

Comprendre le LNH

Guide du patient sur le
LYMPHOME NON HODGKINIEN



LYMPHOME
CANADA

Lymphome Canada désire souligner la contribution de tous ceux et celles qui ont participé à l'élaboration du contenu de cette publication et à sa réalisation. Les membres dévoués des différents comités de Lymphome Canada — le comité scientifique consultatif, le comité consultatif sur les soins infirmiers et le comité consultatif des patients et de leur famille — ont tous fourni leur expertise, leurs conseils et leur apport rédactionnel pour assurer l'exactitude et la pertinence de l'information. Nous remercions ces personnes attentionnées, dont la contribution s'est avérée inestimable. Nous espérons que ce guide permettra aux personnes atteints de LNH d'obtenir l'information nécessaire pour mieux comprendre leur maladie et éprouver un plus grand sentiment de confiance et de maîtrise tout au long de leur cheminement.

L'annonce d'un diagnostic de cancer est une expérience bouleversante. Il est donc tout à fait normal d'être en état de choc, d'éprouver de l'anxiété en songeant à l'avenir et d'être quelque peu dépassé et déconcerté par rapport à l'information médicale et aux décisions à prendre.

Si vous venez de recevoir un diagnostic de lymphome non hodgkinien (LNH), vous vous posez sans doute beaucoup de questions concernant la maladie, ses traitements et ce qui vous attend.

L'information contenue dans cette brochure a été conçue pour vous servir de guide. Elle vous aidera à comprendre la nature du LNH, et à quoi vous attendre de vos traitements, y compris tous les effets secondaires potentiels. Plus vous en saurez sur votre maladie, plus vous vous sentirez apte à prendre des décisions avec vos médecins concernant vos soins et votre bien-être.

Information. Aide. Espoir.

Sachez que vous n'êtes pas seul à lutter contre le LH. Lymphome Canada assure le lien entre les patients, leur famille et leurs amis ainsi que les professionnels de la santé, les chercheurs, les bénévoles et les donateurs afin de former une communauté solide vouée à guérir le lymphome :

- une communauté qui mène des recherches pour mieux comprendre les causes du lymphome, mettre au point de meilleurs traitements et découvrir le moyen de guérir cette maladie;
- une communauté qui sensibilise la population sur la cinquième forme de cancer la plus répandue au Canada et aide les personnes à y faire face;
- une communauté qui vous invite à recevoir et à apporter du soutien.

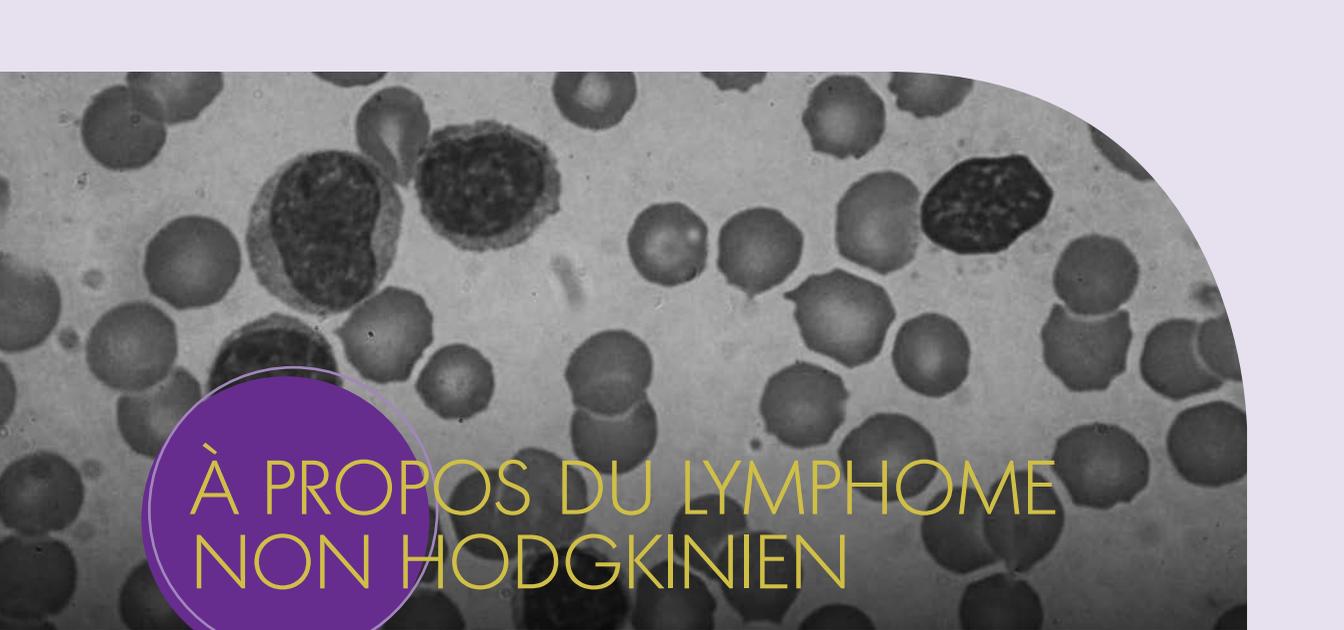
Pour obtenir plus d'information sur nos programmes éducatifs et nos programmes de soutien, visitez le www.lymphome.ca ou téléphonez au 1.866.659.5556.

À PROPOS DU LYMPHOME NON HODGKINIEN	11
Le cancer	11
Le système lymphatique	12
Le lymphome	16
Le lymphome non hodgkinien (LNH)	17
Le LNH est-il une maladie répandue?	17
Les facteurs de risque	18
Les signes et les symptômes	19
VOTRE ÉQUIPE DE SOINS DE SANTÉ	25
Jouer un rôle actif	26
La communication avec votre équipe de soins de santé	26
L'orientation vers un nouveau médecin ou l'obtention d'un deuxième avis	32
LE DIAGNOSTIC	37
Les tests de diagnostic	38
La classification du LNH	46
La stadification	46
Le grade	48
Le pronostic	52
Les questions à poser au médecin concernant votre diagnostic	52

TYPES DE LYMPHOME NON HODGKINIEN (LNH)	57
Les types courants de LNH indolents	59
Lymphome folliculaire	59
Leucémie lymphoïde chronique (LLC)	
Lymphome à petits lymphocytes (LPL)	60
Lymphomes de la zone marginale	60
Macroglobulinémie de Waldenström	61
Lymphome cutané	62
Les types courants de LNH agressifs	63
Lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB)	63
Lymphome à deux coups	65
Lymphome à cellules du manteau (LCM)	66
Lymphome de Burkitt	66
Lymphome « grey zone »	67
Lymphome T périphérique (LTP)	68
Lymphome anaplasique à grandes cellules (LAGC)	70
Lymphome lymphoblastique	71

LES TRAITEMENTS	75
Observation vigilante	76
Aperçu des traitements	77
Avant de commencer un traitement	81
À quoi s'attendre durant le traitement	82
Les types de traitement	84
Les traitements de pharmacothérapie	85
La chimiothérapie	88
Les thérapies biologiques	96
Les stéroïdes	100
La radiothérapie	102
La radio-immunothérapie	107
La chirurgie	109
La splénectomie	109
La greffe de cellules souches	109
Traitement d'entretien	111
Les thérapies de soutien	111
Le LNH récidivante ou réfractaire	112
Le LNH indolent	112
Le LNH agressif	114
Les questions à poser concernant le traitement	115

LES ESSAIS CLINIQUES	121
LES SOINS DE SUIVI	127
Les rendez-vous de suivi	128
Les cancers secondaires	131
LES TERMES MÉDICAUX	137



À PROPOS DU LYMPHOME NON HODGKINIEN

L'annonce d'un diagnostic de cancer est souvent une expérience bouleversante. Une meilleure connaissance de la maladie peut atténuer la confusion et vous permettre de vous sentir plus en contrôle.

Le cancer	11
Le système lymphatique	12
Le lymphome	16
Le lymphome non hodgkinien (LNH)	17
Le LNH est-il une maladie répandue?	17
Les facteurs de risque	18
Les signes et les symptômes	19

Le lymphome est un cancer du sang et du système lymphatique. Pour mieux comprendre cette maladie et les effets qu'elle peut avoir sur vous, il est utile d'avoir des connaissances de base sur le système lymphatique et le cancer en général.

Le cancer

Le cancer résulte de la croissance incontrôlée de cellules anormales.

Chaque partie du corps est composé de cellules : peau, cheveux, ongles, ganglions lymphatiques, sang et organes. Pour que tout fonctionne sans la moindre anicroche, les cellules grandissent, travaillent et se divisent de manière très contrôlée. Toutes ces cellules finissent également par mourir.

Normalement, une cellule meurt lorsqu'elle est trop vieille ou lorsqu'elle cesse de bien fonctionner. Quant au système immunitaire, il surveille constamment les cellules de tout le corps pour identifier celles qui sont anormales et les détruire.

Quand une cellule endommagée ne meurt pas ou si le système immunitaire ne fonctionne pas adéquatement, certaines cellules peuvent avoir une vie d'une longueur inhabituelle. Ces cellules anormales peuvent se multiplier et causer le cancer.

Souvent, les cellules anormales ne parviennent pas à bien exécuter leurs fonctions habituelles. À mesure que ces cellules se divisent, elles peuvent ultérieurement former une masse solide, appelée tumeur. Une tumeur maligne (cancéreuse) continuera de croître de manière incontrôlée et peut se propager à d'autres parties du corps.

La plupart des cancers portent le nom de l'organe ou du type de cellules où débute leur croissance. Par exemple, on appelle « cancer du pancréas », la maladie qui se forme dans les cellules du pancréas, et « lymphome », le cancer qui prend naissance dans les lymphocytes.

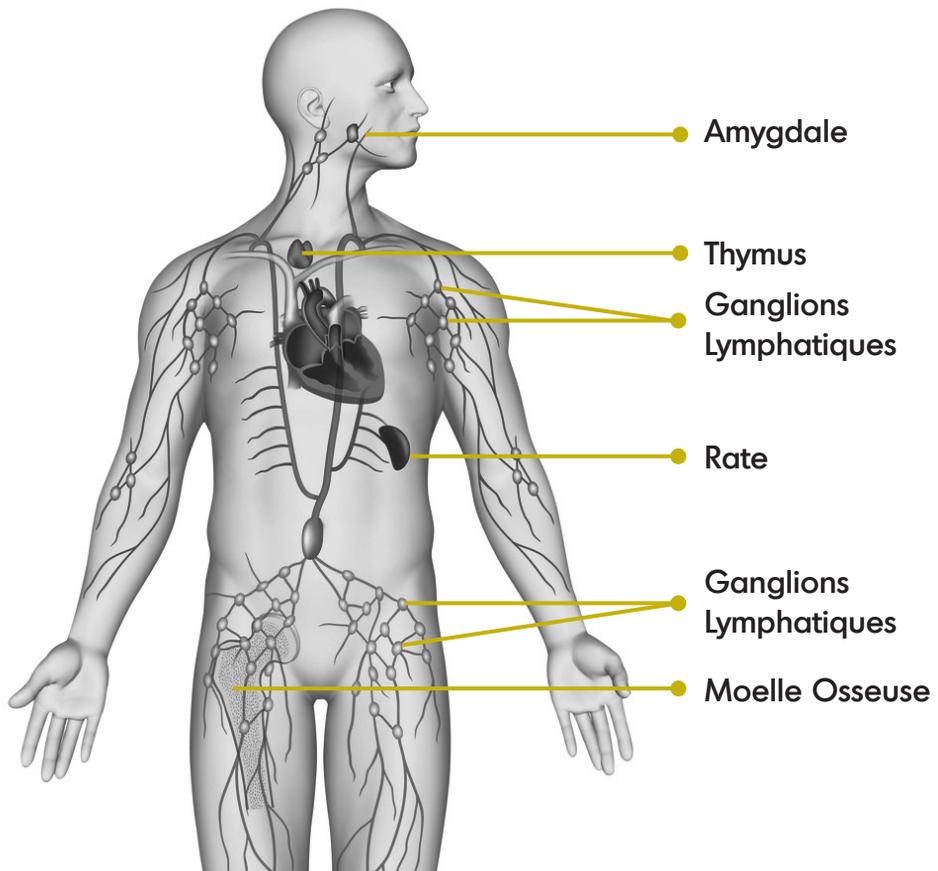
Le système lymphatique

Le système lymphatique fait partie du système circulatoire et joue un rôle important dans de nombreuses fonctions essentielles au maintien de la vie. Il est constitué d'un réseau de vaisseaux, de ganglions et d'organes répartis dans tout l'organisme.

Les principales composantes du système lymphatique sont :

- **la lymphe** : liquide circulant dans le système lymphatique;
- **les vaisseaux lymphatiques** : vaisseaux où circule le liquide lymphatique (également appelé lymphe) dans l'organisme;
- **les ganglions lymphatiques** : petits organes en forme de haricot qui filtrent la lymphe en circulation. Il existe des centaines de ganglions lymphatiques dans tout le corps. On les retrouve souvent en groupe, notamment dans le cou, les aisselles, la poitrine, l'abdomen, l'aîne et les coudes;

- **la moelle osseuse** : tissu mou et spongieux dans les os, où de nouvelles cellules sont fabriquées;
- **la rate** : organe dans l'abdomen intervenant dans la production, le stockage et l'élimination des cellules sanguines;
- **le thymus** : organe où se développent les lymphocytes T et où ils parviennent à maturité.



LE SYSTÈME LYMPHATIQUE

Voici deux fonctions très importantes du système lymphatique :

1. **Aider l'organisme à se défendre contre les infections.** Les vaisseaux du système lymphatique permettent à la lymphe (liquide) de circuler dans le corps. En se déplaçant dans les vaisseaux lymphatiques, la lymphe passe par les ganglions lymphatiques, principalement constitués de lymphocytes (type de globules blancs). Des organismes nocifs, comme les bactéries et les virus, sont piégés et détruits dans les ganglions par les lymphocytes. C'est ce qui permet à l'organisme d'éviter de contracter une infection.
2. **Faire circuler les liquides corporels dans le corps et réguler leur taux.** Les petits vaisseaux du système lymphatique absorbent le liquide entourant les tissus de tout l'organisme et le réacheminent vers le sang. Cette fonction aide à prévenir l'œdème (enflure due à l'excès de liquide) et à maintenir un équilibre sain des taux de liquide dans le corps et dans la circulation sanguine.

Lorsqu'un grand nombre de substances étrangères sont filtrées par un ou plusieurs ganglions, ces derniers peuvent enfler et devenir sensibles au toucher. La plupart des ganglions sont une réaction à une infection et ne sont pas cancéreux.

QUE SONT LES LYMPHOCYTES?

Les lymphocytes sont un type de globules blancs (ou leucocytes) et une des principales composantes du système immunitaire. Tout ensemble avec d'autres cellules du système immunitaire, les lymphocytes travaillent à combattre les infections et à prévenir les maladies. Ils sont présents dans le sang et dans la moelle. Toutefois, la plupart des lymphocytes circulent normalement dans le système lymphatique.

Il existe trois principaux types de lymphocytes :

1. les lymphocytes B (cellules B) qui fabriquent des anticorps pour combattre les infections. On les appelle cellules B, car ils parviennent à maturation dans la moelle osseuse;
2. les lymphocytes T (cellules T) qui détruisent les cellules infectées par les virus ou les cellules tumorales. Ils aident également d'autres globules blancs à effectuer des processus immunitaires. On les appelle cellules T, car ils parviennent à maturation dans le thymus;
3. les cellules dites « tueuses naturelles » (NK) attaquent et tuent les cellules cancéreuses et les virus.

Le lymphome

Le lymphome est un cancer qui affecte un type de globules blancs appelé *lymphocyte*. Les lymphocytes aident le corps à combattre les infections. Le lymphome est la croissance incontrôlée de lymphocytes anormaux. Ce type de cancer peut prendre naissance dans n'importe quelle partie du système lymphatique. Tout comme les lymphocytes normaux, les lymphocytes cancéreux peuvent se déplacer dans le sang et dans le système lymphatique ainsi que se propager et croître dans différentes parties du corps, incluant les ganglions lymphatiques, la rate, la moelle osseuse et d'autres organes.

On distingue deux principales catégories de lymphome :

1. Le lymphome de Hodgkin (LH)
2. Le lymphome non hodgkinien (LNH)

On dénombre environ huit fois plus de cas de LNH que de cas de LH – 85 % de tous les lymphomes sont des LNH. Ce qui diffère principalement le LH du LNH est la présence de cellules de Reed-Sternberg, détectées lors d'un examen de la tumeur au microscope. La cellule de Reed-Sternberg est uniquement présente dans le lymphome de Hodgkin.

Ces deux grandes catégories de lymphome sont elles-mêmes subdivisées en plusieurs types, qui diffèrent dans leur façon de se développer et de se propager. La manière de traiter les patients qui en sont atteints est également différente.

Le lymphome non hodgkinien (LNH)

Le terme LNH ne désigne pas qu'une seule maladie, mais plutôt un groupe de plus de 60 cancers étroitement associés, qui touchent les lymphocytes.

Même si différents types de LNH présentent beaucoup de similitudes, certaines caractéristiques les distinguent les uns des autres. En voici des exemples :

- leur apparence lors d'un examen au microscope;
- caractéristiques génétiques et autres particularités moléculaires;
- leur croissance dans le corps et l'endroit où ils se développent;
- les symptômes qu'ils causent;
- la manière dont il faut traiter les patients.

Le LNH est-il une maladie répandue?

Le LNH se classe au cinquième rang parmi les cancers les plus fréquemment diagnostiqués au Canada. Sa fréquence est légèrement plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Le LNH peut aussi affecter les enfants et les jeunes adultes, mais la plupart des personnes qui en souffrent sont âgées de 50 ans et plus.

Les facteurs de risque

Tous les éléments qui augmentent la probabilité de contracter une maladie s'appellent un « facteur de risque ».

On ignore encore pourquoi les personnes sont atteintes d'un LNH.

Rien ne laisse croire que vous auriez pu faire, ou ne pas faire, quelque chose qui aurait entraîné l'apparition d'un lymphome. Le LNH n'est pas causé par une blessure et il n'est pas contagieux. Personne ne peut attraper votre lymphome.

Il existe plusieurs facteurs de risque connus du LNH, dont :

- **l'âge** : les personnes de plus de 60 ans courent davantage le risque de développer un LNH que celles appartenant à d'autres groupes d'âge;
- **le sexe** : le LNH est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes;
- **une infection causée par certains virus** : les personnes infectées par le virus Epstein-Barr Virus (VEB), responsable de la mononucléose (ou mono), par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), qui cause le sida, par le virus du lymphome humain à cellules T de type 1 (HTLV-1) ou par l'hépatite C courent un risque plus élevé de développer un LNH que les personnes qui n'ont pas été touchées par ces infections;
- **un système immunitaire affaibli** : les personnes dont le système immunitaire est affaibli à cause d'un trouble héréditaire, d'une splénectomie, d'une maladie auto-immune ou de l'usage d'immunosuppresseurs pour prévenir le rejet de l'organe à la suite

d'une transplantation présentent un risque plus élevé de développer un LNH, comparativement aux personnes qui ont un système immunitaire en santé;

- **les bactéries** : une infection par la bactérie *Helicobacter pylori*, pouvant être responsable d'un ulcère d'estomac, peut accroître le risque de développer un lymphome sur la paroi stomacale;
- **l'exposition à certains produits chimiques** : les personnes ayant été exposées à certains produits chimiques tels que le benzène, à certains pesticides ou herbicides et à certains médicaments de chimiothérapie utilisés pour traiter d'autres cancers ou une maladie auto-immune présentent un risque accru de développer un lymphome.

Il est important de se souvenir que même si vous présentez un ou plusieurs facteurs de risque, vous ne développerez pas nécessairement un LNH. En fait, la plupart des personnes affichant des facteurs de risque ne développent jamais la maladie, et de nombreux patients ayant reçu un diagnostic de LNH n'avaient aucun facteur de risque connu.

Les signes et les symptômes

Un symptôme est une anomalie des fonctions naturelles du corps, de l'apparence physique ou de ce qu'éprouve un patient. Vous devriez signaler tout symptôme à votre médecin ou à une infirmière. Certains patients atteints de LNH ne présentent aucun symptôme.

Les signes sont une anomalie que remarquent les médecins ou les infirmières en vous examinant.

Le diagnostic est souvent posé au cours d'un examen médical normal. Certaines personnes consultent leur médecin à cause d'une toux et de symptômes semblables à ceux de la grippe ou parce qu'elles ont remarqué le gonflement d'un ou de plusieurs ganglions lymphatiques.

Le LNH est le terme utilisé pour désigner un groupe de cancers étroitement associés, chacun possédant ses propres symptômes distincts. Toutefois, certains symptômes sont communs à différents types de LNH. N'oubliez pas qu'aucun des symptômes énumérés ci-dessous n'est propre au LNH; ces symptômes sont aussi communs à d'autres maladies.

