérer la respiration ou à ressentir une crainte, la panique ou un malaise.

L'essoufflement peut avoir plusieurs causes, comme une infection pulmonaire, l'anxiété, une tumeur qui bloque les voies respiratoires ou l'accumulation de liquide dans les poumons. Votre médecin utilisera une combinaison de traitements selon la cause. Il peut, par exemple, recourir à des analgésiques opioïdes, à une intervention pour aspirer l'épanchement pleural ou à un traitement palliatif visant à réduire la taille d'une tumeur bloquant les voies respiratoires. Vous pourriez également recevoir de l'oxygène à partir d'une bonbonne d'oxygène ou des médicaments pour vous aider à vous détendre et à réduire votre anxiété.

Si vous présentez l'un des symptômes suivants, consultez votre médecin immédiatement :

- Difficulté soudaine à respirer pendant une courte période.
- Vertiges, accélération du rythme cardiaque ou pâleur inhabituelle accompagnant l'essoufflement
- Nervosité causée par la difficulté à respirer
- Essoufflement soudain au réveil
- Respiration sifflante

Conseils pour gérer l'essoufflement



- Faites des exercices légers au quotidien, comme de la marche ou des étirements de vigueur modérée, afin d'améliorer la circulation de l'oxygène dans votre sang.
- Apprenez et pratiquez la méditation ou faites des exercices de respiration profonde. Ceux-ci vous permettront de vous détendre et de mieux contrôler l'angoisse associée à l'essoufflement.
- Utilisez un humidificateur pour accroître l'humidité dans l'air et faciliter la respiration. Gardez également les fenêtres ouvertes pendant de courtes périodes pour garantir une circulation d'air frais, sauf si la qualité de l'air extérieur est médiocre.
- Évitez de fumer et de vous exposer à la fumée secondaire diffuse ou à des milieux contenant des substances irritantes en suspension dans l'air.
- Prenez des pauses fréquentes pendant vos activités pour éviter la fatigue et l'essoufflement excessifs.
- Lorsque vous vous reposez ou que vous dormez, relevez votre tête avec des oreillers. Cette position peut faciliter la respiration.
- Repérez les facteurs qui aggravent votre essoufflement. Évitez-les ou réduisez-les dans la mesure du possible.

Toux

Diverses complications souvent associées au cancer du poumon peuvent provoquer la toux. Il peut s'agir d'une tumeur qui bloque les voies respiratoires, d'une inflammation des poumons due à la radiothérapie ou d'une accumulation de liquide dans les poumons. D'autres affections pulmonaires, comme les infections, l'asthme ou la bronchite, peuvent également contribuer à la toux.

Le traitement de la toux dépend de sa cause première. Il peut s'agir de réduire la tumeur qui bloque les voies respiratoires, de prendre des antibiotiques pour contrer les infections ou des antitussifs et des opioïdes pour soulager la toux.

Si vous commencez à tousser ou remarquez des changements dans votre toux, consultez votre médecin immédiatement.

Conseils pour calmer la toux



- Utilisez un humidificateur dans les pièces où l'air est sec, ce qui peut contribuer à hydrater vos voies respiratoires et à soulager votre toux.
- Apprenez et pratiquez des exercices de respiration profonde pour mieux éliminer le mucus et renforcer vos poumons.
- Envisagez d'utiliser un appareil à succion pour dégager le mucus de vos voies respiratoires.
- Utilisez la gravité à votre avantage, c'est-à-dire positionnez votre corps de manière à faciliter l'élimination du mucus de vos voies respiratoires. Cette technique, connue sous le nom de drainage postural, consiste à s'allonger dans une position particulière pour forcer le mucus vers la bouche.
- Buvez beaucoup d'eau pour fluidifier le mucus et faciliter son expectoration.
- N'utilisez que les antitussifs recommandés par votre médecin.

Fatigue

La fatigue n'est pas qu'un simple sentiment de lassitude. Il s'agit d'un manque d'énergie persistant, caractérisé par une sensation constante de fatigue et d'exténuation. La fatigue est un symptôme courant du cancer et un effet indésirable fréquent de nombreux traitements du cancer du poumon. Chez certaines personnes, elle disparaît à la fin du traitement, mais chez d'autres, elle peut durer longtemps.

La fatigue peut avoir de nombreuses conséquences sur votre qualité de vie, notamment votre bien-être physique, psychologique et social. Elle peut saper votre capacité à vaquer à vos occupations et à combattre le cancer. Elle peut même dégrader votre mémoire.

Il est important de parler avec votre médecin de l'ampleur et de la nature de votre fatigue. Ce dernier pourra vous prescrire des analyses de sang ou vous recommander des stratégies de prise en charge efficaces.

Conseils pour gérer la fatigue



- Prévoyez vos activités aux heures de la journée où votre niveau d'énergie est à son pic.
- Privilégiez les tâches qui vous importent le plus et celles qui vous enthousiasment.
- Faites de l'exercice régulièrement. Choisissez vos exercices en fonction de vos capacités et de votre niveau d'énergie.
- Demandez à des personnes de vous aider à accomplir les tâches qui vous épuisent.
- Mangez des repas santé. Envisagez de consulter un diététicien agréé qui vous aidera à intégrer à votre régime des aliments qui stimulent l'énergie. Demandez à votre équipe soignante de vous mettre en contact avec un diététicien.
- Essayez de dormir au moins huit heures par nuit. Évitez la caféine et l'alcool plusieurs heures avant le coucher.
- Faites de courtes siestes (30 minutes ou moins) tout au long de la journée, au besoin.
- Incorporez certaines pratiques, comme la méditation, la respiration profonde et d'autres exercices de relaxation, à votre quotidien.



Gérer les effets indésirables du traitement

Les traitements du cancer du poumon peuvent provoquer toutes sortes d'effets indésirables. Cependant, les patients ne ressentent pas tous les mêmes effets, et leur intensité et leur nature peuvent varier de manière appréciable.

Dans les pages qui suivent, nous nous attarderons sur les effets indésirables les plus courants chez les personnes atteintes d'un cancer du poumon et les survivants.

Diarrhée

De nombreux traitements contre le cancer, notamment la chimiothérapie, la radiothérapie et les traitements ciblés, peuvent provoquer des diarrhées. D'autres facteurs, comme le stress, les changements alimentaires et les infections, peuvent également y contribuer. Si elle n'est pas contrôlée, la diarrhée peut entraîner des complications telles que la déshydratation, l'épuisement et des déséquilibres électrolytiques. Les symptômes, outre les selles molles, peuvent inclure des gaz intestinaux ou des flatulences, des crampes, des ballonnements, une perte de poids, des douleurs rectales, des saignements ou des écoulements.

Avant d'entamer votre traitement, essayez de suivre l'horaire de vos défécations, comme la fréquence et la consistance de vos selles, ce qui vous permettra de déterminer s'il y a eu des changements au cours du traitement. De plus, si vous savez d'avance que le genre de traitement que vous subirez provoque des diarrhées, demandez à votre médecin de vous prescrire des anti diarrhéiques.

Consultez immédiatement votre médecin si :

- Vous présentez des symptômes de diarrhée abondante (sept selles aqueuses ou plus par jour), accompagnés de nausées, de fièvre, de selles sanguinolentes, de déshydratation et de crampes abdominales.
- Votre diarrhée persiste pendant plus de 24 à 48 heures ou s'aggrave.