- Ganglions lymphatiques enflés dans le cou, sous les bras ou dans l'aîne. Ces masses ne disparaissent pas, même si leur taille peut varier (augmente et diminue).
- Fièvre récurrente.
- Infections graves et fréquentes.
- Apparition facile d'ecchymoses ou de saignements.
- Perte de poids involontaire ou inexplicée.
- Sueurs nocturnes excessives, au point que votre pyjama ou vos draps sont trempés.
- Éruptions cutanées ou démangeaisons.
- Fatigue persistante ou manque d'énergie.
- Maux de tête et/ou vision brouillée.
- Estomac gonflé ou douleurs abdominales.
- Engourdissement et/ou picotements dans les mains ou

les pieds, ou dans les deux.

- Toux, essoufflement ou malaise pulmonaire.

D'autres signes et symptômes peuvent être présents selon l'endroit où est situé le lymphome et selon l'état d'avancement de la maladie.

Durant votre visite chez le médecin, vous devez décrire tous vos symptômes. Il vous posera des questions détaillées sur vos antécédents médicaux et effectuera un examen physique complet.

Lors de l'examen physique, le médecin :

- vérifie si vos ganglions lymphatiques sont enflés sous le menton, dans le cou et dans la région des amygdales, au-dessus des épaules, sur les coudes, sur les aisselles et dans l'aîne;
- examine d'autres parties du corps pour savoir s'il y a de l'enflure ou du liquide dans la poitrine ou l'abdomen pouvant être dû à une enflure des ganglions lymphatiques;
- examine l'abdomen pour voir si d'autres organes internes ont augmenté de volume;
- vous demande si vous ressentez des douleurs;
- cherche à savoir si vos signes de faiblesse ou de paralysie peuvent être causés par des ganglions enflés susceptibles d'exercer une pression sur certains nerfs ou la moelle épinière.

Si un médecin soupçonne un cas de lymphome après avoir examiné vos signes et vos symptômes découverts lors de l'examen, il vous fera passer d'autres tests pour confirmer le diagnostic.



VOTRE ÉQUIPE DE SOINS DE SANTÉ

Votre équipe de médecins, d’infirmières et de travailleurs sociaux représente une précieuse source de soutien lorsque vous êtes confronté à un diagnostic de LNH. La relation établie avec votre équipe de soins peut faire une grande différence dans votre façon de composer avec les défis suscités par le diagnostic et de gérer vos soins.

Jouer un rôle actif	26
La communication avec votre équipe de soins de santé	26
L’orientation vers un nouveau médecin ou l’obtention d’un deuxième avis	32

Tous les professionnels que vous consultez, y compris les spécialistes, font partie de votre équipe de soins de santé.

Le traitement du lymphome est habituellement supervisé par un oncologue médical (médecin qui traite le cancer) ou par un hématologue (médecin qui traite les cancers du sang et d'autres maladies du sang). Selon vos besoins, il se peut que vous consultiez d'autres spécialistes, tels un radio-oncologue ou un chirurgien. Vous serez également en contact avec d'autres professionnels de la santé : infirmière spécialisée en oncologie, infirmière praticienne, radiothérapeute, adjoint au médecin, pharmacien(ne), travailleur(se) social(e) et diététiste agréé(e). Les membres de votre équipe de soins travailleront ensemble et communiqueront avec vous pour planifier les traitements, les administrer et en assurer le suivi.

Jouer un rôle actif

Recevoir un diagnostic de cancer est bouleversant, et le traitement de la maladie peut s'avérer complexe. Vous pourriez avoir beaucoup de questions à poser au cours de ces différentes étapes. Souvent, l'une des difficultés consiste à comprendre toute l'information concernant votre maladie et les options thérapeutiques qui vous sont offertes afin de prendre les meilleures décisions avec vos médecins. Il est important que vous participiez à l'établissement de votre plan de traitement.

Participer activement à vos soins oncologiques peut vous donner, à vous et à votre famille, un plus grand sentiment de maîtrise de la situation. L'une des façons de collaborer à vos soins consiste à établir de bonnes relations avec votre équipe soignante en oncologie. Un partenariat véritable avec vos soignants repose sur une communication ouverte et efficace. Vous et votre médecin devez établir des liens de respect et de confiance mutuels et travailler ensemble pour prendre les meilleures décisions pour vous.

La communication avec votre équipe de soins de santé

Malgré de bonnes relations avec votre équipe soignante, parler de votre expérience du cancer peut être difficile. Toutefois, il est important d'entretenir une bonne communication avec les médecins et les infirmières, et ce, pour bien des raisons. Ces conseils peuvent vous aider.

- Rassemblez des renseignements clairs sur votre maladie.
- Comprenez en quoi consistent vos options thérapeutiques.
- Prenez des décisions éclairées au sujet de vos soins.

- Préparez-vous à affronter les effets secondaires et à les gérer.
- Exprimez vos émotions et vos préoccupations.
- Ayez le sentiment de mieux contrôler votre situation.
- Ayez confiance dans la qualité de vos soins.

Voici quelques conseils qui vous aideront à communiquer plus efficacement avec votre équipe de soins oncologiques :

Cherchez à savoir ce qui fonctionne pour vous. Chacun de nous a un style de communication différent, et ce qui convient à l'un peut ne pas convenir à l'autre. Certaines personnes se sentent plus sûres d'elles et ont l'impression de mieux contrôler leur maladie quand elles en connaissent tous les détails. D'autres, au contraire, se sentent accablées par toute cette information. D'autres encore préfèrent recevoir de la documentation, l'apporter à la maison et la lire à leur gré. Décidez de la quantité de renseignements que vous aimeriez recevoir, et faites-en part à votre médecin.

Prenez la parole. Vous vous connaissez mieux que quiconque. Or, il est important de tenir votre équipe médicale pleinement informée de la façon dont vous composez avec la maladie et de lui décrire les nouveaux symptômes ou les symptômes inhabituels que vous pourriez ressentir ainsi que certains changements (habitudes de sommeil, élimination des selles, humeur, appétit, mémoire, fonctions sexuelles). Exprimer vos besoins à votre équipe de soins oncologiques lui permettra de mieux connaître votre situation, et elle pourra agir et établir un plan de traitements plus personnalisé.

Renseignez-vous. Acquérir de l'information sur le cancer est un peu comme apprendre une langue étrangère. Le fait de maîtriser cette langue améliore la communication entre vous et votre équipe médicale. Demandez à votre médecin s'il y a des documents que vous pouvez apporter à la maison. Consulter le site www.lymphome.ca. En vous renseignant au sujet de votre maladie et des options thérapeutiques, vous serez plus en mesure de prendre des décisions éclairées.

Conservez vos dossiers et documents médicaux. L'organisation est un élément primordial des soins du cancer. Tenez un dossier de vos antécédents médicaux, de vos médicaments, des résultats de vos tests et de vos symptômes. De plus, inscrivez sur un calendrier la date et l'heure de vos rendez-vous médicaux et de vos traitements. Emportez ces documents avec vous lors de vos visites médicales. Plus vous serez organisé, mieux vous contribuerez à gérer vos soins.

Soyez préparé lors de vos rendez-vous chez le médecin. Écrivez vos questions à l'avance. Demandez à votre médecin si vous pouvez lui envoyer la liste de vos questions avant votre rendez-vous. Posez-lui des questions brèves et précises, et présentez-les par ordre d'importance. Assurez-vous qu'un membre de l'équipe médicale lise toutes vos questions, car certaines pourraient lui sembler plus importantes que vous ne le croyez.

Vous pouvez obtenir de l'information non seulement de votre médecin, mais aussi des autres membres de l'équipe médicale. Les infirmières en oncologie sont très bien informées des traitements et elles sont une excellente source d'information sur de nombreux sujets. Quant aux travailleurs sociaux en oncologie, ils vous aideront à gérer certains besoins d'ordre pratique et émotionnel, et ce, dès l'établissement du diagnostic.

Obtenez de l'aide quand vous en avez besoin. Souvenez-vous que vous êtes la personne la mieux placée pour défendre vos intérêts. Votre équipe de soins de santé est là pour vous aider. Laissez-la faire. Si vous éprouvez des effets secondaires qui vous préoccupent, il est préférable de demander immédiatement conseil plutôt que d'attendre de voir si les symptômes s'aggravent. N'attendez pas votre prochain rendez-vous pour parler d'un sujet important à votre équipe de soins oncologiques.

Gus,
patient

« Je trouve réconfortant de savoir qu'il y a quelqu'un pour moi à tout moment si j'ai besoin d'aide ou d'informations. »

PROFITEZ AU MAXIMUM DE VOS RENDEZ-VOUS

À la maison

- Tenez un journal de vos symptômes pour vous aider à vous souvenir des sujets que vous voulez aborder avec votre médecin durant votre prochaine visite à son bureau.
- Dressez une liste de questions à poser à votre médecin. Pour celles qui sont urgentes, n'attendez pas. Téléphonnez au bureau de votre médecin pour lui parler de vos préoccupations.

À votre prochain rendez-vous chez le médecin

- Apportez votre liste de symptômes et de questions, et discutez-en avec le médecin ou l'infirmière.
- Demandez à un membre de votre famille ou à un ou une amie de vous accompagner pour vous soutenir psychologiquement et prendre des notes. Cette personne pourrait poser une question à laquelle vous n'avez pas songé et signaler des changements que vous n'avez pas remarqués. Demandez l'avis de votre médecin avant d'enregistrer une conversation.

- N'ayez pas peur de poser des questions quand vous ne comprenez pas ce que dit le médecin. Lorsqu'il utilisera des termes médicaux incompréhensibles pour vous, demandez-lui de formuler ses explications autrement. Si des éléments visuels vous aident à mieux comprendre, demandez-lui de voir les rayons X ou les diapositives. Votre médecin s'assurera que vous avez bien compris ses propos et vous donnera les explications nécessaires.
- Voyez à qui vous devez vous adresser pour poser certaines questions ou obtenir du soutien durant la fin de semaine.
- Renseignez-vous auprès des membres de votre équipe médicale s'ils communiquent par courriel.
- Avant de quitter le bureau du médecin, assurez-vous d'avoir compris les prochaines étapes du processus thérapeutique.
- Demandez des renseignements écrits que vous pourrez apporter à la maison pour vous aider à vous souvenir de ce qu'il faut faire et pour en apprendre davantage sur vos traitements.

L'orientation vers un nouveau médecin ou l'obtention d'un deuxième avis

Les patients doivent se sentir à l'aise avec leur médecin et avec son approche. Si ce n'est pas le cas, vous devez lui faire part de vos préoccupations. La confiance des patients envers leur équipe médicale inspire souvent confiance à l'égard des traitements. Si vous sentez que l'approche de l'équipe ne correspond pas à vos besoins, demandez à votre médecin de famille ou à un spécialiste une consultation auprès d'un autre spécialiste.

Même si vous avez une bonne relation avec votre médecin, vous voudrez peut-être obtenir une deuxième ou une troisième opinion avant le début du traitement. Le but d'un deuxième avis est de s'assurer que le plan de traitement suggéré est raisonnable et qu'il constitue le meilleur choix dans votre cas.

La plupart des médecins comprennent l'importance d'un deuxième avis pour les personnes confrontées à une décision importante. Cela ne signifie pas que vous devrez nécessairement changer de médecin. De plus, la possibilité de parler de votre maladie à différents experts pourra vous rassurer, sachant que vous aurez exploré toutes les ressources existantes pour recevoir les meilleurs soins. Vous pouvez discuter de la façon d'obtenir un deuxième avis avec votre spécialiste ou votre médecin de famille.

Si votre médecin vous recommande un traitement immédiat, demandez-lui s'il est possible de retarder quelque peu le début du traitement afin de vous accorder un peu de temps pour obtenir un deuxième avis.

« Nul autre ne m'a autant aidé que vous (Lymphome Canada). Le simple fait d'avoir pu vous parler pour mieux comprendre les prochaines étapes et savoir comment m'adresser au personnel médical m'a énormément aidé. Je ne savais pas comment faire... ni comment parler au médecin. »

Patient
anonyme



LE DIAGNOSTIC

Comprendre comment on diagnostique le LNH et ce que cela signifie vous aidera à prendre de meilleures décisions concernant vos traitements et votre bien-être.

Les tests de diagnostic	38
La classification du LNH	46
La stadification	46
Le grade	48
Le pronostic	52
Les questions à poser au médecin concernant votre diagnostic	52

Les médecins doivent obtenir les résultats de différents tests avant de déterminer si vous êtes atteint du lymphome. L'établissement du diagnostic peut parfois prendre un certain temps.

Il est important pour vos médecins de disposer d'un maximum d'informations sur vous afin d'établir le stade de votre cancer et de décider quel est le traitement qui vous convient le mieux.

La plupart des gens doivent attendre pour passer des tests ou obtenir les résultats. L'attente peut être une source d'anxiété pour vous et vos proches. Il est toujours préférable de demander au médecin ou à une infirmière combien de temps vous devrez attendre avant d'obtenir les résultats. Si vous n'avez pas reçu de nouvelle dans les délais fixés, téléphonez au bureau du médecin ou à sa clinique pour vérifier si l'on a reçu les résultats de vos tests.

Mary Jon,
patiente

« Ne prenez aucune décision importante avant d'avoir bien pris le temps de vous adapter à l'annonce du diagnostic et de comprendre votre situation. »

Les tests de diagnostic

On peut vous demander de passer les tests suivants. Tous ne sont pas obligatoires. Votre équipe de soins de santé déterminera lesquels sont nécessaires dans votre cas.

- Biopsie
- Radiographie
- Tomodensitométrie
- IRM
- Examen de TEP
- Tests de la fonction pulmonaire et de la fonction cardiaque
- Analyses sanguines
- Autres tests de laboratoire

Biopsie : La biopsie est l'une des étapes les plus importantes pour diagnostiquer le type de LNH. Le chirurgien est celui qui effectue habituellement le prélèvement d'un échantillon de tissu (cellules). Mais la biopsie peut également être réalisée par un médecin, appelé *radiologiste d'intervention*, dans le cadre d'une procédure faite à l'aide d'un tomodensitomètre ou d'un appareil à ultrasons. L'échantillon de tissu prélevé est alors envoyé au laboratoire de pathologie, où il est examiné au microscope. La biopsie est souvent appelée diagnostic tissulaire (ce qui signifie que le diagnostic est établi en faisant l'examen du tissu ou des cellules). Il faut parfois recourir à différents types de biopsies pour bien diagnostiquer un type de LNH.

Type de biopsie	Description du test
<p>Biopsie d'incision ou d'excision</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un chirurgien fait une incision dans la peau pour enlever tout le ganglion lymphatique (biopsie d'excision ou exérèse) ou pour prélever un gros fragment de tissu (biopsie d'incision). • Si le ganglion lymphatique se situe près de la surface de la peau, l'intervention peut se faire sous anesthésie locale pour engourdir la région à traiter. Mais si le ganglion se trouve dans la poitrine ou dans l'estomac, le patient reçoit un sédatif, et le chirurgien enlève le tissu.
<p>Biopsie au trocart (par forage)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • On introduit une grosse aiguille dans un ganglion lymphatique que l'on soupçonne d'être cancéreux afin de prélever un petit échantillon de tissu. • Une biopsie au trocart peut être faite sous anesthésie locale et ne requiert en général aucun point de suture.

<p>Ponction et biopsie de moelle osseuse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ces procédés peuvent être nécessaires pour déterminer si le lymphome se trouve dans la moelle osseuse. Pour réaliser une ponction, on insère une fine aiguille creuse dans l'os (en général l'os de la hanche) et on en extrait une petite quantité de liquide (moelle). Malgré l'engourdissement dû à l'anesthésie locale, ce procédé peut être douloureux durant quelques secondes, pendant le prélèvement de la moelle osseuse. • Pour réaliser une biopsie, on anesthésie la région, puis on introduit une aiguille légèrement plus grosse dans un os (en général l'os de la hanche) pour en extraire un fragment d'os et un peu de moelle. Ce procédé ne requiert aucun point de suture.
<p>Ponction lombaire (rachicentèse)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La ponction lombaire peut servir à vérifier si le lymphome s'est propagé dans le liquide céphalo-rachidien (LCR), liquide qui est dans le cerveau et la moelle épinière. La plupart des types de LNH ne se répandent pas jusqu'au LCR. • On insère une fine aiguille dans le bas du dos pour en prélever un petit échantillon de liquide.

**Prélèvement
de liquide
pleural ou
péritonéal**

- On utilise ce procédé pour découvrir si le lymphome s'est étendu à la poitrine ou à l'abdomen, où il peut occasionner une accumulation de liquide. On parle de liquide pleural s'il est présent dans la poitrine, et de liquide péritonéal s'il est présent dans l'abdomen. Après avoir introduit une fine aiguille, on prélève un échantillon de liquide à l'aide d'une seringue.

Radiographie : Des faisceaux de rayonnement à faible dose sont utilisés pour obtenir des images de l'intérieur du corps.

Tomodensitométrie (tomographie assistée par ordinateur) : La tomodensitométrie est une série de clichés radiographiques détaillés qui permet d'obtenir une image tridimensionnelle (image en 3D) du corps. Ce test aide à détecter la présence de ganglions lymphatiques enflés et certaines anomalies dans d'autres organes. Les patients atteints d'un LNH peuvent passer une tomodensitométrie du cou, de la poitrine, de l'abdomen ou du bassin. Avant l'examen, certains patients doivent boire un liquide à contraste et/ou recevoir une injection par voie intraveineuse d'un produit de contraste qui permettra de définir plus clairement les régions anormales dans le corps.

IRM (imagerie par résonance magnétique) : Cette technique est utilisée pour obtenir des images tridimensionnelles du corps. Bien que semblable à la tomodensitométrie, l'IRM utilise des aimants et des ondes de radiofréquence plutôt que des rayons X. Cet examen peut fournir d'importants renseignements sur les tissus et les organes, notamment sur le système nerveux.

Tomographie par émission de positrons (TEP) : Ce test est un moyen de visualiser le cancer dans le corps. Tandis que la tomodensitométrie peut indiquer la taille d'un ganglion lymphatique, la TEP, quant à elle, montre si le cancer est encore actif dans le ganglion lymphatique. Le glucose radioactif (molécule de sucre utilisée comme source d'énergie cellulaire) est injecté dans le corps, et il est repris par les cellules qui sont très actives, tels certains types de cellules cancéreuses. Un scanner sert ensuite à visualiser les régions du corps où il y a une concentration de glucose radioactif. La TEP peut aider à déterminer dans quelle mesure la maladie est présente (stadification) et à quel point le patient réagit bien au traitement.

Tests de la fonction cardiaque et de la fonction pulmonaire : Ces tests sont réalisés pour savoir si le lymphome a réduit la capacité de bien fonctionner de votre cœur et de vos poumons, et pour établir si votre état de santé vous permet de subir certains traitements. L'échocardiographie utilise des ultrasons pour prendre des images de votre cœur et permettre au médecin de voir ses battements et le pompage du sang. Quant à l'angiographie isotopique, ou test MUGA, elle est effectuée à l'aide d'un traceur radioactif (appelé *radionucléide*) et d'une caméra spéciale qui prend des clichés de votre cœur pendant qu'il pompe le sang. On évalue ainsi la capacité du cœur à bien pomper le sang à chacun de ses battements, au repos ou pendant que

vous faites de l'exercice. Les tests de la fonction pulmonaire sont un groupe d'épreuves qui évaluent le fonctionnement de vos poumons.

Analyse sanguine : À partir d'échantillons de votre sang, on vérifie la quantité et l'apparence des différents types de cellules sanguines.

- **Formule sanguine complète (FSC).** La FSC est une analyse de sang qui permet d'évaluer le nombre de cellules sanguines, soit les globules rouges, les globules blancs et les plaquettes. On utilise souvent le terme « numération » pour décrire le nombre des différentes cellules sanguines. Un patient atteint de lymphome peut avoir un nombre élevé de lymphocytes dans le sang et une baisse du nombre de globules rouges ou de plaquettes.
- **Frottis sanguin.** Un échantillon de votre sang sera examiné au microscope pour déterminer la présence de cellules du lymphome. La cytométrie en flux a recours à un appareil qui recherche certaines substances sur/ou à l'intérieur des cellules. Ces substances aident à identifier le type de ces cellules (marqueurs).

Des analyses sanguines peuvent être effectuées pour vérifier le bon fonctionnement de vos reins. À mesure que diminue la fonction rénale, les taux d'urée et de créatinine dans le sang sont susceptibles d'augmenter, et un faible taux de certains sels dans le sang peut indiquer que les reins ne fonctionnent pas. Les tests de la fonction hépatique servent à évaluer l'état général du foie et du système biliaire (pour y détecter tout dommage ou toute inflammation).

Immunophénotypage : L'immunophénotypage permet de distinguer différents types de cellules. Grâce à ce test, on détecte les marqueurs qui aident à distinguer quels types de lymphocytes sont impliqués (cellules B, cellules T ou cellules NK) ou à établir de quelle partie du tissu lymphatique provient le lymphome. Pour ce faire, on a recours à des méthodes appelées immunohistochimie (IHC) ou cytométrie en flux.

Analyse cytogénétique : Chaque chromosome est composé d'un seul long brin d'ADN, le matériel génétique de la cellule. Les cellules humaines saines ont 23 paires de chromosomes. Certains lymphomes et d'autres types de cancer ont trop ou trop peu de chromosomes, ou encore ont d'autres anomalies. Durant l'analyse cytogénétique, on analyse les chromosomes des cellules du lymphome pour établir si leur nombre a changé (s'il y en a trop ou trop peu), ou pour détecter la présence d'autres anomalies. La translocation est un type d'anomalie chromosomique. Ce phénomène se produit lorsqu'une partie d'un chromosome se détache de son emplacement naturel et se fixe à un autre chromosome. Les résultats de ces tests peuvent aider les médecins à décider de la meilleure option thérapeutique.

Autres tests de laboratoire : Par exemple, les analyses d'urine.

Il est important d'examiner attentivement les résultats de vos tests de laboratoire et de vos examens d'imagerie avec votre médecin.

MISES EN GARDE
CONCERNANT
L'INTERPRÉTATION
DES RAPPORTS DE
LABORATOIRE

Vos analyses sanguines ne doivent pas être considérées de manière isolée, mais dans le cadre d'une tendance.

Le résultat des tests peut être « normal » même en présence du LNH.

Le résultat des tests peut être « anormal » même en l'absence du LNH.

D'autres pathologies peuvent ressembler au LNH.

Souvent, certains tests de suivi sont nécessaires pour clarifier les résultats des examens précédents.

Les questions à poser au médecin concernant une biopsie ou toute autre procédure diagnostique

1. Pourquoi cette procédure est-elle nécessaire? Peut-on obtenir l'information autrement?
2. Comment et où pratique-t-on cette procédure?
3. Quels sont les risques, les complications et les effets secondaires potentiels?
4. Que dois-je faire pour me préparer à subir cette intervention?

5. Combien de temps l'intervention durera-t-elle? Est-ce que je serai éveillé(e)? Est-ce que je ressentirai de la douleur?
6. Combien de temps me faudra-t-il pour me rétablir?
7. Devrais-je être accompagné(e) durant la procédure? Aurais-je besoin qu'on me raccompagne à la maison?
8. Quand pourrais-je connaître les résultats? Quand pourra-t-on en discuter?

La classification du LNH

Votre équipe de soins de santé doit déterminer le type exact de LNH dont vous êtes atteint, ou sa classification, pour aider les médecins à décider du meilleur traitement pour vous.

La stadification

On détermine le stade du LNH en s'appuyant sur les résultats de votre examen clinique. La connaissance du stade aide le médecin à déterminer l'étendue de la maladie et à surveiller son évolution au fil du temps.

La méthode de stadification la plus courante est le système de classification d'Ann Arbor. On peut utiliser un système différent pour établir le stade de certains sous-types de LNH.

Le stade de la maladie est déterminé par :

- le nombre et la localisation des ganglions lymphatiques touchés;
- l'endroit où se trouvent les ganglions lymphatiques touchés, soit

au-dessus, en dessous ou des deux côtés du diaphragme (le grand muscle en forme de dôme sous la cage thoracique qui sépare la poitrine de l'abdomen);

- l'étendue de la maladie qui peut se propager à la moelle osseuse ou à d'autres organes comme le foie.

Il existe quatre principaux stades :

- aux stades I et II, le cancer se limite à une ou deux régions du corps (stade précoce);
- aux stades III et IV, le cancer est plus étendu (stade avancé).

CLASSIFICATION D'ANN ARBOR

Stade	Ce que cela signifie
I	Maladie localisée : atteinte d'un seul groupe de ganglions lymphatiques.
II	Atteinte d'au moins deux groupes de ganglions lymphatiques qui se trouvent tous au même endroit : dans la poitrine ou dans l'abdomen.
III	Atteinte d'au moins deux groupes de ganglions lymphatiques, à la fois dans la poitrine et dans l'abdomen, avec ou sans incidence sur un organe.
IV	Maladie généralisée : le lymphome touche plusieurs organes ou tissus (ex. : moelle osseuse, foie ou poumons) et parfois les ganglions.

Votre médecin ajoutera peut-être une seule lettre au stade de la maladie.

A signifie généralement que vous n'avez pas ressenti de symptômes inconfortants.

B signifie que vous avez ressenti un ou plusieurs des symptômes suivants :

- perte de poids inexplicquée dépassant 10 % durant les six mois précédant le diagnostic;
- fièvres intermittentes et inexplicquées, la température dépassant 38 °C (100,4 °F);
- sueurs nocturnes importantes (nécessitant le changement du pyjama ou des draps).

X signifie que vous avez une tumeur dont la largeur minimum occupe un tiers de la poitrine, ou que des tumeurs se trouvant dans d'autres régions ont une largeur minimum de 10 cm (4 pouces). On dit alors que les patients sont « lourdement atteints ». Ces personnes nécessitent habituellement un traitement plus intensif que ceux dont la maladie est moins importante.

Le grade

Les médecins déterminent également le grade d'un lymphome.

Le grade est déterminé par l'apparence des cellules cancéreuses, leurs caractéristiques particulières, la façon dont elles fonctionnent et par la rapidité avec laquelle elles grandissent et se divisent. Cette information aide à déterminer le type d'approche thérapeutique qu'il faut adopter.

Les grades suivants sont souvent utilisés pour décrire un LNH :

1. **Bas grade:** les LNH indolents (ou à croissance lente).
2. **Grade intermédiaire – ou haut grade :** les LNH agressifs (ou à croissance rapide).

	LNH indolent (à croissance lente; bas grade)	LNH agressif (à croissance rapide; grade intermédiaire ou haut grade)
Proportion de cas de LNH	40 %–50 %	50 %–60 %
Croissance du cancer	Lente	Rapide
Symptômes	<ul style="list-style-type: none">• Les tumeurs grandissent très lentement et les patients ne présentent souvent aucun symptôme avant le stade tardif de la maladie.• Souvent aucun symptôme lors du diagnostic.	<ul style="list-style-type: none">• Les patients présentent habituellement des symptômes qui les incitent à consulter un médecin.

Moment où il faut administrer un traitement

- Ne requiert souvent pas de traitement immédiat. L'attente sous surveillance est souvent utilisée.
- Nécessite peut-être un traitement qui, habituellement, réduit la taille des tumeurs de manière efficace et permet au patient de se rétablir complètement pendant un certain temps, ce qu'on appelle la rémission.
- Certains patients n'auront jamais besoin de traitement.
- Nécessite des traitements intensifs immédiats.

Pronostic	<ul style="list-style-type: none">● Réagit bien au traitement.● Les rechutes sont fréquentes et des traitements ultérieurs sont souvent requis.● Actuellement, le LNH indolent est en général incurable, mais les patients vivent souvent longtemps et bénéficient d'une bonne qualité de vie.	<ul style="list-style-type: none">● Les patients réagissent très bien au traitement et peuvent souvent guérir.
------------------	--	--

Parfois, le LNH indolent de bas grade se transforme en lymphome agressif de grade intermédiaire ou de haut grade. Le patient devra alors recevoir un traitement plus urgent et plus intensif.

Le pronostic

Le pronostic est un terme médical utilisé pour décrire la façon dont une maladie évolue et la probabilité de rétablissement du patient. Cette question est souvent l'une des premières que posent les patients à leur médecin. Un pronostic se fonde habituellement sur les renseignements recueillis auprès de centaines ou de milliers de patients atteints de la même maladie. Ces informations fournissent aux médecins un aperçu de ce qui attend le patient lorsqu'il reçoit un diagnostic de LNH. Elles servent également à orienter le spécialiste vers le type de traitement le plus efficace dans un cas de LNH.

Mais il faut se rappeler que chaque patient est un cas particulier, et que l'information issue d'importants groupes de populations ne permet pas toujours de prévoir de manière très précise ce qui se produira dans un cas particulier.

Les questions à poser au médecin concernant votre diagnostic

Vous trouverez ci-dessous une liste de questions qui pourra vous être utile au début de votre rencontre avec votre médecin pour mieux comprendre en quoi consiste votre cancer.

1. Quel est le type de lymphome non hodgkinien dont je suis atteint(e)?
Puis-je avoir une copie du rapport du pathologiste?
2. Quel est le stade ou l'étendue de mon cancer?
Où se situent les tumeurs?
3. Quel est mon pronostic en ce moment, selon vous?

4. Quels seront les effets de ce cancer sur ma vie?
Mon travail? Ma famille?
5. Quels sont les changements auxquels je dois m'attendre (concernant mon appétit, mon apparence, mon niveau d'énergie, etc.)?
6. Quels ajustements dois-je faire à ma vie quotidienne?
7. Quelle expérience avez-vous dans le traitement de mon type de lymphome?



TYPES DE LNH

On dénombre plus de 60 sous-types de lymphome. Votre équipe de soins de santé doit déterminer le type exact de LNH dont vous êtes atteint pour aider les médecins à décider du meilleur traitement pour vous.

Les types courants de LNH indolents	59
Lymphome folliculaire	59
Leucémie lymphoïde chronique (LLC)	
Lymphome à petits lymphocytes (LPL)	60
Lymphomes de la zone marginale	60
Macroglobulinémie de Waldenström	61
Lymphome cutané	62
Les types courants de LNH agressifs	63
Lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB)	63
Lymphome à deux coups	65
Lymphome à cellules du manteau (LCM)	66
Lymphome de Burkitt	66
Lymphome « grey zone »	67
Lymphome T périphérique (LTP)	68
Lymphome anaplasique à grandes cellules (LAGC)	70
Lymphome lymphoblastique	71

TYPES DE LYMPHOME NON HODGKINIEN (LNH)

On dénombre plus de 60 sous-types de lymphome, mais tous ne sont pas mentionnés dans cette brochure.

Si celui dont vous êtes atteint ne figure pas ici, vérifiez auprès de votre médecin ou d'une infirmière pour savoir si votre lymphome y est inclus sous un nom différent, ou s'il y a un lymphome dans cette liste, très semblable à celui dont vous êtes atteint.

Pour obtenir plus de renseignements sur les différents sous-types, visitez le site www.lymphome.ca/LNH

TYPES COURANTS DE LNH

LNH indolent (croissance lente; bas grade)	LNH agressif (croissance rapide; intermédiaire - ou haut grade)
<ul style="list-style-type: none">● Lymphome folliculaire● Leucémie lymphoïde chronique (LLC)● Lymphome à petits lymphocytes (LPL)● Lymphome de la zone marginale● Macroglobulinémie de Waldenström (lymphome lymphoplasmocytaire)● Lymphome cutané	<ul style="list-style-type: none">● Lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB)● Lymphome à deux coups● Lymphome à cellules du manteau (LCM)● Lymphome de Burkitt● Lymphome « grey zone »● Lymphome T périphérique (LTP)● Lymphome anaplasique à grandes cellules (LAGC)● Lymphome lymphoblastique

Les types courants de LNH indolents

Lymphome folliculaire

Le lymphome folliculaire est le type le plus courant de LNH indolent (à croissance lente). Il représente de 20 à 30 % de tous les LNH. Le lymphome folliculaire affecte particulièrement les personnes d'âge moyen ou les personnes plus âgées.

Dans la plupart des cas, le lymphome folliculaire progresse lentement et cause peu de symptômes au stade précoce de la maladie. Le signe le plus courant du LNH folliculaire est un gonflement indolore des ganglions lymphatiques dans le cou, sous les aisselles ou dans l'aîne. Mais parfois, ce type de lymphome affecte plus d'un groupe de ganglions. En général, il n'est pas nécessaire de le traiter avant l'apparition des symptômes. Mais lorsqu'ils se manifestent, les patients ont souvent atteint le stade avancé de la maladie. Les lymphomes folliculaires peuvent se transformer en une forme plus agressive de LNH, soit presque toujours en lymphome diffus à grandes cellules B.

Normalement, le LNH folliculaire répond assez bien au traitement, mais la maladie risque de réapparaître. En cas de rechute, on administre un autre traitement qui, la plupart du temps, permet de maîtriser à nouveau le lymphome. Ce phénomène peut se reproduire durant plusieurs années.

Leucémie lymphoïde chronique (LLC) / Lymphome à petits lymphocytes (LPL)

La leucémie lymphoïde chronique (LLC) et le lymphome à petits lymphocytes (LPL) sont en réalité deux formes de la même maladie. Dans les deux cas, la même sorte de cellules devient cancéreuse. La différence réside dans l'endroit où se trouvent les cellules cancéreuses. On parle de LLC lorsque la plupart de ces cellules sont dans le sang et la moelle osseuse. On parle de LPL, si elles sont essentiellement dans les ganglions lymphatiques et dans la rate.

La LLC et le LPL surviennent principalement chez les personnes de plus de 70 ans, mais cette maladie est plus fréquente chez les hommes.

Pour obtenir plus d'information sur la LLC et le LPL, veuillez consulter *Comprendre la LLC et le LPL* ou www.lymphome.ca/LLC.

Lymphomes de la zone marginale

Les lymphomes de la zone marginale représentent environ 10 % de tous les cas de LNH. Ce type de lymphome touche surtout les personnes âgées.

Les lymphomes de la zone marginale peuvent être classés selon la région affectée :

1. **Le tissu lymphoïde associé aux muqueuses (ou lymphome de type MALT)** prend naissance dans les muqueuses, une couche de tissus mous et humides qui protège et couvre les organes situés dans différentes parties du corps. Les lymphomes du MALT se développent le plus souvent dans l'estomac; on les appelle les lymphomes gastriques de type MALT. Plus rarement, ils peuvent se développer à l'extérieur de l'estomac, dans l'intestin

grêle, les glandes salivaires, la glande thyroïde, les glandes lacrymales ou dans les poumons. Bon nombre de patients atteints d'un lymphome du MALT ont une maladie auto-immune.

2. **Le lymphome de la zone marginale splénique (LZMS)**, qui se déclare généralement dans la rate, peut également être décelé dans la circulation sanguine. La fatigue est un symptôme fréquent.
3. **Le lymphome ganglionnaire de la zone marginale (LGZM)** se forme généralement dans les ganglions lymphatiques. Plus souvent rencontré chez les personnes âgées, il peut apparaître chez les enfants, surtout les garçons.

Macroglobulinémie de Waldenström

La macroglobulinémie de Waldenström, également appelée lymphome lymphoplasmocytaire ou immunocytome, est une forme rare de lymphome à cellules B, qui représente de 1 à 2 % de tous les cas de LNH. Le Dr Jan Waldenström a été le premier à décrire cette forme de LNH, en 1948. Il touche particulièrement les adultes d'âge mûr. Une surproduction d'un certain type de protéines, appelées l'immunoglobuline M (IgM), peut survenir. Un grand nombre d'IgM dans la circulation sanguine entraîne un épaissement (hyperviscosité) du sang, pouvant provoquer différents symptômes : saignements de nez, maux de tête, étourdissements, confusion, perte auditive et vision brouillée. Les ganglions lymphatiques sont parfois enflés, de même que le foie et la rate.

Les symptômes ne sont généralement pas apparents au stade précoce de la maladie. On découvre souvent la maladie par hasard lors d'une analyse de sang habituelle ou d'un examen passé pour une autre raison.

On peut traiter la macroglobulinémie de Waldenström par la technique de remplacement de plasma ou plasmaphérèse (une procédure qui permet d'éclaircir le sang lorsque des taux élevés d'IgM causent un épaississement du sang).

Lymphome cutané

Le lymphome cutané est une forme de lymphome qui affecte la peau. Il peut se développer à partir des cellules B ou des cellules T, mais celui que l'on rencontre le plus fréquemment est un lymphome à cellules T, appelé mycose fongioïde. Les lymphomes cutanés sont plus fréquents chez les hommes âgés de 50 à 70 ans, mais ils touchent également les hommes et les femmes de tout âge.

Les lymphomes cutanés peuvent se manifester par de petites plaques rouges proéminentes sur la peau, souvent sur les seins, les fesses, les replis cutanés et le visage. Ces plaques ressemblent souvent à de l'eczéma ou à du psoriasis, et sont parfois accompagnées de perte de cheveux ou de poils à l'endroit concerné. Les patients dont la maladie est à un stade avancé peuvent présenter des tumeurs ulcéreuses (plaies ouvertes) sur la peau.

Les patients souffrent souvent durant plusieurs années d'affections cutanées semblables à l'eczéma avant que les médecins ne finissent par établir le diagnostic.

Outre la chimiothérapie, d'autres méthodes servent à traiter un lymphome cutané. En voici des exemples :

- **La thérapie PUVA** : Également appelé photochimiothérapie, ce traitement est utilisé lorsque de grandes régions de la peau sont affectées. La PUVA est réalisée à l'aide d'un médicament appelé psoralène et de rayons ultraviolets A (UVA). Le psoralène rend la peau plus sensible aux effets thérapeutiques de la lumière UVA. Le traitement, qui revient à s'asseoir sous une lampe solaire, peut-être prescrit plusieurs fois par semaine.
- **La thérapie UVB** : Le rayonnement ultraviolet B (UVB) ralentit la croissance des cellules cancéreuses de la peau. Ce traitement n'inclut pas la prise d'un médicament qui rend la peau plus sensible.
- **La radiothérapie** : L'exposition locale aux rayonnements n'est utilisée que si l'une ou deux petites régions de la peau sont affectées. On a également recours à un type de radiothérapie, appelé électrothérapie, pour traiter toute la surface de la peau. Ce traitement n'est prescrit qu'une fois et peut ensuite être suivi de plusieurs thérapies PUVA, si nécessaire.
- **La photophérèse** : Durant ce traitement, le sang du patient passe par un appareil où il est exposé à une lumière ultraviolette.

Les types courants de LNH agressifs

Lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB)

Le LDGCB est un LNH de type B, dit agressif. Ce type de LNH est le plus courant, et il représente 30 à 40 % de tous les cas. L'âge moyen au moment du diagnostic est de 57 ans, mais il peut également se déclarer chez les jeunes adultes et chez les enfants.

Parfois, le LDGCB touche certaines personnes qui ont déjà reçu un diagnostic de lymphome indolent (à croissance lente).

Le symptôme le plus fréquent de LDGCB est une enflure indolore au niveau du cou, des aisselles ou de l'aîne, causée par le gonflement des ganglions lymphatiques. Il peut se situer dans une seule région ou se propager à l'ensemble de l'organisme. Les patients peuvent présenter d'autres symptômes comme une perte de poids, de la fièvre et des sueurs nocturnes. Environ 50 % de ces personnes ont un organe atteint au moment du diagnostic, habituellement le système digestif (tractus gastro-intestinal) et la moelle osseuse.

Les LDGCB ne sont pas tous semblables, et ce type de lymphome peut se subdiviser en d'autres sous-types.

Les plus courants sont entre autres :

- le LDGCB non spécifié qui constitue le groupe le plus courant;
- le sous-type BCG (cellules B du centre germinatif) que l'on croit provenir de cellules lymphoïdes résidant dans le centre germinatif et qui entraîne l'expression des gènes normalement exprimés dans les cellules B du centre germinatif;
- le sous-type CBA (cellules B activées) que l'on croit provenir de cellules B au stade plasmoblastique B, juste avant l'élimination du centre germinatif et qui entraîne ainsi l'expression des gènes souvent exprimés dans les plasmocytes matures. Dans le cas du LDGCB CBA, les traitements habituels de chimiothérapie donnent des résultats nettement moins bons;

- le lymphome médiastinal primitif à grandes cellules B qui est un sous-type de LDGCB. Il apparaît dans une cellule B du thymus. Touchant principalement les filles et les jeunes femmes, cette entité pathologique comporte de nombreuses caractéristiques cliniques analogues à le lymphome de Hodgkin traditionnelle scléronodulaire (LH-SN);
- le lymphome à deux coups qui touche environ 5 % à 10 % des patients (description ci-après) et le lymphome double expression (DEL), qui entraîne la surexpression de la protéine MYC et de la protéine BCL2. Ces deux sous-types sont des LDGCB agressifs. On les associe également à un pronostic défavorable.

Pour obtenir plus de détails sur les sous-types de LDGCB, consultez le site www.lymphome.ca/LDGCB.

Ce type de LNH est très sensible au traitement, qui permet de guérir un pourcentage important de patients atteints d'un LDGCB.

Lymphome à deux coups

Le lymphome à deux coups est le terme utilisé pour décrire les patients dont les tumeurs lymphoïdes ont des mutations dans deux gènes, alors que la plupart des patients ne présentent une mutation que dans un seul gène. Surtout décelé actuellement dans le lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB), le lymphome à deux coups est un sous-type relativement rare. Il survient chez environ 5 à 10 % des patients atteints d'un LNH. En général, ces lymphomes sont agressifs, évoluent rapidement et nécessitent un traitement précoce. Il peut être difficile de faire la

distinction entre ces types de lymphomes et les autres lymphomes à cellules B, et les examens sont souvent complexes.