Conseils pour soulager la diarrhée



- Consommez des liquides entre les repas pour vous hydrater.
- Choisissez des liquides clairs, non gazeux et sans caféine, comme l'eau, le bouillon et les sucettes glacées. Vous pouvez boire des jus dilués et des boissons pour sportifs en modération.
- Prenez des repas et des en-cas plus petits et plus souvent tout au long de la journée.
- Incorporez des aliments faibles en fibres, riches en protéines et riches en calories à votre régime.
- Évitez les laxatifs naturels, y compris les pruneaux et la papaye. Limitez aussi la consommation d'aliments très sucrés, riches en matières grasses ou extrêmement chauds ou froids.
- Consultez un diététicien agréé qui vous aidera à créer un plan de repas sur mesure.
- En cas de diarrhée violente, consultez toujours votre médecin avant de prendre tout médicament.

Constipation

Les traitements anticancéreux, comme la chimiothérapie et les traitements ciblés, peuvent souvent provoquer une constipation. On sait aussi que certains médicaments, comme les opioïdes et les antiémétiques (médicaments contre les nausées), peuvent en être la cause. D'autres facteurs, comme une consommation insuffisante de liquides, un régime pauvre en fibres, l'utilisation excessive de laxatifs et la diminution de l'activité physique, peuvent entraîner aussi une constipation.

Les symptômes de la constipation, outre les selles dures, peuvent inclure des ballonnements, des crampes, des gaz, une perte d'appétit, des selles irrégulières, de petites selles dures, une pression rectale, des fuites occasionnelles de selles, un gonflement de l'abdomen et des nausées. Une constipation prolongée peut entraîner un fécalome, un bouchon de selles obstruant le côlon. Cet état est grave et nécessite des soins médicaux immédiats.

Avant votre traitement, demandez à votre médecin quels moyens employer pour prévenir la constipation. En cas de constipation pendant le traitement, parlez-en à votre médecin.

Conseils pour soulager la constipation



- Mangez des aliments riches en fibres, comme les produits à grains entiers, les fruits et légumes crus et les légumineuses.
- Essayez de boire huit à douze verres de liquide par jour pour vous hydrater. Les boissons chaudes, comme le thé ou l'eau chaude au citron, peuvent stimuler les intestins.
- Pour le petit-déjeuner, optez pour des aliments riches en fibres accompagnés d'une boisson chaude, comme le thé.
- Demandez un régime alimentaire personnalisé à un diététicien.
- Faites de l'exercice régulièrement. L'activité physique, même les courtes promenades, peut prévenir la constipation.

Brouillard chimiothérapeutique

Le brouillard chimiothérapeutique (couramment appelé « cerveau chimio ») renvoie aux changements cognitifs observés après la chimiothérapie. Les personnes qui en font l'expérience déclarent souvent avoir de la difficulté à se concentrer, à trouver le bon mot, à se rappeler des informations et à accomplir plusieurs tâches simultanément. Si certains patients se rétablissent complètement au fil du temps, d'autres peuvent souffrir d'effets plus durables.

Si vous présentez des symptômes de brouillard chimiothérapeutique, parlez-en à votre médecin. Et surtout, consultez-le immédiatement si les symptômes sont plus graves, comme une perte de la vision, un changement dans la démarche ou des migraines violentes.

Conseils pour stimuler votre mémoire



- Utilisez des agendas, des rappels électroniques et des notes pour suivre les tâches et les dates importantes.
- Prévoyez les activités exigeantes sur le plan mental aux heures de la journée où votre niveau d'énergie est le plus élevé.
- Participez à des activités qui stimulent le cerveau, comme des casse-tête ou l'apprentissage d'une nouvelle langue.

- Faites de l'exercice régulièrement. Restez physiquement aussi actif(ve) que vous le pouvez.
- Mettez des routines quotidiennes en place. Essayez de suivre le même horaire quotidien.
- Évitez de vous occuper de plusieurs tâches simultanément. Concentrez-vous sur une seule tâche à la fois.
- Évitez l'alcool et autres substances qui réduisent la vivacité d'esprit.
- Reposez-vous beaucoup et demandez de l'aide en cas de besoin.

Éruption cutanée et toxicité cutanée

Les traitements ciblés et l'immunothérapie peuvent provoquer des toxicités cutanées, comme des éruptions, une peau sèche et des démangeaisons. Les éruptions apparaissent le plus souvent sur le visage et la poitrine, mais également sur d'autres parties du corps. Elles peuvent être inconfortables, provoquant des douleurs, des démangeaisons et une sensation de brûlure ou de picotement.

En cas d'éruption ou d'autres symptômes cutanés, parlez-en à votre médecin. Celui-ci peut vous prescrire une crème médicamentée pour soulager les symptômes. En présence d'un risque d'infection, il peut vous donner des antibiotiques et, s'il y a lieu, vous renvoyer à un dermatologue.

Conseils pour diminuer la toxicité cutanée



- Hydratez votre peau régulièrement avec des lotions hypoallergéniques.
- Utilisez des onguents et des crèmes pour soulager les démangeaisons, au besoin.
- Gardez vos ongles courts et propres pour réduire le risque d'égratignures et d'infections.
- Appliquez toujours un écran solaire sur votre peau lorsque vous sortez. Portez des chapeaux à large bord et des vêtements légers à manches longues pour la protéger.
- Choisissez des produits de soins de la peau sans parfum afin de réduire les irritations.

- Évitez les douches ou les bains chauds; optez plutôt pour de l'eau tiède.
- Consultez votre médecin ou un dermatologue au sujet de produits de soins de la peau ou de traitements particuliers qui peuvent vous être bénéfiques.



Vaccins

Les traitements anticancéreux, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, peuvent affaiblir votre système immunitaire. Le cas échéant, on dit souvent que la personne est *immunodéprimée* ou *immunodéficiente*. Un système immunitaire affaibli vous expose à un risque plus élevé d'infections. La vaccination renforce votre système immunitaire contre certaines infections, comme la grippe, la pneumonie à pneumocoque et la COVID-19.

Votre besoin de certains vaccins dépend de vos antécédents vaccinaux, de vos infections passées et de la vigueur de votre système immunitaire. Consultez votre médecin pour savoir quels vaccins vous conviennent, car ils ne sont pas tous recommandés pendant certains traitements.



Santé mentale

Un diagnostic de cancer bouleverse votre vie et laisse des séquelles qui ne se répercutent pas que sur votre santé physique. Il nuit profondément à votre bien-être émotionnel et mental. Ce trouble émotif peut entraîner des maladies mentales, comme la dépression, qui compromettent considérablement votre qualité de vie. Ces émotions et maladies sont importantes à reconnaître et à traiter. Les symptômes de la dépression comprennent une tristesse persistante, un sentiment de culpabilité, une perte d'intérêt pour les activités quotidiennes, une fatigue écrasante, des troubles du sommeil et, dans les cas graves, des pensées suicidaires.

De nombreuses personnes atteintes d'un cancer du poumon et les survivants éprouvent différents niveaux de dépression et d'anxiété. De nombreux survivants peuvent également vivre dans la crainte permanente d'une récurrence. Il est important de vous rappeler que ces sentiments sont valides et que vous pouvez obtenir de l'aide.

Si c'est votre cas et que vous ressentez des symptômes de dépression, communiquez avec votre équipe soignante. Celle-ci peut vous mettre en contact avec un professionnel compétent, comme un psychologue ou un travailleur social.

Au-delà de l'aide professionnelle, il peut être très utile de se mettre en contact avec des personnes vivant un parcours similaire. Envisagez de vous joindre à un groupe d'entraide pour vous sentir plus connecté(e) et compris(e). Choisissez la formule que vous préférez : en personne, en ligne ou les groupes de discussion. Pour en savoir plus sur les groupes d'entraide disponibles, consultez le chapitre 6 du présent guide.