À l'heure actuelle, le lymphome à deux coups fait l'objet de recherches dans l'espoir d'améliorer les résultats thérapeutiques.

Lymphome à cellules du manteau (LCM)

Le lymphome à cellules du manteau est une maladie rare qui touche le plus souvent les hommes âgés de plus de 50 ans. Ce type de lymphome peut être indolent ou à évolution lente, mais il est habituellement agressif, et on le traite comme tout autre lymphome agressif.

Le symptôme le plus courant est une enflure indolore au cou, aux aisselles ou à l'aîne, causée par le gonflement des ganglions lymphatiques. Chez les patients atteints d'un lymphome à cellules du manteau, on constate souvent une atteinte de plusieurs ganglions lymphatiques, d'un ou de plusieurs organes et de la moelle osseuse. Le tube digestif est habituellement affecté.

Au début, le traitement est souvent efficace. Toutefois, les patients atteints du lymphome à cellules du manteau font fréquemment des rechutes. Même si de nouveaux traitements ont été mis au point pour traiter ce type de maladie, on encourage parfois les patients à participer à des essais cliniques pour recevoir les plus récents traitements qui ne sont pas encore sur le marché.

Lymphome de Burkitt

Le lymphome de Burkitt est un type de LNH très agressif (de haut grade), qui touche à la fois les enfants (surtout âgés de 5 à 10 ans) et les adultes (surtout âgés de 30 à 50 ans), les hommes étant plus souvent

touchés que les femmes. Il tire son nom du Dr Denis Burkitt, qui l'a pour la première fois décrit. La maladie peut être associée à une infection virale, comme le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le virus d'Epstein-Barr. Le lymphome de Burkitt représente de 30 à 40 % de tous les lymphomes infantiles.

Les symptômes les plus courants du lymphome de Burkitt sont le gonflement des ganglions lymphatiques et une enflure et/ou des douleurs abdominales. Il peut également affecter d'autres organes, dont les yeux, les ovaires, les reins, le système nerveux central et les tissus glandulaires comme les seins, la thyroïde ou les amygdales. Le lymphome de Burkitt chez les enfants affecte souvent la mâchoire, à l'endroit où se forment les dents permanentes.

Même si le lymphome de Burkitt évolue de manière très agressive, son taux de survie, grâce au traitement, est environ 80 %. Comme il touche souvent le système nerveux central (SNC), les patients atteints de la maladie peuvent avoir besoin d'un traitement capable de se rendre au SNC. On administre parfois des médicaments par voie intrathécale (directement dans le liquide céphalo-rachidien).

Lymphome « grey zone »

Le lymphome « grey zone » est une forme rare de la maladie. On utilise le terme « grey zone » ou « forme frontière », car ce lymphome possède certaines caractéristiques de lymphome de Hodgkin et d'autres du lymphome diffus à grandes cellules B. Cette zone grise ne permet toutefois pas de l'assigner à l'un ou à l'autre type de lymphome. En raison de sa récente désignation et de sa rareté, les caractéristiques cliniques et le traitement du lymphome « grey zone » restent à définir.

Lymphome T périphérique (LTP)

Le terme « périphérique » signifie dans ce cas que les cellules T se sont développées dans des parties du corps à l'extérieur du thymus. Le LTP désigne un grand nombre de lymphomes différents à cellules T qui, ensemble, affectent de 5 à 10 % de tous les patients atteints d'un LNH. Le LTP touche habituellement les adultes âgés de plus de 50 ans. Sa fréquence est légèrement plus élevée chez les hommes.

Les symptômes les plus courants comprennent les ganglions lymphatiques enflés ou hypertrophiés dans plusieurs régions du corps ainsi qu'une hypertrophie du foie et de la rate (hépatosplénomégalie). La peau peut également être affectée.

Il existe de nombreux sous-types distincts de LTP, notamment :

1. **Le lymphome ou la leucémie à cellules T de l'adulte (ATLL)** qui entraîne couramment un taux élevé de calcium dans le sang, aussi appelée hypercalcémie. Comme l'ATLL peut parfois causer de sérieux problèmes au cœur et aux reins, ce lymphome doit être traité rapidement. L'ATLL est également susceptible d'affecter le SNC (le cerveau et la moelle épinière), surtout en cas de rechute.
2. **Le lymphome T sous-cutané de type panniculite** est souvent confondu avec une affection nommée panniculite, une inflammation des tissus adipeux dans le corps. Les patients peuvent sentir des bosses sous la peau (nodules sous-cutanés) susceptibles de devenir des plaies ouvertes et enflammées.

3. **Le lymphome T gamma-delta hépatosplénique** se manifeste habituellement par la présence de cellules T cancéreuses dans le foie, la rate et la moelle osseuse. Il est assez difficile à diagnostiquer.
4. **Le lymphome T de type entéropathie** est lié à une maladie coéliqua non traitée (une maladie intestinale causée par une intolérance au gluten). Le lymphome se développe dans l'intestin grêle.
5. **Le lymphome T/NK de type nasal**, auparavant appelé lymphome angiocentrique, est plus répandu en Asie et en Amérique du Sud. Il touche le plus souvent le nez et les sinus.
6. **Le lymphome T angio-immunoblastique**. Le terme « angio » désigne les vaisseaux sanguins dont le profil de croissance est souvent anormal en présence de cette maladie. Les symptômes les plus courants sont le gonflement généralisé des ganglions lymphatiques (appelé lymphadénopathie), la fièvre, la perte de poids, l'éruption cutanée et un taux très élevé d'anticorps dans le sang.
7. **Le LTP non spécifique** est le plus fréquent des sous-types de LTP en Amérique du Nord. Il représente tous les LTP que l'on ne peut classer comme sous-type particulier.

La réponse au traitement n'est souvent pas aussi efficace contre les LTP qu'elle ne l'est contre d'autres types agressifs de LNH. De ce fait, on considère parfois la greffe de cellules souches comme une option de traitement précoce.

Lymphome anaplasique à grandes cellules (LAGC)

Le terme « anaplasique » désigne l'apparence des cellules du lymphome. Le LAGC est un type rare de lymphome. Les patients qui en sont atteints sont généralement jeunes. Leur moyenne d'âge est de 33 ans, et 70 % d'entre eux sont des hommes.

Le LAGC se présente sous deux formes :

1. un type systémique, c'est-à-dire présent dans les organes du corps (agressif);
2. un type cutané primaire, présent uniquement dans la peau (moins agressif). Les patients peuvent entrer en rémission sans traitement, mais les rémissions sont suivies de rechutes. Le LAGC cutané primaire est associé à une pathologie rare, mais non cancéreuse, appelée papulose lymphomatoïde (Ply).

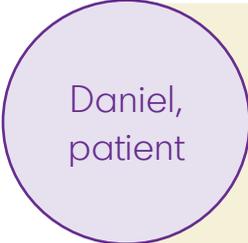
Les patients atteints du LAGC se divisent en deux groupes, selon la présence ou l'absence d'une protéine appelée kinase du lymphome anaplasique (ALK) sur les cellules. Les patients ALK positifs (porteurs de la protéine ALK) répondent bien à la chimiothérapie, provoquant chez la plupart d'entre eux une rémission à long terme ou la guérison. La majorité des patients ALK négatifs (non porteurs de la protéine ALK) sont confrontés à une rechute en moins de cinq ans et devront être traités de façon plus vigoureuse, souvent au moyen d'une greffe.

Lymphome lymphoblastique

Le lymphome lymphoblastique peut apparaître dans les cellules B et les cellules T, mais beaucoup plus souvent dans les cellules T, qui sont touchées dans 80 % des cas liés au lymphome lymphoblastique. Cette maladie frappe principalement les enfants et les adolescents, suivi des adultes de plus de 40 ans. Les hommes en sont plus souvent atteints que les femmes.

Les troubles respiratoires résultent souvent de la présence d'une grosse masse dans la région médiastinale (le centre de la partie supérieure du thorax entre les poumons) et de l'accumulation de liquide autour des poumons. Ce type de LNH peut se propager au système nerveux central ou SNC (cerveau et moelle épinière).

Le pronostic est excellent chez les jeunes patients dont la maladie n'affecte qu'une seule région du corps. Quant aux adultes à un stade plus avancé de la maladie, on peut leur proposer une greffe de cellules souches dans le cadre d'un plan de traitement initial. La plupart des personnes atteintes de cette maladie reçoivent également des traitements de chimiothérapie qui ciblent le cerveau et la moelle épinière (le SNC).



Daniel,
patient

« Je ne savais pas vers qui me tourner ... Mais maintenant il y a... le site Web de Lymphome Canada qui a toute l'information dont j'ai besoin. »



LES TRAITEMENTS

Observation vigilante	76
Aperçu des traitements	77
Avant de commencer un traitement	81
À quoi s'attendre durant le traitement	82
Les types de traitement	84
Les traitements de pharmacothérapie	85
La chimiothérapie	88
Les thérapies biologiques	96
Les stéroïdes	100
La radiothérapie	102
La radio-immunothérapie	107
La chirurgie	109
La splénectomie	109
La greffe de cellules souches	109
Traitement d'entretien	111
Les thérapies de soutien	111
Le LNH récidivante ou réfractaire	112
Le LNH indolent	112
Le LNH agressif	114
Les questions à poser concernant le traitement	115

Les informations basées sur la recherche, recueillie partout dans le monde auprès de milliers de personnes déjà atteintes d'un lymphome non hodgkinien, aident le médecin à recommander le traitement qui vous convient le mieux.

Mais n'oubliez pas que chaque être humain est différent. Pour vous aider à prendre la meilleure décision concernant votre traitement, votre médecin tiendra compte de toute l'information disponible, y compris les détails relatifs à votre situation.

Même si chaque personne est différente et que chaque réponse à la thérapie est unique, le fait de connaître une personne ayant reçu le même traitement que vous et aux prises avec des préoccupations semblables aux vôtres peut être une grande source de réconfort. Si vous désirez parler à des personnes qui ont vécu une expérience similaire à la vôtre et être mieux renseigné, demandez à votre oncologue, à votre hématologue, à une infirmière en oncologie ou à un travailleur social en oncologie s'il existe un programme de mentorat personnalisé ou un groupe d'entraide dans votre région, ou communiquez avec Lymphome Canada pour obtenir plus d'informations à ce sujet (www.lymphome.ca/soutient).

Observation vigilante

Si votre LNH est à croissance lente et qu'elle ne cause pas de symptômes importants, vous ne recevrez probablement pas de traitement immédiat. On appelle cette approche « observation vigilante » ou « surveillance active ».

Durant cette période, les médecins vous suivent de près, mais ne vous traitent pas tant qu'ils n'observent pas de manifestations ou de changements de vos symptômes.

Cela ne veut pas dire que votre équipe de soins de santé ignore le cancer dont vous êtes atteint. Durant la période d'attente sous surveillance, vous rencontrerez régulièrement votre spécialiste du cancer qui surveillera les changements liés à la maladie et évaluera votre état de santé général. Au cours de ces rendez-vous, votre médecin vous examinera, prescrira des tests sanguins et demandera également comment vous vous sentez et si vous avez des symptômes. Les patients placés en attente sous surveillance devraient signaler à leur médecin tout symptôme de la maladie, notamment la fièvre, les sueurs nocturnes et une perte de poids inexpliquée.

Les résultats des examens et des tests sanguins permettront à votre médecin de décider si vous avez besoin de traitement et de déterminer le type de thérapie qui vous convient.

Bien des gens craignent l'aggravation de leur lymphome s'ils ne reçoivent aucun traitement. Rien de plus naturel que de vouloir être traité quand on a le cancer. Mais selon des études ayant comparé l'attente sous surveillance à un traitement précoce, les patients atteints de LNH asymptomatique n'ont aucun avantage à recevoir un traitement précoce. De plus, certains patients n'auront jamais besoin d'être traités. Grâce à l'attente sous surveillance, vous évitez de subir les effets secondaires du traitement jusqu'au jour où vous en aurez besoin.

Aperçu des traitements

Les personnes atteintes d'un LNH réagissent souvent très bien aux traitements actuels. Les principaux objectifs des traitements du LNH consistent à :

- guérir (si possible);
- prolonger la période de rémission (période sans cancer);
- réduire le nombre de cellules cancéreuses;
- minimiser le nombre de ganglions lymphatiques et/ou d'organes affectés;
- prévenir l'apparition de symptômes et réduire les effets de ceux qui existent déjà;
- améliorer la qualité de vie du patient.

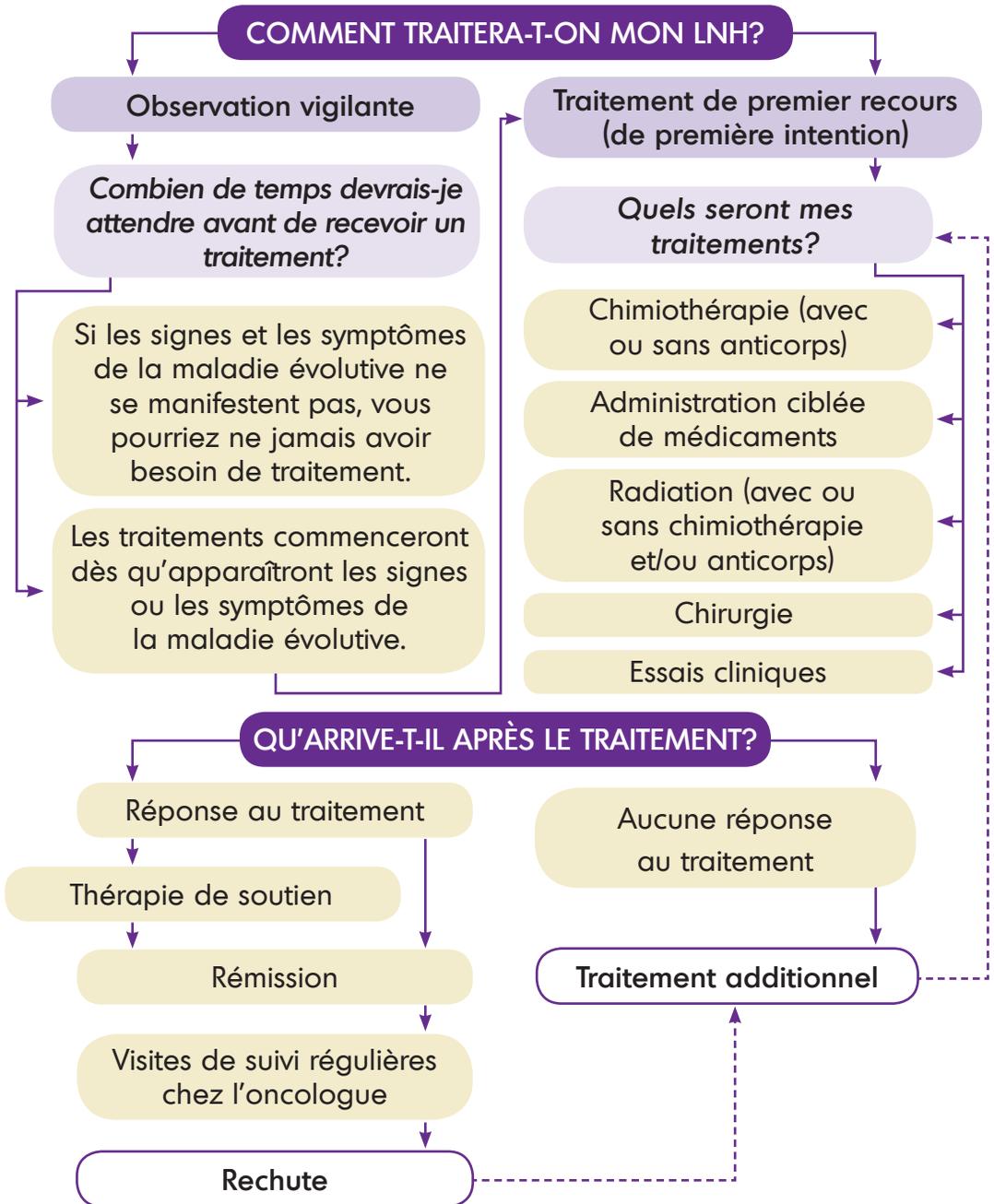
Le type de traitements que vous recevrez dépend d'un certain nombre de facteurs, dont :

- le type, le stade et le grade de LNH;
- votre âge;
- votre état de santé général ou votre forme physique;
- toute autre maladie dont vous pourriez être atteint.

En planifiant vos traitements, vos médecins tiendront compte de tous ces facteurs.

Le tableau ci-dessous fournit un aperçu des options de traitement et des résultats potentiels liés au LNH. La séquence de traitements contre le LNH est importante car, dans certains cas, votre premier traitement pourrait influencer sur le prochain (le cas échéant). Parlez à votre médecin des prochaines étapes de votre thérapie. Vous devriez savoir quels pourraient être vos futurs traitements et en discuter avec votre médecin, et ce, au tout début de votre cheminement thérapeutique.

TRAITEMENTS DU LNH INDOLENT



TRAITEMENTS DU LNH AGRESSIF

COMMENT TRAITERA-T-ON MON LNH?

Quels seront mes traitements?

Chimiothérapie (avec ou sans anticorps)

Radiation (avec ou sans chimiothérapie et/ou anticorps)

Chirurgi

Stéroïde

Greffe de cellules souches

Essais cliniques

QU'ARRIVE-T-IL APRÈS LE TRAITEMENT?

Visites de suivi régulières chez l'oncologue

Rémission/remède

Rechute

Avant de commencer un traitement

Avant de commencer un traitement, indiquez à votre équipe de soins de santé tous les médicaments que vous prenez, y compris les vitamines, les suppléments à base de plantes ou toute autre approche thérapeutique.

Peut-être voudrez-vous rédiger des directives préalables avant le début de votre traitement. Les directives préalables sont un document à caractère juridique, dans lequel une personne exprime ses volontés concernant ses futurs soins médicaux dans l'éventualité où elle n'aurait plus la capacité, physique ou mentale, de communiquer. Ce document ne prend effet que dans cette situation. Il existe deux types de directives préalables : un testament de vie (ou testament biologique), où vous déclarez vos intentions par écrit concernant vos futurs soins de santé; et une procuration, où vous choisissez quelqu'un en qui vous avez confiance pour prendre, pour vous, les décisions financières et celles en matière de soins de santé. Si vous avez besoin de conseils pour rédiger ces documents, parlez-en à un médecin, un travailleur social ou un avocat.

À quoi s'attendre durant le traitement

Chaque patient réagit de manière différente au traitement. Vous devez savoir à quoi vous attendre, en quoi consiste votre traitement, ses effets secondaires potentiels ainsi que ses répercussions sur votre qualité de vie, dont votre style de vie et les questions d'ordre émotionnel et financier.

Se référant aux résultats thérapeutiques, les médecins utilisent certains termes avec lesquels vous voudrez peut-être vous familiariser. En voici quelques exemples :

- **traitement de premier recours** : également appelé traitement de première intention ou de première ligne. Il s'agit du premier traitement donné après un diagnostic de cancer. Si un patient en reçoit plus d'un, on parlera alors de traitement de deuxième intention, de troisième intention, et ainsi de suite;
- **réponse complète** : ce terme signifie que tous les signes de cancer ont disparu après le traitement. Cela ne veut pas dire que le cancer est guéri, mais qu'il est non décelable suite à l'utilisation des analyses actuelles effectuées en laboratoire;
- **réponse partielle** : également appelé rémission partielle. On utilise ce terme quand la taille de la tumeur cancéreuse a diminué de plus de la moitié, mais qu'elle n'a pas complètement disparu. Le cancer est encore détectable, et d'autres traitements peuvent être nécessaires;
- **maladie résiduelle minime (MRM)** : on emploie ce terme quand un très petit nombre de cellules cancéreuses subsistent durant ou après le traitement;

- **guérison** : on utilise ce terme lorsque les signes ou les symptômes présents depuis un certain temps ainsi que la tumeur ont disparu. Plus la période de rémission est longue (absence de signes ou de symptômes de cancer), plus les chances de guérison du patient sont élevées;
- **maladie stable** : ce terme signifie que l'état de la personne atteinte de cancer ne s'améliore pas ni ne s'aggrave après le traitement;
- **maladie réfractaire** : se dit d'un cancer qui ne répond pas au traitement ou qui réapparaît très rapidement après la fin du traitement (par exemple dans les 6 à 12 mois);
- **progression de la maladie** : l'aggravation de la maladie malgré les traitements. Ce terme est souvent utilisé de façon interchangeable avec le terme échec du traitement ou échec thérapeutique;
- **rechute** : la réapparition du cancer après une période d'amélioration.

Les types de traitement

Il existe un large éventail de types de traitement contre les LNH. Votre médecin pourrait vous recommander une forme de traitement ou plus, dont voici la liste :

- **Pharmacothérapie**
 - Chimiothérapie
 - Traitements biologiques
 - Traitement aux anticorps
 - Autres traitements ciblés
 - Stéroïdes
- **Radiothérapie**
 - Radio-immunothérapie
- **Chirurgie**
- **Greffe de cellules souches**
- **Traitement d'entretien**
- **Thérapie de soutien**

Les traitements de pharmacothérapie

Il est possible qu'on utilise de puissants médicaments contre le cancer durant votre traitement.