« Trouvez l'aide qui vous convient, qu'il s'agisse de séances d'accompagnement psychologique, de réunions de groupe, de discussions en ligne ou d'appels vidéo. »

- Corina, patiente atteinte d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade I

Soutien aux proches aidants

Prendre soin d'un être cher atteint d'un cancer du poumon peut être éprouvant. En tant que proche aidant, il est naturel de donner la priorité aux besoins de votre être cher plutôt qu'aux vôtres. Pourtant, les soins prodigués peuvent devenir ardues sur les plans physique, émotionnel et spirituel. Il est donc primordial de reconnaître que vous aussi aurez besoin d'un soutien émotionnel et pratique. Voici quelques stratégies pour privilégier votre bien-être tout en prenant soin d'un être cher :

- **Rester actif.** L'exercice constant peut stimuler l'humeur, réduire le stress et améliorer la santé globale. Même de courtes promenades peuvent changer complètement l'humeur.
- **Maintenir une alimentation équilibrée.** En mangeant sainement, vous vous donnerez l'énergie et l'endurance nécessaires pour prendre soin de votre proche.
- **Pratiquer des techniques de relaxation et de pleine conscience.** Certaines techniques, comme la méditation, les exercices de respiration profonde et le yoga, peuvent vous aider à gérer le stress et à maintenir un état d'esprit calme.

- **Demander l'aide d'un professionnel.** Demandez à un thérapeute ou à un conseiller de vous aider à gérer vos émotions et à relever les défis de la prestation de soins.
- **Se joindre à un groupe d'entraide.** Les relations créées par le partage d'expériences communes peuvent vous aider à décompresser dans un espace sûr. De nombreux hôpitaux et organismes, y compris Cancer pulmonaire Canada, proposent de tels groupes.
- **Prendre des pauses.** Le repos est important pour se ressourcer et rester en bonne santé. Les soins de relève sont une excellente approche qui vous permet de marquer une pause tout en veillant à ce que votre proche soit pris en charge.
- **Acquérir des connaissances.** Renseignez-vous sur le cancer du poumon, ses options de traitement et les effets indésirables possibles. Ces connaissances peuvent rendre la prestation de soins plus gérable.
- **Envisager d'embaucher des aides à domicile.** De telles personnes peuvent vous aider à vaquer aux activités quotidiennes exigeantes, à gérer les médicaments et à accomplir d'autres tâches pour lesquelles l'aide serait bienvenue.
- **Explorer l'aide financière ou les subventions.** Les organismes de bienfaisance et les agences gouvernementales locales peuvent offrir une aide financière aux proches aidants. Renseignez-vous auprès du travailleur social de l'équipe soignante sur ces programmes.
- **Garder une voie de communication ouverte avec l'équipe soignante.** N'hésitez pas à poser des questions ou à exprimer vos préoccupations.
- **Planifier.** Discutez de vos projets avec votre être cher, y compris de sujets comme les finances, les testaments et les directives anticipées. Pour en savoir plus sur ces sujets, consultez les parties sur la gestion des finances et la planification préalable des soins dans ce chapitre.

En prenant soin de vous-même, vous arriverez à prodiguer les meilleurs soins à votre être cher. Vous n'avez pas à vivre ce parcours en solo; vous disposez de soutiens et ressources.



Pour en savoir plus sur les ressources de soutien pour les proches aidants de personnes atteintes de cancer du poumon, rendez-vous sur lungcancercanada.ca.

Stigmatisation associée au cancer du poumon

Les personnes atteintes d'un cancer du poumon sont souvent confrontées à un défi unique au-delà du cancer lui-même : la stigmatisation. La stigmatisation renvoie aux points de vue ou aux jugements négatifs portés à l'égard d'une personne à cause de sa situation ou de ses choix. Ces jugements sont souvent fondés sur des idées fausses.

L'une des principales raisons de la stigmatisation autour du cancer du poumon est son association au tabagisme. Bien que le tabagisme soit un facteur de risque majeur, il n'en est pas la cause unique. L'exposition au radon, à l'amiante et à la pollution extérieure est également un des facteurs de risque importants. De plus, certaines personnes peuvent avoir des gènes qui les rendent plus susceptibles de développer la maladie. Toutefois, le principal préjugé est que si une personne développe un cancer du poumon, elle est fautive à cause du tabagisme. Ce préjugé est erroné et néglige plusieurs vérités :

- **À partir du moment où vous avez des poumons, vous pouvez développer un cancer du poumon.** Il est fréquent que des personnes qui n'ont jamais touché à une cigarette reçoivent un diagnostic de cancer du poumon. Pourtant, à cause de la stigmatisation qui prévaut, même ces non-fumeurs se sentent souvent jugés ou mal compris.
- **La cigarette est une dépendance.** Contrairement à la croyance selon laquelle il s'agit simplement d'une mauvaise habitude, le tabagisme est une dépendance puissante à laquelle il est particulièrement difficile de mettre fin.

Chaque personne, quel que soit son diagnostic, mérite autant de soins, de compassion et de soutien.

Séquelles de la stigmatisation

Recevoir un diagnostic de cancer et en surmonter les défis est déjà assez intimidant. Subir, en plus, le fardeau de la stigmatisation sociétale amplifie la tension émotionnelle et les obstacles auxquels sont confrontées les personnes atteintes d'un cancer du poumon.

Par exemple, des fumeurs pourraient éviter de consulter un médecin, par crainte d'être jugés, ce qui peut mener à un diagnostic tardif. Par ailleurs, certaines personnes peuvent intérioriser des perceptions négatives du cancer du poumon, ce qui entraîne un sentiment de culpabilité, d'embarras et de honte.

Malgré le poids de la stigmatisation et ses nombreuses séquelles, vous disposez de moyens pour faire face à ces défis et les relever.

Conseils pour faire face à la stigmatisation



- Renseignez-vous sur le cancer du poumon, ses risques et ses traitements. De cette façon, vous vous donnez la latitude nécessaire, mais aussi pouvez éduquer et corriger les idées fausses.
- **Racontez votre histoire.** Les récits d'expériences personnelles peuvent changer les perceptions et aider les autres à comprendre que le cancer du poumon peut toucher n'importe qui.
- **Joignez-vous à un groupe d'entraide.** Ces groupes offrent un espace sûr pour exprimer vos sentiments et trouver une oreille attentive.
- **Assumez vos sentiments.** Exprimez vos émotions franchement pour renforcer les liens avec vos êtres chers.



Nutrition

Votre corps aura besoin de beaucoup d'énergie pour gérer les effets du cancer du poumon et des traitements. Pendant ce temps, il est important de manger régulièrement et de rester hydraté. Cela peut être difficile, car la perte d'appétit est une difficulté souvent rencontrée par de nombreuses personnes atteintes d'un cancer du poumon. Le manque d'appétit peut être attribuable au cancer, aux traitements ou aux effets indésirables connexes.