La pharmacothérapie sert à :

- mener à une rémission complète;
- prévenir la propagation du cancer;
- ralentir la croissance du cancer ou tuer les cellules cancéreuses;
- soulager les symptômes.

Avant le début de votre traitement, vous recevrez l'information sur ce qui vous attend et sur la façon de prendre soin de vous durant la thérapie.

« Vous êtes une ressource très précieuse et un groupe de réflexion très utile. C'est exactement ce dont j'avais besoin pour apaiser mes soucis. »

Robb,
patient

Les effets secondaires

Bien des gens craignent les effets secondaires des médicaments. Mais il est important de comprendre que :

- les patients soumis à un traitement médicamenteux n'éprouvent pas tous des effets secondaires;
- les effets secondaires ne sont pas toujours importants, ils peuvent être légers;
- différents médicaments ont différents effets secondaires;
- il existe de nombreux traitements efficaces, capables de réduire les effets secondaires ou prévenir leur apparition.

Chaque personne réagit de manière différente aux traitements médicamenteux. Même les personnes du même âge, dont l'état de santé est comparable, peuvent ressentir des effets secondaires différents dus au même traitement.

La plupart des effets secondaires sont de courte durée, mais certains peuvent persister quelques semaines ou quelques mois après la fin du traitement. Parfois, les effets secondaires sont permanents. Ils peuvent même commencer à se manifester longtemps après la fin du traitement. On les appelle les « effets tardifs ». Votre médecin vous parlera de tous ces effets avant le début de votre traitement.

Selon les effets secondaires que vous éprouverez dus à vos traitements et selon leur intensité, vous ne pourrez peut-être pas maintenir votre niveau d'activités habituel durant cette période. Il vous faudra prévoir plus de temps pour vous reposer et vous rétablir.

LE SAVIEZ-VOUS?

Les médicaments approuvés par Santé Canada ne sont pas tous financés par l'État. Chaque province ou territoire administre son propre programme public de médicaments sur ordonnance. Le régime d'assurance-médicaments offert par les provinces peut varier énormément, et chacune décide qui est admissible à chaque type de protection.

Qui paie les médicaments au Canada?

Lorsqu'un médicament est approuvé au Canada, les patients peuvent avoir recours à deux moyens pour se faire payer leurs médicaments et leurs traitements :

1. **L'assurance publique** : fournie par les gouvernements provinciaux et territoriaux.
2. **L'assurance privée** : fournie par les employeurs ou acquise individuellement.

Les patients peuvent également payer eux-mêmes leurs médicaments. Dans certaines circonstances, il existe des programmes qui aident un patient à assumer les coûts de ses médicaments, s'il satisfait aux critères.

Certains médicaments étant uniquement financés par des régimes d'assurance privés, il est très important d'indiquer à votre médecin si vous possédez une assurance privée. Demandez-lui si votre traitement est couvert par un régime d'assurance public et, si vous détenez une assurance privée, tâchez de savoir s'il existe d'autres options thérapeutiques.

La chimiothérapie

La chimiothérapie est un type de traitement qui comprend un médicament ou une combinaison de médicaments visant à détruire les cellules cancéreuses. Une combinaison de médicaments peut être prescrite pour améliorer les chances de réussite de la thérapie, car chaque agent s'attaque au cancer de manière différente.

La chimiothérapie sert à empêcher les cellules cancéreuses de se multiplier, à éliminer ou à réduire le nombre de cellules cancéreuses dans le corps.

Comment fonctionne la chimiothérapie?

La chimiothérapie est une thérapie systémique, ce qui signifie qu'elle affecte le corps tout entier. La chimiothérapie cible et détruit les cellules qui se divisent rapidement, comme les cellules cancéreuses. En raison de leur fonctionnement, les médicaments chimiothérapeutiques peuvent également avoir le même effet sur les cellules normales qui se divisent rapidement, dont celles des cheveux, des ongles, de la bouche et de l'appareil digestif. Voilà pourquoi la chimiothérapie peut causer des effets secondaires, incluant la perte de cheveux, la diarrhée, les nausées et les vomissements.

On définit souvent le cancer comme étant chimiosensible ou chimiorésistant.

- **Chimiosensible** signifie que le cancer répond à la chimiothérapie et que ce traitement parvient à tuer efficacement les cellules cancéreuses.
- **Chimiorésistant** signifie que le cancer ne répond pas à la chimiothérapie, et qu'il faut faire appel à un autre traitement. Dans un tel cas, on offre habituellement une autre thérapie médicamenteuse.

Comment la chimiothérapie est-elle administrée?

Chaque dose de chimiothérapie ne tue qu'un pourcentage de cellules cancéreuses. Pour cette raison, on administre souvent la chimiothérapie en plusieurs traitements afin de détruire le plus de cellules cancéreuses possible.

Chaque traitement de chimiothérapie est généralement suivi d'une période de repos et de rétablissement. Cette période de traitement et de non-traitement est ce qu'on appelle un cycle de chimiothérapie. Les médicaments utilisés en chimiothérapie peuvent être administrés une seule fois par cycle ou plusieurs jours par cycle, selon le plan de traitement. Une cure complète de chimiothérapie (nombre total de cycles de chimiothérapie) peut durer plusieurs mois. Le nombre précis de cycles de traitement de chimiothérapie que vous recevrez dépend du type et du stade de votre LNH ainsi que de votre âge et votre état de santé général.

Une séance de traitement typique comprend des prélèvements sanguins, une visite chez l'oncologue ou une infirmière, suivie de la chimiothérapie.

Certains médicaments sont administrés par voie orale sous forme de comprimés ou de gélules. D'autres médicaments sont injectés directement dans une veine à l'aide d'une petite aiguille (injection ou perfusion intraveineuse).

Si vous devez recevoir des médicaments par voie intraveineuse, votre médecin peut vous conseiller la pose d'un cathéter veineux. Un cathéter veineux (un tube de plastique mince et flexible) est un dispositif introduit dans une veine pour faciliter l'administration d'un médicament. Il en existe plusieurs sortes, mais chacun fonctionne de la même façon. Celui choisi pour vous dépendra des pratiques normalement utilisées à votre hôpital.

Type de cathéter veineux	Description
Cathéter tunnelisé Ligne centrale Cathéter de Hickman®	Un tube inséré par un chirurgien dans une veine du cou, de la poitrine ou de l'aîne. Le cathéter est « tunnelisé » sous la peau vers un point de sortie près de la veine. Cette technique contribue à minimiser les risques d'infection.
CCIP	Le cathéter central inséré par voie périphérique (CCIP) est un dispositif introduit dans une veine du bras. On insère ce cathéter dans la veine et on le pousse jusqu'à ce que son extrémité atteigne la grosse veine à proximité du cœur. On peut l'utiliser pour administrer un médicament ou pour prélever des échantillons sanguins.
Chambre à cathéter implantable pour la chimiothérapie (Port-a-cath)	Ce dispositif est constitué d'une petite boîte ronde et d'un cathéter inséré sous la peau, généralement dans le thorax. Le cathéter est relié à la grosse veine tout près du cœur.

Les effets secondaires courants de la chimiothérapie

La chimiothérapie cause souvent des effets secondaires, mais la gravité des symptômes varie d'une personne à l'autre et dépend du type de médicament. Les médicaments pour prévenir les effets secondaires peuvent être administrés avant, pendant ou après les traitements de chimiothérapie. Il existe plusieurs effets secondaires potentiels de la chimiothérapie :

Diminution de la production de cellules sanguines : Les cellules sanguines, y compris les globules rouges, les globules blancs et les plaquettes, sont constamment produites dans la moelle osseuse. Comme ces cellules ne cessent de se diviser, elles sont aussi la cible de la chimiothérapie. Le nombre de toutes les cellules sanguines peut donc être réduit, un phénomène appelé « myélosuppression ».

Il est important d'être attentif aux signes de myélosuppression. Si vous remarquez l'un des symptômes énumérés dans le tableau ci-dessous, communiquez immédiatement avec votre médecin.

Type de myélosuppression	Signes et symptômes potentiels	Que faire?
Anémie – diminution du nombre de globules rouges	<ul style="list-style-type: none"> ● Sentiments de fatigue et de faiblesse. ● Souffle court. ● Étourdissements. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Des injections peuvent être utilisées pour stimuler la production de globules rouges dans la moelle osseuse. ● En cas d'anémie grave, il est parfois nécessaire de faire une transfusion de globules rouges.

<p>Neutropénie – diminution du nombre de neutrophiles, un type de globules blancs qui combat les infections</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Fréquence accrue d'infections ou infections plus graves ou récurrence d'anciens virus comme le virus varicelle-zona. ● Fièvre, maux de gorge, éruption cutanée, diarrhées, rougeurs, douleurs ou enflure autour d'une plaie. 	<ul style="list-style-type: none"> ● La chimiothérapie peut être retardée ou la dose réduite. Des antibiotiques peuvent être prescrits. ● Des injections peuvent être utilisées pour stimuler la production de neutrophiles (G-CSF) dans la moelle osseuse.
<p>Thrombocytopénie – diminution du nombre de plaquettes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Augmentation du nombre d'ecchymoses. ● Saignements excessifs dus à des coupures, saignements du nez et des gencives. 	<ul style="list-style-type: none"> ● On peut recommander d'éviter les anticoagulants, comme l'aspirine. ● Dans les cas graves, il est parfois nécessaire de faire une transfusion de plaquettes.

Perte de cheveux : Également appelée alopecie. Il s'agit d'un des effets secondaires fréquemment associés à la chimiothérapie. Il peut toucher les cheveux, les sourcils, les cils ainsi que les poils des bras, des jambes et de la région pelvienne. Certaines personnes perdent tous leurs cheveux, alors que d'autres voient seulement leurs cheveux s'amincir. L'amincissement ou la perte des cheveux se manifeste progressivement et commence deux à trois semaines après la première séance de chimiothérapie. Cet effet secondaire peut être très pénible pour les patients. Toutefois, la perte de cheveux ne touche pas tous les patients, et la plupart d'entre eux retrouvent une chevelure normale dans les six mois suivant leur dernier traitement de chimiothérapie. Les nouveaux cheveux seront souvent plus bouclés qu'auparavant, mais habituellement leur texture initiale redevient la même au bout d'un an ou deux. Si la perte de vos cheveux vous perturbe, le personnel du centre oncologique pourra vous indiquer des endroits spécialisés dans la confection de perruques pour les personnes atteintes de cancer.

Maux de la bouche ou maux de gorge : Également appelés mucosite, un terme utilisé pour décrire une inflammation des muqueuses. Des infections de la bouche et de la gorge peuvent se produire. Si vous avez constamment ce type de maux, consultez votre médecin.

Nausées et vomissements

Diarrhées

Fatigue : Une intense fatigue peut être un symptôme d'anémie, et votre médecin devrait en être avisé.

Cerveau chimio : Certains traitements peuvent nuire à vos capacités cognitives et conduire à ce qu'on appelle le « cerveau chimio », le « brouillard de la chimio » ou les « troubles cognitifs liés au cancer ». Vous aurez peut-être de la difficulté à vous concentrer ou à prêter attention, à vous souvenir de nouvelles choses, à vous rappeler un vieux souvenir ou à trouver les mots justes. Pour la plupart des patients, ces symptômes s'amenuiseront au cours des mois qui suivront la fin des traitements. Si vous continuez à éprouver ces symptômes, parlez-en à votre médecin.

Changements relatifs au goût : La chimiothérapie peut souvent altérer le goût des aliments qui vous sont familiers. Ils peuvent avoir un goût différent (la dysgueusie) ou vous sembler moins savoureux que d'habitude (hypogueusie). Les modifications du goût sont habituellement temporaires et disparaissent une fois les traitements de chimiothérapie terminés.

Perte d'appétit

Lésions nerveuses : La chimiothérapie peut causer des dommages aux nerfs de vos membres. C'est ce qu'on appelle la neuropathie périphérique. Il arrive d'assister, mais très rarement, à l'apparition tardive de lésions nerveuses dans les organes. Les dommages infligés au système nerveux comprennent des changements liés à la perception de la température, de la douleur ou de la pression sur la peau; une sensation d'engourdissement, de picotement dans les mains et les pieds; des douleurs soudaines fulgurantes et lancinantes; la perte du sens du toucher; des problèmes d'équilibre ou de la difficulté à marcher; des maladroitness; de la difficulté à exécuter des mouvements moteurs précis (ex. : ramasser un objet ou boutonner un vêtement); la perte auditive; une douleur aux mâchoires; la constipation; l'hypotension orthostatique

ou posturale (vertiges, étourdissements ou évanouissement en se mettant debout, d'une position assise ou couchée). Si vous ressentez l'un de ces symptômes, n'hésitez pas à en parler à votre médecin. Ceux-ci devraient s'atténuer avec le temps.

Complications osseuses : La chimiothérapie peut causer des complications osseuses, appelées nécroses avasculaires. Ce terme désigne les dommages aux tissus osseux causés par un manque d'approvisionnement en sang. Les os les plus souvent touchés sont ceux du genou, de la hanche et de l'épaule. Si vous ressentez une douleur accrue ou une raideur dans les hanches ou dans d'autres os, n'hésitez pas à en parler à votre médecin.

Problèmes d'ordre sexuel : Chez les femmes, la chimiothérapie peut causer des dommages temporaires ou permanents aux ovaires, conduisant à des modifications hormonales ou ménopausiques. Elles peuvent souffrir de bouffées de chaleur, d'atrophie ou de sécheresse vaginale. Demandez à votre médecin quelles sont vos options de traitement. Quant aux hommes, la chimiothérapie peut réduire les taux de testostérone et/ou endommager le flux sanguin vers le pénis, provoquant ainsi certains problèmes sexuels, dont l'incapacité de maintenir une érection ferme (aussi connu sous le nom de dysfonction érectile), des douleurs au pénis ou de la difficulté à atteindre l'orgasme. Bien des hommes trouvent difficile de parler de leurs problèmes sexuels. Toutefois, votre médecin ou un spécialiste en santé sexuelle peut vous aider à surmonter ces problèmes. Il importe également que votre partenaire ait des relations sexuelles protégées et que cette personne utilise un condom durant les traitements pour éviter qu'un produit utilisé en chimiothérapie ne lui soit transmis.

Les thérapies biologiques

Les thérapies biologiques sont des traitements qui agissent en utilisant le système immunitaire du corps humain pour lutter contre le cancer. Il existe différents types de thérapies biologiques, notamment :

- **le traitement aux anticorps;**
- **d'autres thérapies ciblées;**
- **les interférons.**

Le traitement par anticorps monoclonal

Les anticorps sont des protéines dans le sang qui luttent contre les infections. Ils sont naturellement sécrétés par les lymphocytes lorsque vous contractez une infection. Les anticorps se fixent aux protéines localisées à la surface des bactéries et des virus, puis ordonnent au corps de les éliminer.

Les cellules du lymphome ont, elles aussi, des protéines situées à leur surface, et des anticorps peuvent être créés en laboratoire pour reconnaître ces protéines. L'anticorps de fabrication humaine se fixe à la protéine cible sur la cellule du lymphome et identifie la cellule pour que le système immunitaire la détruise. Le traitement par anticorps monoclonal est parfois appelé « immunothérapie » en raison du nom médical de l'anticorps : l'immunoglobuline. Certains traitements par anticorps monoclonal sont offerts pour le traitement du LNH, et plusieurs autres font l'objet de recherches cliniques.

La thérapie aux anticorps peut être utilisée seule ou combinée à la chimiothérapie, un traitement appelé chimio-immunothérapie.

Les nouveaux médicaments à base d'anticorps combinent dans un seul médicament l'anticorps qui cible la cellule lymphomateuse à un médicament puissant de chimiothérapie qui la détruit (contrairement aux traitements utilisés auparavant, où la thérapie à base d'anticorps était administrée séparément de la chimiothérapie). On appelle ce type de médicament un anticorps conjugué.

La thérapie aux anticorps peut également être associée à la radiothérapie qui émet une dose de rayonnement directement vers les cellules cancéreuses. On appelle cette forme de traitement la radio-immunothérapie.

Tout comme les médicaments de chimiothérapie, les traitements par anticorps monoclonal sont administrés à l'aide d'une aiguille insérée dans une veine (perfusion intraveineuse) ou sous la peau (perfusion sous-cutanée).

Les effets secondaires courants du traitement par anticorps monoclonal

L'utilisation des anticorps dans le traitement des lymphomes peut causer certains effets secondaires. En général, ces effets indésirables sont moins prononcés que ceux de la chimiothérapie. La plupart sont mineurs et de courte durée. Ils n'affectent le patient que durant le traitement ou quelques heures après (un problème souvent qualifié de « réactions liées à la perfusion »).

Parfois, les patients feront une réaction allergique aux anticorps au moment de la perfusion. Ils sont suivis de près durant leurs séances de traitement pour détecter les signes de réactions allergiques, dont les démangeaisons, les éruptions cutanées, la respiration sifflante ou

l'enflure. Si ces symptômes se manifestent, on réduit ou on interrompt le traitement pour une courte période jusqu'à la disparition des symptômes. Pour éviter les réactions allergiques, on administre souvent certains médicaments (antihistaminiques et acétaminophènes) avant le traitement. Les risques de subir une réaction liée à la perfusion diminuent après chaque traitement, car le patient s'adapte et, à mesure que le traitement se poursuit, le nombre de cellules lymphatiques diminue.

Les effets secondaires les plus courants sont :

- les symptômes analogues à la grippe (fièvre, frissons, sueurs).

Les effets secondaires les moins fréquents sont les suivants :

- nausées;
- vomissements;
- souffle court;
- faible pression artérielle;
- fatigue;
- maux de tête;
- infections.

D'autres thérapies ciblées

Les chercheurs continuent d'étudier les signaux des cellules (la communication de l'information à l'intérieur de la cellule et entre les cellules), un processus qui contribue à la croissance et à la survie des cellules cancéreuses. Certains médicaments sont actuellement créés pour

bloquer ces signaux et interrompre la croissance et la propagation des cellules touchées par le lymphome, tout en limitant les dommages causés aux cellules normales. On appelle ces médicaments les inhibiteurs de la signalisation cellulaire.

Il existe un certain nombre de protéines dans l'organisme qui jouent un rôle dans le contrôle de ce qui se passe dans les cellules et dans la façon dont elles se divisent. Les médicaments appelés inhibiteurs de protéasome ont été conçus pour nuire au fonctionnement de ces protéines afin de détruire les cellules lymphomateuses.

Les immunomodulateurs sont une autre catégorie de médicaments. Leur travail consiste à modifier (moduler) la façon dont fonctionne le système immunitaire pour empêcher la croissance des cellules lymphomateuses.

Un grand nombre de nouvelles thérapies ciblées font actuellement l'objet d'essais cliniques, et certaines ont récemment été approuvées pour le traitement de certains lymphomes.

Parmi ces thérapies ciblées, plusieurs sont disponibles sous forme de comprimés, permettant ainsi aux patients de prendre leurs médicaments à la maison.

La plupart des thérapies ciblées affectent la moelle osseuse; il peut donc y avoir un risque d'infections et de saignements. De nombreux patients éprouvent de la fatigue, parfois des nausées ou des troubles intestinaux. Certains médicaments peuvent également être la cause de neuropathies périphériques (voir description sous « effets secondaires de la chimiothérapie »).

Les stéroïdes

Les stéroïdes sont un élément important de nombreux schémas de chimiothérapie contre le lymphome. Ces stéroïdes sont différents de ceux que l'on interdit aux athlètes.

Les stéroïdes peuvent être utilisés pour aider à accomplir différentes tâches : détruire les cellules cancéreuses et rendre la chimiothérapie plus efficace; réduire certains effets secondaires de la chimiothérapie; combattre n'importe quelle allergie à d'autres médicaments que vous prenez dans le cadre de votre traitement; lutter contre une faible pression artérielle; réduire l'inflammation, la douleur et d'autres symptômes d'inflammation. Les stéroïdes peuvent être prescrits seuls ou combinés à la chimiothérapie. Ces médicaments sont habituellement donnés sous forme de pilule, mais on peut également les recevoir par voie intraveineuse ainsi que sous forme de crème ou d'onguent.

Les effets secondaires courants des stéroïdes

Ces médicaments peuvent présenter certains effets secondaires, incluant :

- l'insomnie;
- une augmentation de l'appétit;
- des changements d'humeur/de personnalité : de plus grands sentiments de colère, de tristesse ou d'anxiété que d'habitude;
- la prise de poids;
- la rétention d'eau.

Votre médecin surveillera l'apparition potentielle d'autres effets secondaires des stéroïdes, dont :

- l'augmentation de la pression artérielle;
- le risque accru d'infection;
- la présence d'un taux de sucre plus élevé que la normale dans les urines et dans le sang.

On utilise souvent les stéroïdes durant une courte période pour éviter que vous subissiez l'un ou plusieurs de ces effets secondaires.

La radiothérapie

La radiothérapie (ou thérapie par radiation) est un traitement local, ce qui signifie qu'il ne traite que la région de l'organisme où se trouve le cancer. La radiothérapie est souvent combinée à la chimiothérapie.

Pour détruire les cellules cancéreuses, la radiothérapie utilise des rayons X à haute énergie, comme ceux qui servent à prendre des clichés. Les rayons X causent des dommages à l'ADN (matériel génétique) de la cellule cancéreuse et l'empêchent de se réparer, provoquant ainsi sa mort.

Les radiations n'affectent pas uniquement les cellules cancéreuses. Les cellules saines de cette région sont également détruites. Par conséquent, on veille toujours à planifier les traitements de manière à protéger le mieux possible les autres parties du corps. Les régions saines sont protégées des rayonnements à l'aide de boucliers en plomb semblables à ceux qu'utilise votre dentiste pour prendre des radiographies. Le plomb fait obstruction au passage des rayons et les empêche de nuire aux cellules normales.

Le champ de rayonnement est la zone à irradier, marquée sur le corps. La peau peut être marquée de minuscules points d'encre pour s'assurer de traiter le bon endroit à chaque séance. Le rayonnement se limite normalement aux ganglions lymphatiques ou à la région à proximité immédiate. Le champ de rayonnement varie d'une personne à l'autre et dépend de nombreux facteurs, dont l'étendue de la maladie.

Durant le traitement, vous devez rester allongé, complètement immobile. Souvent, on crée un moule ou l'on utilise certains accessoires pour minimiser le mouvement. Le traitement proprement dit ne prend que quelques minutes, et il n'est ni douloureux ni inconfortable.

La radiothérapie est habituellement administrée par un radiothérapeute dans une clinique de jour. On vous demandera peut-être de vous rendre à l'hôpital jusqu'à cinq fois par semaine durant un cycle de radiothérapie. Chaque dose de rayonnement s'appelle une fraction, et le radio-oncologue prescrit le nombre total de fractions nécessaires pour votre traitement.

Les effets secondaires de la radiothérapie

Même si les traitements de radiothérapie ne sont pas douloureux, ils peuvent causer certains effets secondaires. Généralement limités à la région du corps qui reçoit le rayonnement, ces effets peuvent varier selon le site ciblé. La dose de rayonnement couramment utilisée contre les lymphomes est inférieure à celle utilisée contre les tumeurs solides. De ce fait, les patients atteints d'un lymphome sont moins susceptibles de ressentir des effets secondaires comparés à ceux qui reçoivent des doses plus élevées.

Ce type de rayonnement ne vous rend pas radioactif. Il ne pose donc aucun risque pour votre entourage.

Les effets secondaires à court terme

La peau exposée à la radiation peut démanger et devenir rouge, irritée et squameuse. Les régions humides comme celles de la bouche peuvent être plus gravement atteintes au point de nécessiter un traitement. On a souvent l'impression que la région irradiée a été brûlée par le soleil, et la peau peut commencer à peler. Les réactions cutanées sont généralement de courte durée et diminuent au bout de quelques semaines.

Après vos traitements de radiothérapie, vous constaterez peut-être que vous n'avez plus envie de manger les aliments que vous aimiez auparavant. De plus, vous n'aurez peut-être pas autant d'appétit que vous en avez normalement.

La radiothérapie de la tête et du cou (les régions affectées peuvent comprendre le cuir chevelu, la bouche et la gorge)

- **Perte de pilosité (sur le cuir chevelu ou n'importe quelle cible du traitement)** : La perte de pilosité due à la radiation n'est pas identique à celle généralement causée par la chimiothérapie. Cet effet secondaire n'affecte qu'une région précise selon la partie du corps irradiée. Si la radiation est dirigée sur la tête, une plaque de cheveux pourrait tomber. Si la radiation est dirigée sur un ganglion lymphatique précis dans l'aîne, il pourrait y avoir une perte de poils dans cette région. Ce phénomène est généralement temporaire, mais il peut être permanent si les doses de radiation sont élevées.

- **Sécheresse buccale ou irritation de la gorge** : Après des traitements de radiothérapie dans la région buccale, la production de salive peut diminuer, et les patients ont parfois la bouche sèche, un effet également appelé xérostomie. L'irritation de la gorge peut également être due à la diminution de la production de salive ou aux effets directs de la radiation sur cette région.

La radiothérapie thoracique (les régions affectées peuvent comprendre l'œsophage et les seins)

- **Difficulté à avaler** : Vous risquez d'avoir de la difficulté à avaler à cause d'une sécheresse buccale ou de la radiothérapie qui ont affecté l'œsophage, impliqué dans la déglutition.

La radiothérapie de l'abdomen

- **Nausée** : Des nausées peuvent survenir après le premier traitement de radiothérapie.
- **Diarrhée**

Les effets secondaires à long terme de la radiothérapie

La radiothérapie peut causer des effets secondaires à long terme, toutefois les risques sont moins élevés que par le passé en raison du perfectionnement du processus radiothérapeutique. Le tableau suivant donne un aperçu des effets potentiels de la radiation ciblée sur différentes parties du corps. Si ces risques vous préoccupent, il est important d'en discuter avec votre médecin.

Région à traiter	Effets potentiels à long terme	Que faire?
Bassin ou aine	Infertilité	<ul style="list-style-type: none"> ● S'assurer que les testicules/ovaires sont protégés des rayonnements s'ils ne sont pas la cible du traitement. ● Si vous n'avez pas encore eu d'enfants, parlez à votre médecin des risques associés à la procréation après une radiothérapie et de la possibilité de prélever des ovules ou du sperme avant le traitement.
Thorax et seins	<p>Cancer du sein</p> <p>Cardiopathie/ accident vasculaire cérébral</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Le dépistage à long terme du cancer du sein est très important. ● Les probabilités sont plus grandes si vous avez également reçu de la chimiothérapie qui affecte aussi le cœur.

Peau	Cancer de la peau	<ul style="list-style-type: none"> Le dépistage à long terme du cancer de la peau est très important. Protégez votre peau du soleil en utilisant un écran solaire et en réduisant les expositions.
Cou	Problèmes thyroïdiens, y compris le cancer	<ul style="list-style-type: none"> Discutez des risques avec votre médecin et faites examiner votre thyroïde régulièrement.

La radio-immunothérapie

La radio-immunothérapie a recours à la fois à la radiothérapie et au traitement aux anticorps pour lutter contre le lymphome.

Une molécule radioactive (molécule qui émet des rayonnements et peut détruire les cellules cancéreuses) est fixée à un anticorps pour administrer la radiation spécifiquement aux cellules du lymphome. Ces anticorps monoclonaux radioactifs circulent dans le corps jusqu'à ce qu'ils trouvent leur cible — par exemple l'antigène CD20 de la cellule B (une protéine présente à la surface des cellules B) — et ils se fixent à la cellule. Une fois que les anticorps sont fixés, la radiation détruit la cellule B cancéreuse ainsi que toute autre cellule lymphomateuse qui se trouve à proximité.

Les radio-immunothérapies sont administrées par voie intraveineuse dans la clinique de médecine nucléaire d'un hôpital.

Les effets secondaires courants de la radio-immunothérapie

Certains effets secondaires reliés au sang peuvent être inquiétants. En voici des exemples :

- l'anémie (faible nombre de globules rouges);
- la thrombocytopénie (faible numération plaquettaire);
- l'immunosuppression (affaiblissement des défenses immunitaires, un état qui peut augmenter les risques d'infection).

Parmi les autres effets secondaires courants, notons :

- les frissons;
- la fièvre;
- les nausées;
- une irritation de la gorge.

Comme pour tout traitement de radiothérapie, les risques à long terme de certains cancers sont plus élevés.

Il peut être nécessaire de parler à un médecin des mesures de sécurité à prendre après une radio-immunothérapie, puisqu'une petite quantité de radiation peut demeurer dans le corps, notamment dans le sang et l'urine, durant une brève période après le traitement.

La chirurgie

L'intervention chirurgicale peut être une option si le lymphome semble être localisé (confiné à une seule région). Durant la chirurgie, la zone cancéreuse peut être éliminée ainsi que tout tissu environnant susceptible de contenir des cellules cancéreuses. Il se peut que votre chirurgien ne puisse pas déterminer la quantité de tissus à enlever avant de procéder à l'intervention.

La splénectomie

La rate est un organe situé du côté gauche du corps, près de l'estomac. Les cellules du lymphome peuvent provoquer une augmentation du volume de la rate et occasionner de l'inconfort chez certains patients. De plus, une hypertrophie de la rate risque de réduire dangereusement votre numération globulaire. Une splénectomie est une ablation chirurgicale de la rate. Elle s'avère utile lorsque le volume de la rate augmente considérablement à cause de la maladie.

La greffe de cellules souches

Les cellules souches hématopoïétiques sont un groupe de cellules immatures, capables de se développer et de se transformer en n'importe quel type de cellules trouvées dans le sang – globules rouges, globules blancs ou plaquettes.

On peut trouver des cellules souches hématopoïétiques dans la moelle osseuse (tissu spongieux à l'intérieur des gros os, responsable de la production des cellules sanguines), dans la circulation sanguine (également désigné sang périphérique) et dans le cordon ombilical.

Les patients atteints d'un LNH difficile à traiter ou résistant aux traitements standards peuvent tirer profit de la chimiothérapie ou de la radiothérapie administrée à des doses très élevées (traitement myéloablatif). Toutefois, cette technique peut détruire toutes les cellules souches et présenter un risque d'infections très élevé pour le patient.

Après un traitement myéloablatif, il recevra les cellules souches préalablement prélevées de sa moelle osseuse, puis stockées (greffe autologue) ou les cellules souches d'un donneur compatible (allogreffe) pour reconstituer les cellules détruites par des doses élevées de chimiothérapie.

Si, selon votre médecin, vous pouvez éventuellement avoir besoin d'une greffe, il en discutera avec vous durant la planification de vos traitements.

Greffe de cellules souches du sang périphérique et greffe de moelle osseuse

La différence entre une greffe de cellules souches périphériques et une greffe de moelle osseuse est l'endroit où l'on prélève les cellules souches hématopoïétiques. Dans le cas d'une greffe de moelle osseuse, les cellules souches sont prélevées dans la moelle osseuse en salle d'opération. Quant à la greffe de cellules souches du sang périphérique (GCSSP), le patient reçoit des médicaments pour stimuler la migration des cellules souches de la moelle osseuse vers le sang périphérique, où elles peuvent facilement être prélevées à l'aide d'un dispositif de filtration. On pratique aujourd'hui davantage de GCSSP que de greffes de moelle osseuse, car il s'agit d'un procédé plus facile, et l'organisme peut régénérer plus rapidement de nouvelles cellules souches.

Traitement d'entretien

Le traitement d'entretien est destiné aux patients qui entrent en rémission après la fin de leur premier cycle de traitement. Son objectif consiste à prévenir une rechute et à améliorer la survie globale. Cette thérapie, qui peut être de longue durée, comprend un traitement médicamenteux ou des anticorps qui détruisent les cellules cancéreuses.

Les thérapies de soutien

Les thérapies de soutien sont souvent administrées pour prévenir ou traiter les symptômes du lymphome ou les effets secondaires des traitements.

Les thérapies de soutien du lymphome peuvent inclure :

- des antibiotiques pour traiter les infections causées par des bactéries ou des champignons;
- des antiviraux pour traiter les infections causées par les virus;
- des vaccins;
- des transfusions sanguines ou des facteurs de croissance pour augmenter le nombre de globules rouges;
- des perfusions d'immunoglobulines parfois utilisées pour aider à renforcer le système immunitaire;
- des facteurs de croissance pour augmenter le nombre de globules blancs ou le taux d'immunoglobulines.

Le LNH récidivante ou réfractaire

Un LNH récidivante signifie que la maladie réapparaît après avoir répondu au traitement pendant un certain temps. On peut également qualifier ce phénomène de « récurrence ». Quant au terme LNH réfractaire, on l'utilise pour signifier que la maladie ne répond pas à un traitement particulier ou que la réponse au traitement ne dure pas très longtemps.

Si votre cancer devait réapparaître (rechute), vous auriez probablement besoin de recevoir plus de traitements. Il se peut que les options qui vous seront offertes dépendent de votre traitement initial. Il est donc important de discuter dès le début de ces options avec votre médecin et d'examiner vos objectifs de traitements personnels pour pouvoir choisir le meilleur plan thérapeutique pour vous.

Le LNH indolent

La majorité des patients atteints d'un LNH indolent connaît une rechute de la maladie, et ce, malgré des traitements antérieurs. La durée entre les traitements et la rechute peut varier habituellement entre 18 mois et quatre ans.

Il existe de nombreuses options thérapeutiques pour les personnes atteintes d'un LNH indolent récidivant ou réfractaire. Si vous avez besoin de traitements additionnels, le type de traitement que vous recevrez dépendra de plusieurs facteurs : votre âge, l'étendue et le foyer de la maladie, votre état de santé général, les types de traitements que vous avez déjà reçus et la durée de réponse à vos traitements antérieurs.

Les traitements possibles comprennent :

- l'approche dite attente sous surveillance, qui peut constituer la meilleure option pour les patients qui ne souffrent d'aucun symptôme;
- la chimiothérapie, qui est le traitement le plus courant après une rechute;
- le traitement aux anticorps souvent utilisé pour traiter certains types de LNH récidivants, et habituellement associés à une chimiothérapie pour augmenter son efficacité sans en intensifier les effets secondaires.

Plusieurs nouvelles thérapies approuvées dernièrement par Santé Canada et certains traitements faisant actuellement l'objet d'essais cliniques sont précisément conçus pour aider les patients qui présentent une maladie récidivante ou réfractaire. La recherche sur le LNH progresse rapidement grâce aux médecins et aux scientifiques qui découvrent de nouveaux traitements et des façons plus efficaces d'administrer les traitements existants.

La transformation

Un lymphome de bas grade et à croissance lente peut devenir agressif. Ce processus est connu sous le nom de transformation. Cela est dû au fait que les cellules dans les lymphomes de bas grade survivent au-delà de leur durée de vie naturelle et s'endommagent avec le temps. Ces cellules répondent moins bien au traitement, et les dommages qu'elles subissent les incitent à croître rapidement, comme le font les lymphomes de haut grade.

Il peut être difficile de traiter les patients dont le LNH s'est transformé. On peut les traiter à l'aide d'une chimiothérapie à fortes doses, avec ou sans greffe de cellules souches. Ce type de greffe peut également être combiné à un traitement aux anticorps dans le but de détruire toute cellule lymphomateuse résiduelle de la moelle osseuse.

Si l'on est dans l'impossibilité de parvenir à la guérison ou à une rémission, l'objectif consiste à soulager les symptômes. C'est ce qu'on appelle un traitement palliatif. Vous pourriez songer à participer à un essai clinique pour aider à l'évaluation d'un nouveau traitement ou d'une nouvelle combinaison de traitements.

Le LNH agressif

Un petit nombre de patients atteints d'un LNH agressif ne répond pas au traitement, et plusieurs d'entre eux connaissent une rechute après leur rémission. Bien que le traitement soit difficile, certains patients parviennent à guérir ou à entrer en rémission à l'aide d'un traitement de deuxième intention, appelé traitement de rattrapage. Ce type de traitement contre le LNH agressif comprend habituellement une chimiothérapie combinée (chimiothérapie combinée à d'autres médicaments). Une chimiothérapie à fortes doses et une greffe de cellules souches autologues peuvent également être réalisées, au besoin.

Si l'on est dans l'impossibilité de parvenir à la guérison ou à une rémission, l'objectif consiste à soulager les symptômes. C'est ce qu'on appelle un traitement palliatif. Vous pourriez songer à participer à un essai clinique pour aider à l'évaluation d'un nouveau traitement ou d'une nouvelle combinaison de traitements.

Les questions à poser concernant le traitement

Questions d'ordre général

1. Quel est l'objectif du traitement? Espérez-vous pouvoir guérir ou contrôler le cancer?
2. Quels sont mes choix de traitement? Lequel me recommandez-vous? Pourquoi?
3. Ai-je besoin de plus d'un type de traitement? Quels sont les avantages escomptés de chaque type de traitement?
4. Comment appelle-t-on les médicaments que je recevrai? À quoi servent-ils? Quelle sera la fonction de chacun?
5. Comment savoir si mon traitement est efficace?
6. Quelles sont les chances de succès de mon traitement?
7. Quels seront les effets du traitement sur ma vie? Mon travail? Ma famille?
8. Y a-t-il de nouveaux traitements à l'étude? Ma participation à un essai clinique est-elle un choix approprié dans mon cas?
9. Qui gèrera mon programme de traitement?
10. Où puis-je trouver davantage d'informations?

Aspects pratiques concernant le traitement

1. Combien de fois devrai-je venir ici pour suivre des traitements ou passer des tests?
2. Qu'arrivera-t-il si je manque un traitement?
3. Si je reçois des traitements de radiothérapie, comment me seront-ils administrés? Est-ce douloureux?
4. Combien de temps dureront mes traitements?
5. Y a-t-il des aliments que je dois manger ou ne pas manger?
6. Est-ce que je peux consommer de l'alcool?
7. Est-ce que je dois continuer à prendre mes autres médicaments?
8. Puis-je continuer à prendre mes suppléments?
9. Quels seront les frais à payer? Que dois-je faire si je n'ai pas les moyens de les assumer?
10. À qui dois-je m'adresser si j'ai des questions à poser? Quel est le meilleur moment pour téléphoner?
11. Que dois-je faire pour tenter de demeurer en forme durant les traitements?
12. Puis-je venir seul(e) à mes traitements ou faut-il que je sois accompagné(e)?

Effets secondaires des traitements

1. Quels sont les risques et les effets secondaires potentiels des traitements? Quel est leur degré de gravité?
2. Peut-on gérer les effets secondaires?
3. À quels symptômes ou problèmes dois-je faire attention? Lesquels faut-il signaler immédiatement au médecin?
4. Combien de temps les effets du traitement dureront-ils?

L'avenir

1. Quelle est la probabilité pour que mon cancer réapparaisse après une rémission? Quels sont les signes?
2. Quelles modifications devrais-je apporter à mon mode de vie concernant, par exemple, mon travail et ma famille?
3. Pourrais-je avoir des enfants après mon traitement?

« Écoutez votre corps. Si vous avez besoin de dormir, dormez. Ne vous forcez pas à rester éveillé pour accomplir vos tâches ou votre travail. »

Eric,
patient



LES ESSAIS CLINIQUES

Les essais cliniques sont des études de recherche auxquels prennent part un certain nombre de personnes. Comprendre en quoi un essai clinique consiste peut vous aider à décider si cette option vous convient.

Des recherches sont constamment en cours pour mettre au point de nouveaux traitements et améliorer les thérapies existantes.

Les études de recherche qui jouent un rôle majeur dans le développement de nouveaux traitements sont les essais cliniques. Ceux-ci sont soigneusement planifiés et réalisés pour tester de nouveaux médicaments ou de nouvelles approches thérapeutiques auprès des patients. Le nouveau traitement est habituellement comparé à un traitement existant pour déterminer si ses résultats sont plus bénéfiques pour les patients.

Un essai clinique peut servir à tester plusieurs aspects thérapeutiques, notamment l'innocuité et l'efficacité des nouveaux médicaments, l'ajout de nouveaux médicaments aux traitements traditionnels et de nouvelles méthodes potentielles d'administration des traitements couramment employés.

Le protocole d'un essai clinique, examiné et approuvé par des comités d'éthique, doit répondre à des normes gouvernementales médicales rigoureuses. On procède à la réalisation de nombreuses recherches détaillées et minutieuses sur le nouveau médicament avant d'en arriver à l'étape où il sera testé sur des patients.

Un patient peut participer à différents types d'essais cliniques, dont la liste figure dans le tableau suivant.

Type d'essai	Principales différences
Phase I	<ul style="list-style-type: none"> • Tests sur l'innocuité et la dose appropriée du nouveau traitement (non comparé à un autre traitement). • Augmentation du risque d'effets secondaires. • Habituellement, ne comprend qu'un petit groupe de patients, souvent atteints du stade avancé de la maladie et n'ayant pas répondu aux traitements existants.
Phase II	<ul style="list-style-type: none"> • Tests sur les effets secondaires et l'efficacité du nouveau traitement (non comparé à un autre traitement).
Phase III	<ul style="list-style-type: none"> • Tests supplémentaires sur le nouveau traitement auprès d'un grand nombre de patients lorsque la phase II de l'essai a démontré son efficacité et son innocuité. • Comparaison du nouveau traitement avec le traitement standard pour déterminer si ses résultats sont plus bénéfiques pour les patients (essai aléatoire contrôlé).
Phase IV	<ul style="list-style-type: none"> • Étude plus poussée sur le traitement après l'approbation de son usage en pratique courante.