Il est crucial pour votre convalescence, votre force et votre bien-être général de maintenir votre poids santé et de répondre à vos besoins nutritionnels,

même face à un manque d'appétit. Voici quelques stratégies pour gérer le manque d'appétit et limiter la perte de poids :

- **Opter pour de petits repas fréquents.** Au lieu de trois gros repas, faites cinq ou six petits repas pendant la journée pour maintenir votre niveau d'énergie.
- **Choisir des aliments riches en nutriments.** Si vous n'avez pas beaucoup d'appétit, maximisez l'apport nutritionnel de chaque bouchée. Mangez des aliments riches en énergie et qui ont une teneur élevée en glucides, en protéines et en graisses.
- **S'hydrater.** Essayez de boire huit à douze tasses par jour pour accélérer votre convalescence et expulser les produits secondaires toxiques laissés par les médicaments.
- **Limiter les liquides pendant les repas.** Buvez plus entre les repas pour éviter de vous sentir rassasié(e) trop rapidement.
- **Améliorer l'expérience alimentaire.** Rendez les repas plus agréables en dressant une jolie table, en écoutant de la musique ou en dînant avec vos proches.
- **Combattre les nausées.** Si vous souffrez de nausées, discutez des solutions contre la nausée avec votre médecin.
- **Se préparer aux altérations du goût.** Si vous ressentez un goût métallique, utilisez des casseroles en verre pour cuisiner et des ustensiles en plastique pour manger. Utilisez également des assaisonnements pour améliorer la saveur.
- **Pratiquer une activité légère.** Prenez une courte promenade avant les repas pour stimuler l'appétit.
- **Maintenir une bonne hygiène buccale.** Une bouche propre peut améliorer le goût et l'appétit. Brossez-vous les dents et rincez-vous la bouche régulièrement.
- **Écouter son corps et s'adapter aux changements qu'il subit.** Prêtez attention aux signaux lancés par votre corps et préparez-vous à changer de stratégie, s'il y a lieu.

Si vous avez de la difficulté à maintenir un régime alimentaire adéquat ou si vous avez besoin d'aide pour en élaborer un, demandez à votre équipe de soins de santé de vous mettre en contact avec un diététicien. Vous pouvez également trouver un diététicien spécialisé dans le cancer sur le site Web de Diététiciens du Canada, à dietitiens.ca.



Exercice

L'idée de faire de l'exercice peut sembler décourageante lorsque vous avez un cancer du poumon. Il n'en reste pas moins qu'en faire régulièrement peut vous être bénéfique sur les plans physique et moral. Il a été démontré que l'exercice améliore votre capacité à suivre un traitement, réduit la fatigue et autres effets indésirables du traitement. Voici des exemples d'exercices, notamment :

- **Exercices de respiration.** Les exercices de respiration sont des techniques de respiration contrôlée. Ils peuvent vous aider à vous détendre et à améliorer votre essoufflement.
- **Exercices d'étirement.** Les étirements aident à injecter plus de sang et d'oxygène dans vos muscles, ce qui peut améliorer leur élasticité. Les étirements du haut du corps peuvent augmenter l'expansion de votre poitrine, laissant ainsi plus d'espace à vos poumons de se dilater complètement pendant la respiration. Ils permettent une respiration plus profonde, améliorant ainsi l'essoufflement. Ils aident également à améliorer l'amplitude de vos mouvements et la raideur de votre corps.
- **Exercice d'aérobic.** De tels exercices font battre votre cœur plus vite, renforcent celui-ci et aident votre corps à utiliser l'oxygène plus efficacement. La marche, la danse ou toute autre activité qui augmente votre fréquence cardiaque sont des exemples d'exercices d'aérobic.
- **Musculation.** La musculation peut vous aider à développer votre masse musculaire et à améliorer votre capacité à effectuer des tâches quotidiennes. Il améliore également votre posture et la santé de vos os. Faites preuve de patience avec ce type d'exercices et augmentez-en progressivement l'intensité.

Conseils pour faire de l'exercice



- Avant de commencer tout programme d'exercice, consultez votre médecin pour comprendre les activités et les limites qui conviennent.
- Commencez les exercices doucement et augmentez-en progressivement l'intensité.

- Choisissez des exercices agréables pour garder la motivation.
- Surveillez votre respiration pendant les séances d'entraînement. Faites une pause si vous ressentez un essoufflement.
- Buvez de l'eau avant, pendant et après les séances d'entraînement pour vous hydrater.
- Écoutez toujours votre corps. Arrêtez-vous et reposez-vous si vous ressentez de la douleur ou une fatigue extrême.

« Poursuivez vos activités habituelles après votre diagnostic et essayez de suivre une routine. Même des choses simples comme vous promener dans le quartier peuvent améliorer votre humeur et votre santé. »

- Laura, patiente atteinte d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade I

Exercise for Cancer to Enhance Living Well (EXCEL)

Exercise for Cancer to Enhance Living Well (EXCEL) est un programme créé par l'Université de Calgary pour les personnes atteintes d'un cancer et les survivants. Combinant des exercices d'aérobic, de résistance, d'équilibre et de flexibilité, Il sert à créer un régime d'exercices sur mesure en fonction des besoins et des capacités uniques de chaque personne. Ce programme dure de huit à douze semaines et propose des séances en ligne et en personne. Les participants participent à des séances d'une heure deux fois par semaine. Une fois le programme terminé, les participants peuvent opter pour un régime d'entretien.



Pour en savoir plus sur le programme EXCEL, rendez-vous sur le site Web <https://bit.ly/EXCELUCalgary>.



Gestion des finances

Un diagnostic de cancer du poumon entraîne non seulement des difficultés émotionnelles et physiques, mais aussi d'éventuelles préoccupations financières. Bien que l'assurance maladie provinciale et territoriale couvre de nombreux frais médicaux, comme les consultations des médecins et les séjours à l'hôpital, un diagnostic de cancer peut entraîner de nombreux coûts imprévus. On peut se sentir accablé par les traitements, les exigences de la vie personnelle et les finances. Y ajouter des soucis financiers peut dévaster votre bien-être. Mais vous n'êtes pas seul(e) et pouvez disposer de certaines aides.

Avantages et aide financière

Vous disposez d'un éventail d'avantages et d'options d'aide financière pour réduire le coût associé à votre cancer, à savoir :

- **Assurance maladie.** Votre assurance maladie provinciale ou territoriale couvre souvent une partie importante des frais médicaux. De plus, la police d'assurance privée ou fournie par l'employeur peut compléter et couvrir des frais de santé particuliers non pris en charge par les régimes publics.
- **Programmes d'aide financière.** Certaines provinces offrent des programmes d'aide aux personnes dont les médicaments d'ordonnance sont chers. Découvrez des programmes comme le Programme de médicaments de l'Ontario ou le programme Fair PharmaCare de la Colombie-Britannique. Certains organismes sans but lucratif, comme la Société canadienne du cancer, proposent aussi des aides ou ressources financières. Un accompagnateur-conseil peut vous orienter autour de ces programmes.
- **Transport et hébergement.** La Société canadienne du cancer propose des programmes de transport vers les établissements de traitement et offre un hébergement à proximité des centres de traitement.
- **Prothèses capillaires.** La Société canadienne du cancer offre gratuitement des prothèses capillaires..



Pour en savoir davantage sur les services de transports et de prothèses capillaires de la Société canadienne du cancer, rendez-vous sur cancer.ca.

- **Prestations liées à l'emploi.** Si vous avez un emploi, vous avez droit à des congés de maladie et à d'autres avantages fournis par votre employeur. Vérifiez aussi si vous êtes admissible aux prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada (RPC).
- **Prestations en cas d'invalidité de longue durée (ILD).** Pour les personnes qui ne peuvent pas travailler à cause de leur état de santé, l'assurance en cas d'invalidité de longue durée peut prévoir un revenu constant, couvrant un pourcentage du salaire habituel. Il est essentiel de comprendre les exigences, les limites et tous les documents médicaux nécessaires.



Pour en savoir plus, consultez la page du gouvernement du Canada sur l'assurance-invalidité de longue durée, à bit.ly/PrestationsAILD

- **Aide gouvernementale.** Les gouvernements fédéral et provinciaux offrent une gamme de programmes d'aide financière adaptés aux besoins de chaque personne.



Pour en savoir plus, consultez la page des programmes de prestation du gouvernement du Canada, à bit.ly/CANPrestationsFR.

Conseils pour gérer vos finances



Voici des exemples de ce que vous pouvez faire pour alléger certains fardeaux financiers associés à votre diagnostic :

- Établissez un budget comprenant tous les frais médicaux possibles pour éviter les surprises.
- Familiarisez-vous avec votre police d'assurance : ce qu'elle couvre et les coûts supplémentaires que vous devrez peut-être assumer de votre propre poche.
- Sollicitez l'aide des programmes gouvernementaux, des organismes de bienfaisance et d'autres groupes.
- Parlez à un planificateur ou à un conseiller financier pour vous aider à planifier les dépenses associées à vos soins.

- Suivez l'évolution de vos factures médicales, des détails de vos rendez-vous et des demandes de règlement présentées à l'assureur. De cette façon, vous pourrez mettre de l'ordre dans vos finances et utiliser vos avantages dans toute la mesure du possible.

Planification préalable des soins

La planification préalable des soins (PPS) est le processus de planification de votre santé et de vos soins personnels futurs. Contrairement à la croyance répandue, elle ne s'adresse pas aux patients très malades. Elle nous concerne tous, indépendamment de notre âge ou de notre état de santé. En prenant des décisions concernant vos soins futurs, vous pouvez vous donner la tranquillité d'esprit, sachant que vos souhaits sont connus et seront respectés le moment venu.

La planification préalable des soins est un processus volontaire et continu. Elle vous rassure que les professionnels de santé qui s'occupent de vous prendront en compte vos choix personnels, et orientera vos êtres chers lorsqu'ils sont confrontés à des décisions difficiles en matière de soins. Enfin, elle peut améliorer la qualité de vos dernières années, vous permettant de vivre dignement jusqu'au bout.

La planification préalable des soins consiste à réfléchir à vos préférences en matière de soins, à en discuter avec les membres de votre famille et à consigner ces décisions.

Procuration médicale

Une partie essentielle de la planification préalable des soins consiste à désigner une personne de confiance comme subrogé. Cette personne aura le pouvoir de prendre des décisions médicales en votre nom le jour où vous ne serez plus en mesure de le faire. Elle est ainsi titulaire d'une procuration pour soins de santé (ou procuration médicale). En plus de cette procuration médicale, vous pouvez donner une procuration distincte à une personne, l'autorisant à prendre des décisions financières en votre nom.

Directive anticipée

Une directive anticipée (ou **testament de vie**) est un document juridique qui décrit comment une personne souhaite être traitée sur le plan médical le jour où elle n'est plus en mesure de prendre des décisions concernant les soins qu'elle voudrait recevoir. De nombreuses personnes rédigent ce document afin que leurs choix personnels soient honorés en cas d'urgence médicale.

Ce document comprend les décisions d'une personne concernant les soins de fin de vie, comme l'utilisation de la réanimation cardiopulmonaire (RCR) si le cœur ou la respiration s'arrête, l'utilisation d'appareils respiratoires ou de ventilation, l'alimentation par sonde et la dialyse. Il peut également inclure les souhaits concernant le don d'organes et de tissus.

Une directive anticipée doit se faire par écrit. Les lois la concernant varient d'une province à l'autre. Parlez à un avocat ou à votre équipe de soins de santé pour obtenir des informations détaillées.



Pour en savoir plus sur la planification préalable des soins, consultez planificationprealable.ca.



Planification de fin de vie

Regarder en face les derniers chapitres de sa vie peut être une période difficile sur le plan émotionnel pour toute personne atteinte d'un cancer du poumon et sa famille. C'est le moment de réfléchir et de prendre des décisions qui apportent la meilleure qualité de vie pour les jours qui restent.

Dans cette partie, nous passerons en revue deux options pour les soins de fin de vie : les soins de fin de vie et l'aide médicale à mourir (AMM).

Soins de fin de vie

Les soins de fin de vie sont une forme spécialisée de soins pour les personnes en phase terminale. Ils servent à affirmer la valeur de la vie et permettent au processus naturel de la mort de se dérouler. L'objectif n'est pas de guérir la maladie, mais de prendre soin de la personne, en veillant à ce que ses derniers jours se passent dans la dignité et le confort.

Les soins de fin de vie sont envisagés lorsqu'une personne a une espérance de vie limitée, généralement d'environ six mois, mais cette période peut varier. Ils peuvent être fournis à domicile, dans un établissement particulier appelé maison de soins palliatifs ou dans un hôpital. Les soins de fin de vie sont prodigués par une équipe de professionnels formés pour vous soutenir, vous et vos êtres chers, notamment :

- Un médecin de maison de soins palliatifs, formé aux soins de fin de vie. Il peut diriger vos soins médicaux ou collaborer avec votre médecin actuel.
- Une infirmière en soins de fin de vie, qui vous rend visite périodiquement pour surveiller votre état de santé et soulager vos douleurs et autres symptômes. Elle est disponible jour et nuit pour réagir aux urgences médicales ou répondre aux questions.
- Les aides-soignants à domicile, qui participent aux tâches quotidiennes, comme le bain, l'habillage et la préparation des repas.
- Un travailleur social, qui organise des services communautaires, aide à résoudre les problèmes financiers et offre un soutien émotionnel à vous et à votre famille.

Pour accéder aux soins de fin de vie, vous aurez besoin d'une référence. Toutefois, vous n'avez pas besoin d'attendre que votre médecin le fasse seul. Vous pouvez faire des recherches sur les programmes vous-même et, une fois que vous êtes prêt(e), demander à votre médecin de faire la référence.

Aide médicale à mourir (AMM)

L'aide médicale à mourir (AMM) est une procédure légale au Canada qui permet aux personnes admissibles de recevoir l'aide d'un professionnel de la santé pour mettre fin à leurs jours. Le *Code criminel* fédéral du Canada régit strictement cette pratique, en veillant à ce qu'elle se déroule dans des circonstances précises et en respectant des lignes directrices claires.

Deux méthodes sont proposées pour l'aide médicale à mourir au Canada :

- **Aide médicale à mourir administrée par un clinicien.** Cette méthode consiste à faire administrer directement par un médecin ou une infirmière praticienne, généralement par injection, une substance qui provoque le décès de la personne.
- **Aide médicale à mourir auto administrée.** Selon cette méthode, le patient s'administre un médicament prescrit pour provoquer le décès.

Critères d'admissibilité à l'aide médicale à mourir

Pour être admissible à l'aide médicale à mourir, une personne doit :

- Être admissible à des soins de santé financés par le gouvernement fédéral, provincial ou territorial.
- Être âgé d'au moins 18 ans et avoir les capacités mentales nécessaires, ce qui signifie qu'elle peut prendre des décisions en ce qui concerne sa santé.
- Être affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables; en d'autres termes, la personne doit réunir les critères suivants :
 - Est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap graves et incurables;
 - Sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
 - Sa maladie, son affection, son handicap ou le déclin avancé et irréversible de ses capacités lui cause des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables.
- Fait une demande d'aide médicale à mourir de manière volontaire, notamment sans pressions extérieures;
- Consentir de manière éclairée à recevoir l'aide médicale à mourir après avoir été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment les soins palliatifs.

Ces personnes n'ont pas besoin d'être en phase terminale pour être admissibles, mais doivent réunir tous les critères susmentionnés. En outre, elles doivent donner leur consentement éclairé deux fois : une fois lors de la demande initiale et à nouveau immédiatement avant la procédure. Elles ont le droit de rétracter leur consentement à tout moment.