Les patients qui choisissent de participer à un essai clinique doivent donner leur consentement éclairé. Ce document signifie qu'ils sont conscients des bénéfices potentiels et des risques associés à la recherche, et que leur participation est volontaire. Aucun patient ne doit se sentir obligé de participer à un essai clinique. Une fois admis à l'étude, il a le droit de s'en retirer à tout moment, sans donner d'explications. Le fait de mettre un terme à votre participation à l'essai clinique n'aura aucune incidence sur l'attitude de votre équipe médicale, et vous continuerez à recevoir les meilleurs traitements standards actuels.

Pour en connaître davantage sur les essais cliniques en cours au Canada et partout dans le monde, consultez le site www.lymphome.ca/essaiscliniques.



LES SOINS DE SUIVI

Les soins de suivi après un traitement sont un aspect important des soins contre le cancer. Les spécialistes du cancer et le médecin de famille se partagent souvent le suivi des patients atteints de LNH. Votre équipe soignante déterminera avec vous quels sont les soins de suivi qui répondent à vos besoins.

Les rendez-vous de suivi	128
Les cancers secondaires	131

Après le traitement, vos soins dépendront dans une large mesure du type de traitement que vous avez reçu et de la façon dont vous avez répondu à la thérapie.

Le LNH peut être traité avec succès, mais il faut parfois un certain temps avant de se remettre des traitements. Certains effets secondaires peuvent durer des semaines ou même plus avant de disparaître. Vous vous sentirez peut-être fatigué pendant des mois ou vous pourrez contracter des infections plus facilement. Après les traitements, l'ajustement à la « nouvelle » routine quotidienne peut prendre quelques semaines ou quelques mois.

Demandez au médecin ou à une infirmière à quoi vous devez vous attendre. Surveillez les effets secondaires ou tout autre problème de santé. Informez-vous des effets secondaires tardifs possibles et demandez à quel moment ils pourraient se manifester.

Les rendez-vous de suivi

Après avoir complété une période de traitements, vous recevrez probablement un plan de soins de suivi pour surveiller vos progrès et votre rétablissement, de même que pour détecter la récurrence potentielle de la maladie. Il est très important d'aller à tous vos rendez-vous. La date et l'heure de vos visites ainsi que celles des tests et des interventions que vous devrez subir durant le suivi seront adaptées à votre situation personnelle.

Vos rendez-vous de suivi peuvent comprendre une combinaison des éléments suivants :

- **examen physique;**
- **tests d'imagerie :** tomodensitométrie, TEP ou autres examens par imagerie pour mesurer la taille de toute autre masse tumorale résiduelle si les ganglions lymphatiques internes ou d'autres organes sont ou ont été touchés. De façon générale, on n'a pas recours aux examens courants de tomodensitométrie ou de TEP pour les patients qui se sentent bien et qui ne présentent aucun symptôme potentiellement associé au cancer;
- **tests sanguins :** ils servent à évaluer votre rétablissement, les effets résiduels potentiels des traitements et votre état de santé général. Aucun test sanguin n'est effectué systématiquement pour prédire ou pour détecter une éventuelle récurrence d'un lymphome.

Votre médecin vous dira également de prêter attention à certains signes ou certains symptômes de récurrence. La présence de symptômes, nouveaux ou permanents, peut être inquiétante pour les personnes qui ont vécu une expérience de cancer. La crainte d'une récurrence de la maladie est réelle et couramment éprouvée par les patients. Vous pouvez apprendre à surmonter la peur de plusieurs façons. Sachez que même si la manifestation de nouveaux symptômes peut être préoccupante, ces problèmes ne sont pas tous liés au cancer. Il est toutefois important de signaler toute question qui vous préoccupe aux membres de votre équipe médicale – ne jouez pas à l'autruche. N'hésitez pas à leur en parler rapidement et n'attendez pas votre prochain rendez-vous pour le faire.

En outre, presque tous les traitements contre le cancer ont des effets secondaires. Certains peuvent durer de quelques semaines à plusieurs mois, mais d'autres, tout le reste de votre vie. Profitez de vos rendez-vous de suivi pour parler à votre équipe médicale des changements ou des problèmes de santé que vous avez éprouvés après votre traitement.

Les notes concernant vos visites à la clinique devraient être automatiquement envoyées à votre médecin de famille. Peut-être devriez-vous vérifier auprès de l'équipe en oncologie s'il les a bien reçues. N'hésitez pas à défendre vos droits et à faire en sorte que votre médecin de famille ait tous vos dossiers en main.

Il est essentiel que votre médecin de famille soit continuellement tenu au courant :

- de tous les médicaments que vous prenez actuellement (y compris les médicaments en vente libre : analgésiques, laxatifs, suppléments alimentaires, vitamines, minéraux et traitements à base de plantes);
- de tous les spécialistes que vous continuez à consulter et des raisons de vos consultations;
- de tous vos prochains tests de dépistage et de leur fréquence;
- de vos émotions, peurs ou préoccupations sur tout ce qui pourrait influencer sur votre rétablissement, y compris les symptômes ou les changements que vous avez constatés et qui vous causent du souci;
- de tout changement relatif à vos habitudes de vie, comme l'abandon de la cigarette, les modifications apportées à votre régime alimentaire ou à votre programme d'activités physiques.

Il se peut également que vous commenciez à rencontrer de nouveaux médecins ou un plus grand nombre de spécialistes : dentiste, neurologue, physiothérapeute ou naturopathe, pour d'autres problèmes de santé. N'oubliez pas que si vous changez de médecins ou si un nouveau médecin s'ajoute à la liste ou encore si vous êtes traité par différents médecins, vous serez peut-être la seule personne à posséder un relevé complet de vos antécédents médicaux. Il est donc essentiel que vous mettiez à jour les dossiers concernant tous vos soins médicaux relatifs au lymphome et à d'autres problèmes de santé, car les nouvelles décisions en matière de soins pourraient dépendre des traitements que vous avez reçus dans le passé.

Maintenant que le diagnostic et les traitements potentiels font partie de votre existence, vous vous rendez compte que la vie ne sera peut-être plus jamais la même. Vous êtes maintenant confronté à la nécessité de trouver et d'adopter une « nouvelle normalité ».

Une partie de ce processus consiste à réévaluer vos relations personnelles et vos aspirations professionnelles et financières. Pour obtenir de l'aide durant ce processus, visitez le site <http://vivreapreslelymphome.ca>.

Les cancers secondaires

Un cancer secondaire est un nouveau cancer. Il diffère du lymphome traité initialement et il se développe après les traitements du lymphome. L'apparition de la maladie peut être un effet tardif de votre traitement initial, dont la chimiothérapie et la radiothérapie.

Tous les patients ayant été traités pour un lymphome courent plus de risques de développer un cancer secondaire que la population générale, et ce, probablement à cause des traitements qu'ils ont déjà reçus. Ce risque accru persiste durant près de 20 ans après le traitement.

Voici une liste des cancers secondaires les plus courants:

- cancer du poumon;
- cancer du cerveau;
- cancer du rein;
- cancer de la vessie;
- cancer du sein (surtout chez les femmes ayant reçu une radiothérapie thoracique avant l'âge de 35 ans);
- cancer des organes digestifs;
- mélanome (cancer de la peau);
- myélodysplasie;
- leucémie;
- autres lymphomes.

Il est donc très important de demeurer vigilant et de vous présenter à tous vos rendez-vous de suivi pour recevoir les meilleurs soins et la meilleure surveillance, durant et après un traitement du lymphome.

Demandez à votre équipe médicale quel plan de soins est le plus approprié dans votre cas pour dépister ces cancers secondaires; quels sont les moyens de réduire les risques de ce type de cancer; et quels sont les signes et les symptômes à surveiller. On vous recommande également d'utiliser un écran solaire pour réduire l'exposition aux rayons ultraviolets, d'éviter les lits de bronzage, de cesser de fumer (si tel est le cas) et de subir régulièrement des examens de dépistage du cancer du sein, de la prostate et du cancer colorectal.

« Je trouve réconfortant de savoir qu'il y a quelqu'un pour moi à tout moment si j'ai besoin d'aide ou d'informations. »

Père d'un patient



LES TERMES MÉDICAUX

ADN (acide désoxyribonucléique) : Élément constitutif de tout le matériel génétique. Cette molécule logée à l'intérieur des cellules contient toute l'information génétique.

Aigu : Apparition soudaine de la maladie ou de ses symptômes.

Aisselle : Région sous le bras (région axillaire).

Allogreffe de cellules souches : Procédure par laquelle un patient reçoit des cellules souches provenant de la moelle osseuse ou du sang périphérique d'un donneur compatible. Voir page 109 pour de plus amples renseignements.

Alopécie : Perte des cheveux ou des poils sur le corps. Durant le traitement d'un cancer, l'alopécie est le plus souvent un effet secondaire de la chimiothérapie. Ce phénomène est presque toujours temporaire. Les cheveux ou les poils repoussent une fois le traitement terminé.

Analyse FISH : FISH (*fluorescent in situ hybridization*), sigle signifiant l'hybridation in situ en fluorescence. Ce test sert à trouver les anomalies des gènes dans les cellules cancéreuses en rendant lumineuses certaines de ces anomalies (fluorescence) pour qu'elles soient plus faciles à détecter.

Anémie : Affection où le nombre de globules rouges est inférieur à la normale. Parmi les symptômes les plus courants associés à l'anémie figurent la fatigue, la faiblesse et l'essoufflement.

Anticorps : Protéines qui se fixent à la surface des bactéries, des toxines ou des virus pour permettre au système immunitaire de les identifier et de les détruire. Voir page 96 pour de plus amples renseignements.

Antiémétique : Médicament qui réduit ou prévient les nausées et les vomissements.

Antigène : Molécule à l'origine d'un dysfonctionnement du système immunitaire se traduisant par la production d'anticorps dirigés contre lui. Voir *anticorps*.

Antigène CD5 : Protéine à la surface de certaines cellules B. Cette protéine peut être détectée au cours d'une biopsie et, lorsque présente, elle sert à confirmer le diagnostic de certains types de LNH indolents.

Antigène CD20 : Protéine à la surface des cellules B. L'antigène CD20 sert de cible pour le traitement par anticorps monoclonaux contre certains types de LNH.

Antigène CD30 : Protéine à la surface de certaines cellules T. Cette protéine peut être détectée au cours d'une biopsie et, lorsque présente, elle sert à confirmer le diagnostic d'un certain type de LNH à cellules T : le lymphome anaplasique à grandes cellules de type cutané primitif.

Antinauséux : Médicament qui prévient les nausées.

Antipyrétique : Médicament qui réduit la fièvre.

Aphérèse : Procédé visant à faire passer le sang dans un appareil qui sépare une certaine partie d'une cellule ou un type de cellule et renvoie le reste dans la circulation sanguine.

Attente sous surveillance (ou observer et attendre) : Approche en oncologie qui consiste à ne pas traiter le patient immédiatement après le diagnostic, si la personne ne présente aucun symptôme grave. Les patients sont suivis de près par le biais de visites régulières chez leur médecin pour s'assurer que le cancer ne progresse pas. Cette stratégie est souvent appropriée dans le cas de patients atteints de LNH.

Biomarqueur : Toute substance, que l'on trouve en quantité accrue dans le sang, dans d'autres liquides corporels ou dans les tissus, qui peut servir à indiquer la présence de certaines maladies ou à prédire l'issue d'une maladie.

Biopsie : Prélèvement d'un petit échantillon de tissu pour en faire l'examen au microscope. Une biopsie est souvent réalisée pour déterminer si une tumeur est maligne (cancéreuse) ou bénigne.

Biopsie des ganglions lymphatiques : Extraction d'une partie ou de la totalité d'un ganglion lymphatique (par un chirurgien) pour examen au microscope.

Cancer : Croissance incontrôlée de cellules anormales.

Cancer secondaire : Nouveau cancer qui diffère du lymphome traité à l'origine et qui se développe après le traitement de la maladie. L'apparition du nouveau cancer peut être un effet tardif des premiers traitements anticancéreux, comme la chimiothérapie et la radiothérapie.

Carcinogène : Substance dont on sait qu'elle est cancérigène.

Cathéter : Dispositif, généralement sous forme de tube flexible, utilisé pour donner des médicaments par voie intraveineuse ou prélever du corps des liquides organiques (ex. : l'urine).

Cathéter central : Cathéter intraveineux que l'on insère dans une grosse veine, habituellement dans le cou ou près du cœur. Ce dispositif permet d'administrer des médicaments ou de prélever du sang.

Cathéter veineux : Dispositif, généralement un tube flexible, utilisé pour administrer des médicaments dans le corps (par une veine) ou pour extraire des fluides, comme l'urine, de l'organisme.

CCIP : Sigle pour « cathéter central inséré par voie périphérique », un dispositif que l'on introduit dans une veine du bras.

Cellule : Élément constitutif de base de tout tissu vivant. La cellule est l'unité fonctionnelle fondamentale de l'organisme.

Cellule B (lymphocyte B) : Type de globules blancs qui aide l'organisme à combattre la maladie et les infections.

Cellule plasmatique : Cellule dont la principale fonction est la production d'anticorps. Ces cellules jouent un rôle de défense important dans la lutte contre les infections et les maladies.

Cellule Reed-Sternberg : Type de cellule présente dans le lymphome de Hodgkin, mais pas dans le lymphome non hodgkinien (LNH).

Cellule sanguine : Terme générique pour désigner les trois grands types de cellules qui circulent dans le sang : globules rouges, globules blancs et plaquettes.

Cellule souche : Cellule précurseure, produite dans la moelle osseuse, qui génère différents types de cellules sanguines (globules rouges, globules blancs et plaquettes).

Cellule T (lymphocyte T) : Type de globules blancs qui reconnaît et détruit les cellules anormales (ex. : cellules infectées par des virus et cellules cancéreuses). Les cellules T jouent un rôle important dans la lutte contre les infections. On les appelle cellules « T », car elles effectuent leur maturation dans le thymus.

Champs de rayonnement : Partie du corps traitée par radiothérapie.

Charge tumorale ou masse tumorale : Se réfère à la quantité de cellules cancéreuses, à la taille de la tumeur et à l'étendue du cancer dans l'organisme.

Chimiorésistant : Terme utilisé pour décrire un cancer qui ne réagit pas à la chimiothérapie.

Chimiosensible : Terme utilisé pour décrire un cancer qui réagit à la chimiothérapie.

Chimiothérapie : Traitement médicamenteux servant à cibler et détruire les cellules qui se développent et se divisent rapidement, notamment les cellules cancéreuses. Voir page 88 pour de plus amples renseignements.

Chimiothérapie d'association : Usage combiné de plusieurs traitements pour lutter contre le cancer. Chaque médicament détruit le cancer de manière différente. Ainsi, une association d'agents chimiothérapeutiques peut être plus efficace qu'un seul médicament pour éliminer le cancer.

Chimiothérapie myéloablatrice : Chimiothérapie à fortes doses qui détruit la moelle osseuse. On l'effectue avant de réaliser une greffe de moelle osseuse ou une greffe de cellules souches.

Chimiothérapie à agent unique : Traitement de chimiothérapie qui n'utilise qu'un seul médicament chimiothérapeutique.

Chronique : Maladie de longue durée ou maladie récurrente.

Classification (du LNH) : Identification exacte du type de LNH dont un patient est atteint. Comme il existe plusieurs types différents de LNH, il est important de connaître celui dont un patient est atteint pour s'assurer qu'il reçoit le traitement le plus approprié.

Cycle de chimiothérapie : Cycle qui comprend chaque période de traitements et de non-traitement, incluant le repos et le rétablissement. La chimiothérapie pour les patients atteints de lymphome exige parfois plusieurs cycles.

Cytométrie en flux : Procédure qui permet d'examiner les caractéristiques moléculaires des cellules.

Délétion : Anomalie chromosomique due à la perte d'une partie du chromosome.

Diaphragme : Muscle mince en forme de dôme, situé sous le cœur et les poumons, qui sépare le thorax de l'abdomen.

Dysgueusie : Altération du goût.

Dysphagie : Difficulté à avaler.

Échec thérapeutique : Aggravation du cancer malgré le traitement. Cette expression est souvent utilisée de manière interchangeable avec « progression de la maladie ».

Échocardiogramme : Technique d'imagerie faisant appel à un appareil à ultrasons pour visualiser le cœur. Certains médicaments de chimiothérapie peuvent affecter le cœur. Les patients atteints de cancer ont donc parfois besoin d'un échocardiogramme.

Échographie : Imagerie par ultrasons faisant appel à des ondes sonores pour produire des images des organes internes du corps.

Effet secondaire : Effet indésirable causé par le traitement anticancéreux. Les effets peuvent être à court terme (disparition rapide), à long terme (d'une plus longue durée) ou tardifs (manifestation durant des mois ou des années après la fin du traitement). Il existe de nombreux traitements efficaces susceptibles de réduire les effets secondaires ou d'en prévenir l'apparition.

Épanchement pleural : Accumulation de liquide à l'intérieur de la cavité thoracique autour des poumons.

Érythrocyte : Globule rouge.

Essai clinique : Étude de recherche réalisée auprès de patients volontaires pour évaluer un nouveau traitement dans des conditions rigoureusement contrôlées. L'objectif ultime consiste à trouver le traitement le plus efficace et le moins toxique pour lutter contre une maladie bien précise.

Essai contrôlé randomisé : Essai clinique impliquant l'étude d'un traitement médicamenteux expérimental comparativement à un traitement témoin.

Étiologie : Cause unique ou causes multiples d'une maladie.

Facteurs de pronostic : Tout comme la stadification, d'autres facteurs peuvent aider à prédire ce qu'il adviendra de l'état de santé d'une personne. Ces facteurs sont parfois pris en considération en examinant les options thérapeutiques disponibles. On appelle facteurs pronostics défavorables ceux qui tendent à être associés à un temps de survie plus court, et facteurs pronostics favorables, ceux qui prédisent une survie à plus long terme.

Fatigue : Lassitude excessive et manque d'énergie, accompagnés d'une capacité réduite d'accomplir les activités quotidiennes.

Formule sanguine complète (FSC) ou hémogramme complet : Test sanguin de routine utilisé pour déterminer le nombre de cellules sanguines (globules rouges, globules blancs et plaquettes) dans le sang. Chose courante lors d'un examen physique complet chez le médecin, la FSC sert souvent à surveiller la concentration sanguine durant un traitement contre le cancer.

Fraction : Dose unique de rayonnement.

Ganglions lymphatiques : Petits organes en forme de haricot contenant des lymphocytes. Les ganglions lymphatiques filtrent le liquide lymphatique et éliminent tout envahisseur étranger. Il existe des centaines de ganglions lymphatiques dans tout l'organisme. Les principaux amas de ganglions lymphatiques se trouvent dans le cou, sous les bras, ainsi que dans la poitrine, l'abdomen et l'aîne.

Gènes : Constitués d'ADN et présents dans toutes les cellules, les gènes contiennent de l'information qui aide à déterminer les caractéristiques propres à un individu.

Grade (grade clinique) : Classification du LNH qui peut être de bas grade, de grade intermédiaire ou de haut grade selon la rapidité avec laquelle le cancer évolue. Le terme indolent est souvent utilisé pour décrire un LNH de bas grade, tandis que le terme agressif désigne un LNH de haut grade.

Greffe de cellules souches : Procédure qui remplace les cellules souches (détruites par de fortes doses de chimiothérapie ou de radiothérapie) par des cellules souches saines. Voir page 109 pour de plus amples renseignements.

Greffe de cellules souches autologues : Type de greffe de moelle osseuse ou de cellules souches qui permet au patient de recevoir ses propres cellules plutôt que celles d'un donneur.

Greffe de cellules souches du sang périphérique (GCSSP) : Voir Greffe de cellules souches.

Greffe de moelle osseuse : Voir Greffe de cellules souches.

Guérison : Terme utilisé lorsqu'il n'y a plus de signes ni de symptômes de la maladie depuis un certain temps.

Hématologue : Médecin spécialisé dans les maladies du sang.

Hémoglobine : Protéine à l'intérieur des globules rouges du sang qui transporte l'oxygène des poumons vers les tissus du corps et renvoie le gaz carbonique des tissus aux poumons.

Hépatosplénomégalie : Agrandissement anormal du foie et de la rate.

Hyperkaliémie : Concentration élevée de potassium dans le sang.

Hyperphosphatémie : Concentration élevée de phosphore dans le sang.

Hyperuricémie : Forte concentration d'acide urique dans le sang.

Hyperviscosité : Épaississement anormal du sang.

Hypocalcémie : Faible taux de calcium.

Hypogueusie : Diminution du sens du goût.

Immunoglobuline : Également appelée « anticorps ». Toute protéine utilisée par le système immunitaire pour reconnaître et neutraliser les agents nuisibles, comme les bactéries et les virus.

Immunosuppression : Détérioration du système immunitaire due aux effets secondaires des médicaments.

Immunothérapie : Traitement stimulant le système immunitaire du patient pour combattre une infection ou une maladie. Également appelée thérapie par anticorps ou thérapie biologique. Voir page 96 pour de plus amples renseignements.