Faire une demande d'aide médicale à mourir

Peu importe où vous vous trouvez au Canada, vous pouvez demander l'aide médicale à mourir si vous répondez aux critères établis. Si vous envisagez l'aide médicale à mourir, parlez-en à votre médecin. Il vous orientera, vous et votre famille, en fonction de votre situation.



Pour en savoir plus, consultez la page sur l'aide médicale à mourir du gouvernement du Canada, à <https://bit.ly/4acAMFI>

Chapitre 6:

En savoir plus et
trouver de l'aide





Ressources

Cancer pulmonaire Canada

www.lungcancercanada.ca

Cancer pulmonaire Canada est un organisme de bienfaisance national. Nous sommes la principale ressource du Canada en matière d'éducation, de soutien, de recherche et de défense des intérêts liés au cancer du poumon. Nous offrons une variété de ressources et de services de soutien pour aider les personnes atteintes d'un cancer du poumon, leurs partenaires de soins et leurs êtres chers.



Voies de l'espoir

Les programmes de soutien Les voies de l'espoir offrent des espaces thérapeutiques pour partager son expérience et apprendre des autres d'une manière sûre et solidaire. Le programme est proposé sous plusieurs formats afin de permettre au patient de choisir l'option qui convient le mieux à ses besoins et à son niveau d'aise.

Groupes de soutien en ligne

Cancer pulmonaire Canada met à la disposition des personnes atteintes d'un cancer du poumon et de leurs proches aidants divers groupes de soutien pour leur permettre de se rencontrer, d'échanger leurs histoires personnelles, d'exprimer leurs sentiments et de discuter d'expériences de première main associées au cancer du poumon.

Soutien individuel

Fournir, tout au long de la maladie, un soutien personnalisé par téléphone et vidéoconférence aux personnes atteintes d'un cancer du poumon et à leurs partenaires de soins aux prises avec des préoccupations émotionnelles, financières et pratiques, une aide à la planification préalable des soins, des services de deuil et plus encore.

Programme de jumelage :

Ce programme donne l'occasion de tirer parti des connaissances, des expériences et des échanges positifs avec d'autres personnes atteintes d'un cancer du poumon, avec les survivants et avec leurs partenaires de soins. L'entraide forme un lien vital vers l'empathie, les conseils sur la logistique et les émotions causées par le cancer du poumon.



Sommets régionaux sur le cancer du poumon

Cancer pulmonaire Canada organise des sommets régionaux sur le cancer du poumon en association avec des professionnels de la santé dans le but d'échanger activement avec la communauté de personnes touchées par le cancer du poumon, et de fournir des ressources et des sessions d'information essentielles. Ces activités créent une communauté d'entraide pour les personnes atteintes d'un cancer du poumon, leurs partenaires de soins et leurs êtres chers, renforcent la solidarité à leur égard et la défense de leurs droits, et disséminent des informations essentielles pour les aider dans leur parcours contre le cancer.

« Recourez à des sources fiables, dans les limites de ce que vous pouvez accepter de savoir. Comprendre votre maladie et les options de traitement vous donne les moyens d'agir tout au long de votre parcours. »

- Nina, patiente atteinte d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade IV



Balados *Voix du cancer du poumon*

Animé en anglais par le D^r Paul Wheatley-Price, oncologue interniste à L'Hôpital d'Ottawa, et en français par la D^{re} Nathalie Daaboul, hémato-oncologue au Centre intégré de cancérologie de la Montérégie. Chaque émission comprend des entretiens avec des chercheurs de premier plan, des professionnels de la santé et des personnes ayant une expérience vécue, qui analysent en profondeur les principaux problèmes auxquels est confrontée la communauté des personnes touchées par le cancer du poumon.



Campagnes de sensibilisation

Tout au long de l'année, Cancer pulmonaire Canada mène des campagnes de sensibilisation au cancer du poumon, à l'importance du dépistage et du diagnostic précoces, ainsi qu'aux défis de la stigmatisation pour la communauté de personnes touchées par le cancer du poumon.



Efforts de défense des intérêts

Cancer pulmonaire Canada s'engage à plaider en faveur d'un changement de politique – de la mise en œuvre et de l'expansion des programmes de dépistage du cancer du poumon à la garantie d'un accès équitable aux traitements proposés. Dans les coulisses, notre **équipe de conseillers médicaux** – une équipe de professionnels de la santé et de chercheurs bénévoles de premier plan – renforce ces efforts en rencontrant les sphères du pouvoir et en travaillant sans relâche pour que de nouveaux traitements prometteurs soient mis à la disposition de tous les Canadiens.

Société canadienne du cancer

www.cancer.ca

La Société canadienne du cancer est un organisme communautaire national composé de bénévoles. Elle offre un réseau de soutien aux personnes atteintes de cancer et à leur famille, à leurs amis et à leurs proches aidants. Ses programmes et services aident à répondre à vos questions sur le cancer, à gérer la vie avec cette maladie, à trouver un esprit de communauté et à créer des liens, et à renforcer le bien-être et la résilience. Vous pouvez discuter avec un spécialiste de l'information en téléphonant au 1 888 939-3333.

Wellspring

<https://wellspring.ca>

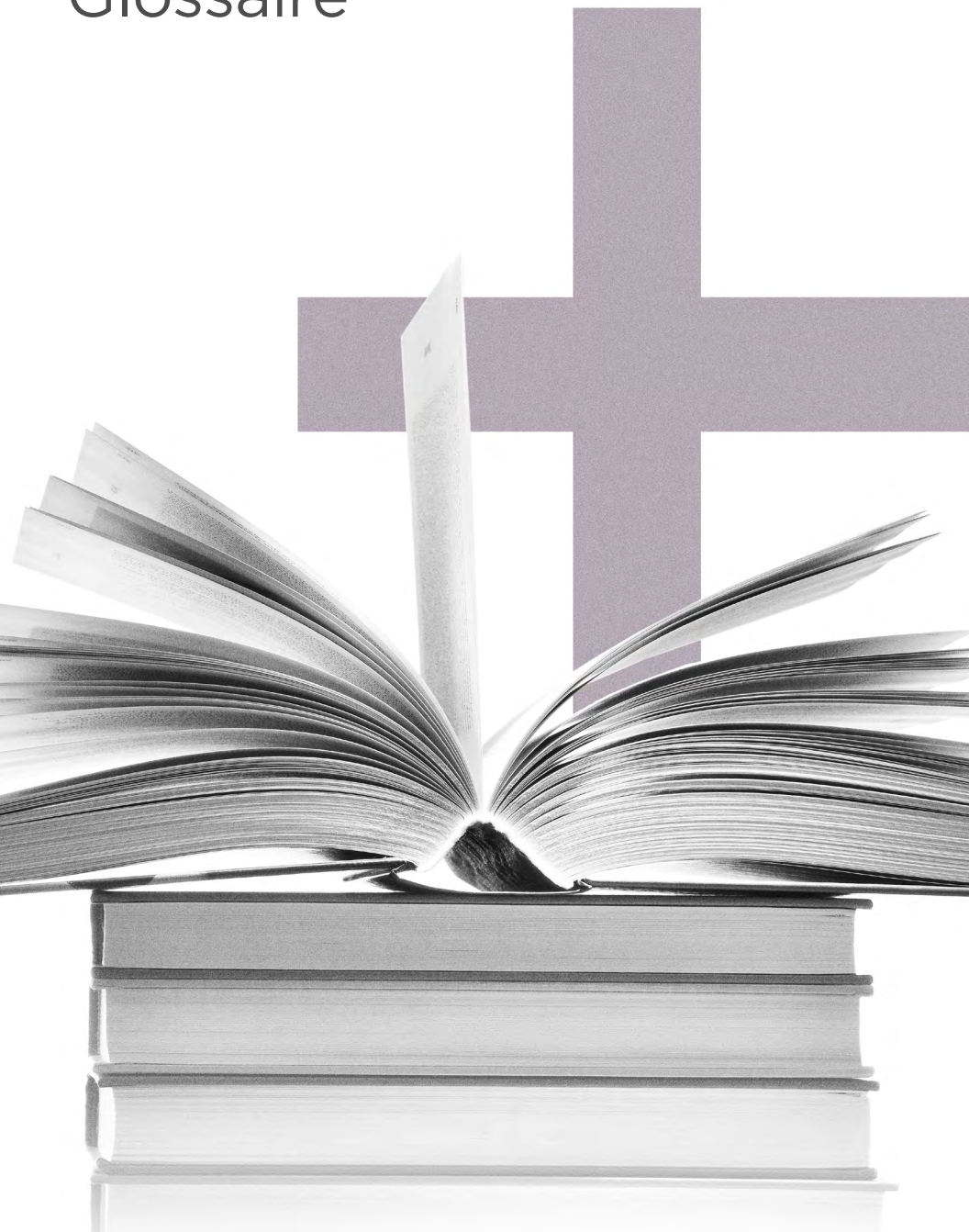
Wellspring est un réseau de centres communautaires d'entraide qui offre des programmes et services répondant aux besoins émotionnels, sociaux, pratiques et réparateurs des personnes atteintes d'un cancer et des personnes qui en prennent soin. Les programmes de Wellspring sont gratuits.

« Communiquez avec des personnes qui font face à des défis similaires. Leurs témoignages peuvent devenir votre source de conseils et d'encouragements. »

- Nina, personne atteinte d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade IV

Chapitre 7:

Glossaire



Adénocarcinome : le type le plus courant de cancer du poumon non à petites cellules qui se forme dans les glandes mucipares.

Alvéoles : minuscules vésicules pleines d'air dans les poumons où se produit l'échange d'oxygène et de dioxyde de carbone.

Analyse des biomarqueurs : tests qui servent à évaluer la constitution génétique des cellules cancéreuses pour détecter des changements génétiques précis (mutations).

Analyse moléculaire : voir « analyse des biomarqueurs ».

Anesthésique local : médicament qui provoque un engourdissement temporaire d'une petite région du corps pendant une intervention.

Bénin : ni malin ni cancéreux.

Bilan sanguin : batterie d'analyses sanguines visant à mesurer certaines substances chimiques dans le sang en vue de diagnostiquer les maladies.

Bilobectomie : ablation chirurgicale de deux lobes du poumon.

Biopsie : prélèvement de tissu dans le but de déterminer si un cancer est présent.

Biopsie au trocart : prélèvement de tissu dans le but de diagnostiquer la présence d'un cancer.

Biopsie liquide : examen qui utilise des échantillons de sang, de liquide pleural ou d'urine pour vérifier l'ADN des cellules cancéreuses.

Biopsie par aspiration à l'aiguille fine (BAAF) : type de biopsie qui consiste à insérer une aiguille fine dans une masse pour en prélever des cellules.

Bronches : gros conduits respiratoires qui partent de la trachée et bifurquent en deux branches avant de pénétrer dans les poumons.

Bronchioles : petites ramifications des bronches qui s'ouvrent sur les canaux alvéolaires.

Bronchoscopie : intervention qui permet aux médecins d'examiner les voies respiratoires grâce à un tube appelé bronchoscope.

Cancer du poumon à petites cellules : une des catégories principales du cancer du poumon.

Cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) : catégorie de cancer du poumon la plus courante, divisée en trois sous-types principaux : adénocarcinome, carcinome épidermoïde et carcinome à grandes cellules.

Carcinome épidermoïde (CE) : type de cancer du poumon non à petites cellules.

Carcinome à grandes cellules : type rare de cancer du poumon non à petites cellules.

Carcinome in situ : stade précoce du cancer qui est toujours limité à l'endroit où il s'est initialement développé et ne s'est pas propagé aux tissus voisins.

Chimioradiation : traitement qui combine la chimiothérapie et la radiothérapie.

Chimiothérapie : traitement du cancer avec des agents chimiques qui détruisent les cellules malignes ou entravent leur croissance et leur division.

Chirurgie thoracique robot-assistée (CTRA) : chirurgie non invasive, réalisée à l'aide de bras robotiques.

Chirurgie thoracique vidéo-assistée (CTVA) : chirurgie non invasive pratiquée pour diagnostiquer et traiter les affections thoraciques.

Curiethérapie : forme de radiothérapie consistant à placer une source radioactive à l'intérieur ou à côté de la tumeur.

Dialyse : intervention servant à évacuer les déchets et l'excès de liquide du sang lorsque les reins cessent de fonctionner.

Directive anticipée : document juridique qui contient les préférences d'une personne en matière de soins médicaux, le jour où elle n'est plus en mesure de prendre elle-même des décisions.

Doublet de chimiothérapie : traitement à base de deux médicaments chimiothérapeutiques administrés en association.

Drainage postural : technique qui utilise la gravité pour évacuer les sécrétions des poumons.

Échographie : test d'imagerie qui utilise des ondes sonores pour reconstituer des images de l'intérieur du corps.

Échographie endobronchique (EEB) : intervention non invasive, utilisée pour diagnostiquer et stadifier le cancer du poumon.

Électrocardiogramme (ECG) : examen qui mesure l'activité électrique du cœur pour évaluer son fonctionnement.

Embole : particule anormale, comme une bulle d'air ou un fragment de caillot sanguin, qui circule dans le sang.

Embolie pulmonaire (EP) : obstruction d'une artère dans le poumon ou d'une de ses petites branches par un caillot sanguin.

Endoscopie : intervention qui sert à examiner l'intérieur d'un organe creux ou d'une cavité de l'organisme à l'aide d'un endoscope.

Épanchement pleural : accumulation de liquide entre les deux couches de la plèvre.

Essais cliniques : études qui testent de nouvelles approches médicales et s'assurent qu'elles sont sûres et efficaces.

Examen monogénique : analyse d'un seul gène pour en trouver les mutations.

Explorations fonctionnelles pulmonaires : examens qui mesurent le volume d'air inspiré et expiré par les poumons, ainsi que les gaz, comme l'oxygène, qu'ils déplacent dans l'organisme.

Formule sanguine complète (FSC) : analyse sanguine qui mesure le nombre et la qualité des cellules dans le sang, comme les globules rouges, les globules blancs et les plaquettes.

Gazométrie artérielle : examen sanguin qui mesure le niveau d'oxygène et de dioxyde de carbone dans le sang artériel pour évaluer la fonction pulmonaire.

Grains radioactifs : petits grains qui contiennent une substance radioactive utilisée en curiethérapie ou en radiothérapie interne.

Imagerie nucléaire : technique d'imagerie médicale qui utilise de petites quantités de substances radioactives pour diagnostiquer et déterminer la gravité des maladies.

Imagerie par résonance magnétique (IRM) : test d'imagerie qui utilise de puissants aimants et des ondes radioélectriques pour reconstituer des images détaillées de l'organisme.

Immunothérapie : type de traitement du cancer qui aide votre système immunitaire à lutter contre le cancer.

Larynx : boîte vocale dans la partie supérieure de la trachée, qui contient les cordes vocales.

Liquide pleural : liquide logé entre les deux feuillets de la plèvre, les lubrifiant et facilitant la respiration.

Lobectomie : ablation d'un lobe du poumon.

Lymphhe : liquide transparent qui circule dans le système lymphatique et transporte des cellules qui aident à combattre les infections et d'autres maladies.

Lymphocytes T : type de globules blancs qui jouent un rôle central dans la réponse immunitaire.

Malin : cancéreux; capable d'envahir les tissus environnants et de se propager à d'autres organes.

Médiastinoscopie : intervention consistant à examiner l'intérieur de la partie supérieure du médiastin, entre et devant les poumons.

Médiastinotomie : intervention chirurgicale consistant à faire une incision dans le sternum pour examiner la région entre les poumons.

Mésothéliome pleural : type rare de cancer qui se développe dans la plèvre, généralement associé à l'exposition à l'amiante.

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

Mutations génétiques : modifications de la séquence d'ADN du génome d'une cellule (matériel génétique).

Neutrophiles : type de globule blanc qui aide à combattre les infections et à guérir les tissus endommagés.

Nœuds lymphoïdes : petites masses en forme de haricot qui produisent et entreposent les cellules qui aident à lutter contre les infections et les maladies.

Papillome : une petite croissance semblable à une verrue sur la peau ou la muqueuse.

Perfusion intraveineuse : administration de médicaments ou de liquides directement dans une veine pendant un certain temps.

Planification préalable des soins (PPS) : processus qui aide les adultes, quel que soit leur âge ou leur état de santé, à comprendre et à communiquer leurs valeurs personnelles, leurs objectifs de vie et leurs préférences en matière de soins médicaux futurs.

Pleurodèse : traitement d'un épanchement pleural grave, qui consiste à accoler les feuillets de la plèvre pour éliminer l'espace qui les sépare.

Plèvre : membrane mince à deux couches qui tapisse la surface extérieure du poumon et la surface interne de la paroi thoracique.

Pneumonectomie : ablation d'un poumon entier.

Pneumothorax : poumon affaissé à cause de la présence d'air dans l'espace entre le poumon et la paroi thoracique.

Radiothérapie classique : traitement consistant à utiliser des rayons de haute énergie pour tuer les cellules cancéreuses et réduire la taille des tumeurs.

Radiothérapie externe : traitement qui cible directement une tumeur pour tuer les cellules cancéreuses à l'aide de faisceaux d'irradiation de haute énergie.

Réaction auto-immune : réaction du système immunitaire qui attaque ses propres cellules ou tissus.

Réadaptation pulmonaire : programme d'éducation et d'exercice pour vous sensibiliser à vos poumons et à votre maladie.

Radiothérapie : traitement qui utilise des rayons de haute énergie pour détruire les cellules cancéreuses.

Radiothérapie stéréotaxique d'ablation (SABR) : radiothérapie à faisceau très précis qui délivre une dose élevée d'irradiation à une tumeur, tout en minimisant l'exposition aux tissus sains environnants.

Radiothérapie stéréotaxique corporelle (RSC) : voir radiothérapie stéréotaxique d'ablation (SABR).

Réanimation cardiopulmonaire (RCP) : intervention d'urgence qui combine des compressions thoraciques à une ventilation artificielle pour préserver manuellement la fonction cérébrale chez une personne dont le cœur a cessé de fonctionner.

Résection cunéiforme périphérique : ablation d'un coin triangulaire du poumon.

Résection en manchon : intervention chirurgicale visant à enlever une partie d'une bronche ou de la trachée touchée par une tumeur.

Scintigraphie osseuse : test d'imagerie pour détecter les os touchés par le cancer.

Segmentectomie : ablation d'un segment d'un poumon.

Séquençage nouvelle génération (SNG) : technologie avancée qui facilite le séquençage rapide de grands segments d'ADN.

Système de stadification TNM : système utilisé pour classer l'étendue du cancer. Il tient compte de la taille de la tumeur (T), de l'atteinte des nœuds lymphoïdes (N) et des métastases (M).

Tests d'imagerie : interventions visant à prendre des photos de l'intérieur de l'organisme afin de diagnostiquer des troubles médicaux.

Thoracocentèse : intervention visant à évacuer le liquide ou l'air de la poitrine à l'aide d'une aiguille ou d'un tube.

Thoracoscopie : Intervention chirurgicale non invasive, qui permet à un médecin d'examiner les poumons et l'espace environnant.

Thrombose veineuse profonde (TVP) : caillot sanguin qui se forme dans une veine profonde, généralement dans les jambes.

Thrombus : masse sanguine coagulée qui se forme dans un vaisseau sanguin et y reste.

Tomodensitométrie (TDM) : méthode d'imagerie qui utilise les rayons X pour reconstituer des images de coupes transversales de l'organisme.

Tomodensitométrie à faible dose : tomodensitométrie qui utilise de faibles doses d'irradiation pour reconstituer des images de l'organisme.

Tomographie par émission de positons (TEP) : examen qui utilise l'imagerie nucléaire pour montrer le fonctionnement des tissus ou des organes de l'organisme.

Trachée : conduit musculo-cartilagineux faisant suite au larynx et par lequel l'air passe des voies aériennes supérieures aux bronches et aux poumons.

Traitement adjuvant : traitement administré après le traitement primaire pour tuer les cellules cancéreuses restantes et éviter une récurrence.

Traitement ciblé : traitement contre le cancer qui cible des gènes ou des protéines particuliers, impliqués dans la croissance et la survie des cellules cancéreuses.

Traitement curatif : traitement destiné à guérir une personne de sa maladie.

Traitement d'entretien : traitement anticancéreux administré en continu après un traitement initial pour empêcher la réapparition du cancer.

Traitement néoadjuvant : traitement administré avant le traitement primaire afin de réduire la taille d'une tumeur.

Traitement principal : principal traitement d'un cancer.

Traitement systémique : traitement effectué à l'aide de médicaments qui entrent dans la circulation sanguine et affectent tout l'organisme.

Tumeurs carcinoïdes : tumeurs rares à croissance lente provenant des cellules sécrétrices d'hormones qui tapissent les bronches et les bronchioles.

Vaisseaux lymphatiques : conduits minces qui circulent la lymphe dans tout l'organisme.

NOTES

[illegible]



**LUNG
CANCER
CANADA**

**CANCER
PULMONAIRE
CANADA**

AWARENESS. SUPPORT. EDUCATION.

SENSIBILISER. SOUTENIR. ÉDQUER.

Pour commander des exemplaires supplémentaires de ce guide, veuillez contacter Cancer pulmonaire Canada.

133, rue Richmond Ouest, bureau 208, Toronto (Ontario), M5H 2L3

416.785.3439 (Toronto) | **1.888.445.4403** (Sans frais)

www.lungcancercanada.ca

info@cancerpulmonairecanada.ca

Cancer pulmonaire Canada est un organisme caritatif national, le seul qui se consacre uniquement au cancer du poumon.

Nous sommes déterminés à aider les personnes touchées par le cancer du poumon partout au pays. Partout.

Nous n'arrêterons pas. Mais nous avons besoin d'aide.

Faire un don • Bénévole • Soins

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.

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



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 : 133, rue Richmond Ouest, bureau 208, Toronto (Ontario), M5H 2L3 • 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. ÉDQUER.

CANCER PULMONAIRE CANADA

133, rue Richmond O., bureau 208
Toronto (Ontario) M5H 2L3

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 caritatif national, le seul qui se consacre uniquement au cancer du poumon. Il compte sur les dons pour offrir des programmes et services, comme ce rapport, 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.