Indice fonctionnel : Terme décrivant la capacité du patient à accomplir ses tâches et ses activités quotidiennes.

Infection à HTLV-1 : Le HTLV, de l'anglais human T-lymphotropic virus, désigne le virus T-lymphotrope humain. Cette famille de virus infecte les cellules T et peut rendre les personnes plus susceptibles de développer un certain type de LNH : le lymphome T adulte. Rare en Amérique du Nord, ce virus est plus répandu dans des pays comme le Japon et la Chine.

Intensité de la dose : Quantité totale d'un médicament chimiothérapeutique administré à un patient sur une période de temps donnée. L'objectif ultime consiste à atteindre la dose la plus élevée possible tout en maintenant les effets secondaires de la chimio à un niveau acceptable.

Intraveineuse : Administrée dans une veine.

IRM (imagerie par résonance magnétique) : Technique utilisée pour obtenir des images en trois dimensions du corps. Bien que semblable à la tomodensitométrie, l'IRM utilise des aimants plutôt que des rayons X.

IVIG : Immunoglobuline intraveineuse (IVIG), terme désignant un produit sanguin utilisé pour traiter les patients qui présentent un risque accru d'infections dû au manque d'anticorps.

Lactate-déshydrogénase (LDH) : Enzyme trouvée dans le sang qui indique l'importance des dommages causés aux cellules. Son taux élevé peut révéler la présence d'une forme plus agressive de LNH.

Leucémie : Cancer des globules blancs. Dans une leucémie, les cellules cancéreuses sont dans le sang. Mais dans le cas d'un lymphome, les cellules cancéreuses (lymphocytes) se trouvent principalement dans le système lymphatique.

Leucopénie : Faible taux de globules blancs. Les globules étant les principales cellules du système immunitaire, une personne présentant un faible taux de globules blancs est plus vulnérable aux infections.

Leukaphérèse : Technique utilisée en laboratoire pour isoler les globules blancs à partir d'un échantillon de sang.

Liquide céphalorachidien : Liquide aqueux entourant le cerveau et la moelle épinière. Il peut être examiné pour vérifier si le cancer s'est propagé dans ces régions.

LNH : Lymphome non hodgkinien.

LNH de grade intermédiaire : Forme de LNH qui évolue à un rythme modéré. On le considère souvent comme une forme agressive de LNH, qui requiert habituellement un traitement rapide.

LNH transformé : LNH indolent qui a changé ou qui s'est transformé en une forme de lymphome plus agressive.

Lymphadénopathie : Gonflement ou hypertrophie des ganglions lymphatiques due à une infection ou à un cancer.

Lymphatique : Qualifie les vaisseaux et les conduits lymphatiques transportant le liquide lymphatique et les lymphocytes dans tout le corps.

Lymphhe (liquide lymphatique) : Liquide aqueux contenu dans les vaisseaux lymphatiques. La lymphhe fait circuler les lymphocytes dans le système lymphatique.

Lymphoblaste : Lymphocyte immature (cellule B ou cellule T).

Lymphocytes : Type de globules blancs que l'on trouve dans le système lymphatique et la circulation sanguine. Combattant les infections et les maladies, les lymphocytes sont une composante importante du système immunitaire.

Lymphocytose : Augmentation du nombre de lymphocytes dans le sang.

Lymphoïde : Relatif aux lymphocytes ou au système lymphatique.

Lymphome : Cancer des lymphocytes.

Lymphome à cellules B : Type de LNH, ce cancer affectant les cellules B.

Lymphome agressif : Lymphome qui évolue rapidement. On l'appelle également lymphome de grade intermédiaire ou de haut grade.

Lymphome de bas grade : Également appelé lymphome indolent, le lymphome de bas grade désigne un lymphome à évolution lente.

Lymphome de Hodgkin : L'un des deux principaux types de lymphome. Le lymphome de Hodgkin se distingue du LNH par la présence des cellules de Reed-Sternberg.

Lymphome de MALT : Tissus lymphoïdes associés aux muqueuses. Le lymphome extraganglionnaire à cellules B de zone marginale de type MALT est un type de LNH qui peut affecter les tissus lymphatiques du système gastro-intestinal, des yeux, de la thyroïde, des glandes salivaires, de la vessie, des reins, des poumons, du système neurologique ou de la peau. L'expression tissus associés aux muqueuses désigne des tissus tapissés d'une couche de cellules productrices de mucus humide.

Lymphome indolent : Forme de lymphome à croissance lente. Le lymphome indolent et le lymphome de bas grade sont des expressions souvent utilisées comme synonymes.

Lymphome non hodgkinien (LNH) : Groupe de cancers apparentés, qui affecte le système lymphatique. Il existe plusieurs différents types de LNH et, malgré leurs similitudes, ils diffèrent de bien des façons, notamment quant à leur développement et à leur traitement.

Maladie de stade avancé : Maladie qui s'est propagée depuis le site d'origine. Elle affecte souvent différents endroits du corps.

Maladie du greffon contre l'hôte (GVHD) : Complication pouvant survenir après qu'un patient a reçu une greffe de moelle osseuse ou de cellules souches en provenance d'un donneur (greffe allogénique). Les cellules immunitaires provenant d'un donneur (greffon) attaquent les organes et les tissus du patient, les privant de la capacité de fonctionner et augmentant les risques d'infection du patient.

Maladie extraganglionnaire : Terme décrivant un lymphome qui s'est propagé à l'extérieur du système lymphatique.

Maladie localisée : Cancer contenu dans une petite région du corps.

Maladie réfractaire : Cancer qui ne répond pas au traitement ou qui réapparaît peu après la fin du traitement (ex. : 6 à 12 mois après la fin de la thérapie).

Maladie résiduelle minime (MRM) : Terme employé quand un très petit nombre de cellules cancéreuses subsistent durant ou après le traitement.

Maladie stable : Terme utilisé lorsqu'il n'y a pas d'amélioration ni d'aggravation du cancer après le traitement.

Maladie volumineuse : Infiltration du lymphome dans les ganglions lymphatiques et d'autres organes, notamment la rate. Les patients atteints d'une maladie volumineuse ont habituellement besoin de traitements plus intensifs que ceux qui ne sont pas lourdement atteints.

Malin, maligne : Tumeurs malignes ou tumeurs cancéreuses. Elles peuvent envahir les tissus locaux et se propager vers d'autres régions du corps. Les tumeurs bénignes n'étant pas envahissantes, elles ne se propagent pas.

Médiastin : Zone centrale du thorax supérieur, située derrière le sternum.

Métastases : Propagation du cancer dans le corps depuis le site tumoral d'origine vers d'autres sites ou organes.

Moelle osseuse : Matière à l'intérieur des gros os du corps qui produit les globules rouges, plusieurs globules blancs et des plaquettes. La moelle osseuse comprend des formes immatures de ces cellules, appelées cellules souches, qui peuvent être prélevées pour réaliser des greffes.

Monoclonal : Dérivé d'une seule cellule. Pour diagnostiquer la LLC, les médecins doivent avant tout déceler une lymphocytose monoclonale, terme signifiant que toutes les cellules cancéreuses sont dérivées d'une seule cellule originale.

Mucosite : Inflammation de la paroi du tube digestif, le plus souvent de la bouche, qui peut causer des lésions douloureuses.

Mutation génétique : Modification permanente de la séquence génétique normale d'un gène. Les mutations génétiques peuvent causer certains cancers.

Myélosuppression : Réduction de l'activité de la moelle osseuse qui entraîne une baisse des globules rouges, des globules blancs et des plaquettes.

Nausée : Sensation caractérisée par une envie ou le besoin de vomir.

Neuropathie périphérique : Altération des sensations nerveuses dans les mains et les pieds, incluant des engourdissements, des picotements et une faiblesse résultant d'une lésion nerveuse.

Neutropénie : Réduction du nombre de neutrophiles, les globules blancs qui combattent les infections bactériennes. Elle peut exposer le patient à un plus grand risque d'infection.

Neutropénie fébrile : Neutropénie (baisse du nombre de globules blancs) qui s'accompagne de fièvre et d'autres signes d'infection, connue sous le nom de neutropénie fébrile. Non traitée, cette complication peut occasionner de graves infections, qui peuvent être mortelles et entraîner l'hospitalisation du patient.

Neutrophiles : Type de globules blancs le plus courant dans le corps.

Nulle : Dans un certain type de LNH, appelé lymphome anaplasique à grandes cellules, la cellule cancéreuse peut être soit une cellule T, soit une cellule nulle. La cellule nulle est une cellule de type inconnu.

Numération absolue des neutrophiles (NAN) : Nombre de neutrophiles matures qui circulent dans le sang.

Observation vigilante : Voir Attente sous surveillance.

Oedème : Enflure causée par une accumulation excessive de liquide corporel.

Oncologie : Branche de la médecine axée sur le diagnostic et le traitement du cancer.

Oncologue : Médecin spécialisé dans le traitement du cancer. Il existe différents types d'oncologues qui se spécialisent dans certains traitements, dont les oncologues médicaux (spécialisés en chimiothérapie), les radio-oncologues (spécialisés en radiothérapie) et les chirurgiens-oncologues (spécialisés en chirurgie du cancer).

Palliatif : Traitement conçu pour soulager les symptômes plutôt que pour guérir la maladie.

Pancytopénie : Carence en cellules sanguines, dont les trois types suivants : globules rouges, globules blancs et plaquettes.

Papulose lymphomatoïde : Trouble cutané non cancéreux qui peut dégénérer en certaines formes de LNH, dont le lymphome anaplasique à grandes cellules de type cutané primitif.

Pathologiste : Médecin spécialisé dans l'identification des maladies par l'examen et l'étude des cellules au microscope.

Ponction et biopsie de moelle osseuse : Tests régulièrement effectués pour déterminer si le cancer s'est propagé dans la moelle osseuse. La procédure pour ces deux tests consiste à insérer une aiguille dans l'os afin de prélever un échantillon de moelle. Voir page 40 pour de plus amples renseignements.

Progression de la maladie : Terme utilisé pour décrire l'aggravation de la maladie, malgré le traitement. On utilise souvent ce terme de manière interchangeable avec « échec thérapeutique ».

Pronostic : Prédiction du médecin sur l'issue du cancer et sur les probabilités de rétablissement du patient.

Psoralène : Médicament faisant partie d'un traitement appelé PUVA, qui est utilisé pour traiter un type de LNH du nom de lymphome T cutané. Également désigné sous le terme photochimiothérapie, le PUVA comprend du psoralène et de la lumière ultraviolette A (UVA). Le psoralène rend la peau plus sensible aux effets thérapeutiques des rayons UVA.

Radio-immunothérapie : Traitement hautement spécifique par lequel un isotope radioactif (une molécule émettant des rayonnements) est fixé à un anticorps monoclonal. Une fois injecté dans l'organisme, l'anticorps monoclonal radioactif se fixe aux cellules tumorales et les détruit.

Radio-oncologue : Type d'oncologue (spécialiste du cancer) dont la spécialité consiste à traiter le cancer au moyen de la radiothérapie.

Radiothérapie : Type de thérapie faisant appel à des faisceaux de rayonnement à fortes doses (rayons X) qui ciblent avec précision un site tumoral. L'exposition aux rayons X tue les cellules cancéreuses. Voir page 102 pour de plus amples renseignements.

Rate : Organe qui joue un rôle important dans le système lymphatique. Située en haut à gauche de l'abdomen, sous la cage thoracique, la rate sert à produire et à entreposer les lymphocytes ainsi qu'à stocker et à filtrer le sang. En outre, elle élimine les cellules sanguines vieillissantes de la circulation sanguine.

Rayons X : Faisceaux de rayons utilisés de deux façons : à faibles doses pour fournir des images de l'intérieur du corps à des fins diagnostiques et à fortes doses pour traiter le cancer (radiothérapie).

Récidive : Réapparition d'un cancer après une période d'amélioration.

Réduction tumorale : Traitement du cancer visant à réduire la taille d'une tumeur normalement au moyen d'une chirurgie ou parfois de la radiothérapie.

Rémission : Terme utilisé dans le cas d'un patient dont le cancer a diminué au moins de moitié (rémission partielle) ou est indétectable (rémission complète). Le terme rémission ne signifie pas nécessairement que le cancer est guéri.

Rémission durable : Terme utilisé pour décrire un cancer en rémission depuis de nombreuses années.

Réponse complète : Également dite « rémission complète », c'est-à-dire la disparition de tous les signes de cancer après le traitement.

Réponse partielle : Également appelée rémission partielle. Expression utilisée lorsque le cancer a diminué de moitié ou plus, mais qu'il n'a pas été complètement éliminé. Il demeure toujours détectable, et des traitements supplémentaires peuvent s'avérer nécessaires.

Résistance aux médicaments : Se produit lorsque les cellules cancéreuses ne réagissent pas à la pharmacothérapie.

Sang périphérique : Sang circulant dans les vaisseaux sanguins et le cœur, par opposition à la moelle osseuse.

Schéma thérapeutique : Administration d'une combinaison spécifique et d'une dose de médicaments anticancéreux en fonction d'un calendrier établi.

Scintigraphie au gallium (radio-isotope) : Technique d'imagerie permettant de détecter un cancer. Le gallium est un produit chimique absorbé par certaines cellules cancéreuses. Au cours de cette procédure, une quantité sécuritaire de gallium radioactif est injectée dans le corps du patient qui, ensuite, subit une radiographie où le gallium radioactif rend visible(s) la ou les tumeur(s). Les scintigraphies au gallium sont réalisées en clinique de médecine nucléaire, dans un l'hôpital.

Sous-cutané (SC) : Sous la peau.

Splénectomie : Retrait chirurgical de la rate.

Splénomégalie : Élargissement anormal de la rate.

Stade : Terme décrivant le degré de propagation d'un cancer vers d'autres parties du corps. Voir page 46 pour de plus amples renseignements.

Sueurs nocturnes : Transpiration excessive, la nuit, durant le sommeil.

Symptômes B : Symptômes que certaines personnes atteintes de lymphome peuvent éprouver, incluant la fièvre, les sueurs nocturnes et la perte de poids. Ils sont souvent associés à une maladie dont le stade est plus avancé.

Syndrome de lyse tumorale (SLT) : Complication potentielle durant un traitement contre le cancer, causée par un médicament anticancéreux qui déclenche la mort rapide d'un grand nombre de cellules cancéreuses. Ces dernières se rompent et pénètrent dans la circulation sanguine. Les reins sont incapables de filtrer adéquatement le contenu cellulaire des cellules mourantes dans le sang. Le SLT est une combinaison de problèmes concernant le sang – niveau élevé de potassium, forte concentration de phosphore, faible taux de calcium et concentration élevée d'acide urique. Cette complication est potentiellement mortelle, et les patients présentant un risque élevé de SLT devraient être suivis de près, durant et après leurs traitements.

Syndrome de Richter (SR) ou transformation de Richter : Une complication rare du lymphome caractérisée par une transformation soudaine du lymphome en une forme nettement plus agressive de lymphome à grandes cellules.

Syndrome hémaphagocytaire : État grave au cours duquel certaines parties du système immunitaire s'activent de manière incontrôlée. Cela peut survenir dans certains types de LNH, dont le lymphome T sous-cutané à type de panniculite et le lymphome extra-ganglionnaire de type nasal.

Système de classification d'Ann Arbor : Décrit l'étendue de la propagation du lymphome dans l'organisme. Il existe quatre principaux stades : I, II, III et IV. Voir page 47 pour de plus amples renseignements.

Système immunitaire : Mécanisme de défense de l'organisme contre les infections et les maladies.

Systémique : Affecte tout le corps.

Système lymphatique : Réseau de vaisseaux lymphatiques, ganglions lymphatiques et autres organes qui transportent les lymphocytes dans tout le corps pour lutter contre les infections et les maladies. Le système lymphatique régule également le liquide dans l'organisme. Voir page 12 pour de plus amples renseignements.

TDM ou TACO : TDM signifie « tomodensitométrie », et TACO, « tomographie axiale commandée par ordinateur ». Ces examens rassemblent une série de clichés radiographiques qui permettent de visualiser les structures du corps humain de manière détaillée et en trois dimensions.

TEP (tomographie par émission de positrons) : Technique permettant de visualiser le cancer dans le corps. Le glucose radioactif (molécule de sucre utilisée comme source d'énergie par les cellules) est injecté dans le corps du patient et utilisé de préférence par les cellules ayant une activité métabolique élevée, notamment par les cellules cancéreuses. Un scanner permet alors de visualiser les régions du corps où il y a une concentration de glucose radioactif.

Tests de génétique moléculaire : Examens effectués pour découvrir quelles sont les anomalies chromosomiques et les modifications génétiques présentes dans les cellules du lymphome. Voir *Mutation génétique*.

Test de mutation IgVH : Test effectué pour vérifier si le gène des régions variables des chaînes lourdes de l'immunoglobuline (IgVH) est muté ou non muté dans les cellules cancéreuses.

Thérapie de rattrapage : Traitement utilisé lorsque le cancer n'a pas réagi aux traitements initial ou qu'il a récidivé.

Thérapie de soutien ou soins de soutien : Thérapie administrée pour prévenir ou traiter les symptômes du lymphome ou les effets secondaires des traitements.

Thérapie génique : Insertion d'ADN dans l'organisme d'un patient pour traiter sa maladie. Le nouvel ADN contient généralement un gène fonctionnel apte à corriger les effets d'une mutation responsable de la maladie.

Thrombocytes : Également appelés « plaquettes », ces petits morceaux de cellules aident le sang à coaguler et arrêtent le saignement.

Thrombocytopenie : Taux de plaquettes inférieur à la normale dans le sang. Les plaquettes jouent un rôle important dans la coagulation du sang, et leur réduction peut entraîner une augmentation des saignements ou des ecchymoses.

Thymus : Glande qui fait partie du système lymphatique, où les cellules T achèvent de se développer. Le thymus se situe dans la cage thoracique, derrière le sternum.

Tissu : Groupe de cellules qui fonctionnent ensemble pour exercer une fonction bien précise dans l'organisme.

Toxicités : Effets secondaires indésirables des médicaments. Les toxicités courantes dues aux traitements du cancer comprennent la perte de cheveux, les nausées et les vomissements.

Traitements biologiques : Aussi appelés immunothérapie, ces traitements stimulent le système immunitaire du patient pour combattre une infection ou une maladie. Voir page 96 pour de plus amples renseignements.

Traitement d'entretien : Traitement prolongé, généralement administré après que le traitement d'origine a maîtrisé le cancer. On y a recours pour prévenir une rechute ou pour maintenir le cancer en rémission.

Traitement d'induction : Traitement anticancéreux utilisé comme première étape pour réduire la taille de la tumeur cancéreuse. Si nécessaire, le traitement d'induction est suivi d'un traitement additionnel pour traiter les cellules cancéreuses ayant résisté aux traitements.

Traitement de chimiothérapie : Nombre total de cycles de chimiothérapie requis.

Traitement de premier recours ou de première ligne : Voir Traitement primaire.

Traitement par anticorps : Anticorps fabriqués en laboratoire qui se fixent à la protéine cible sur la cellule cancéreuse et identifient la cellule pour que le système immunitaire la détruise. Le traitement par anticorps est parfois appelé « immunothérapie » ou « thérapie biologique ».

Traitement primaire : Premier traitement donné au patient après l'établissement d'un diagnostic de cancer.

Traitement standard : Traitement qui a fait ses preuves, couramment utilisé comme traitement primaire contre le cancer.

Trisomie : Anomalie du chromosome qui indique la présence d'un chromosome additionnel.

Tumeur : Masse anormale de cellules en train de se diviser, qui n'accomplit aucune fonction corporelle utile. Les tumeurs peuvent être soit bénignes (non cancéreuses) soit malignes (cancéreuses).

Tumeur bénigne : Tumeur qui n'est pas cancéreuse. Les tumeurs bénignes peuvent grossir suffisamment pour avoir un impact sur les tissus environnants.

Tumeur non volumineuse : Tumeur de petite taille.

Virus d'Epstein-Barr (EBV) : Virus répandu qui demeure inactif chez la plupart des gens. À l'origine de la mononucléose infectieuse, il est associé à certains cancers, dont le lymphome de Hodgkin, le lymphome de Burkitt et le lymphome immunoblastique.

Xérostomie : Réduction de la production de salive, entraînant une sécheresse de la bouche. Il peut s'agir d'un effet secondaire du traitement contre le cancer.

Malgré tous les efforts de Lymphome Canada (LC) pour garantir l'exactitude de l'information fournie, ce guide n'offre aucune garantie ni ne fait aucune déclaration relative à l'exactitude, l'intégralité, l'utilité ou la pertinence des données présentées. L'information contenue dans ce document a été compilée à partir de l'état des connaissances médicales les plus récentes au moment de la production. Les informations statistiques sont extraites des données du Comité consultatif de la Société canadienne du cancer : Statistiques canadiennes sur le cancer 2015. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer, 2015, et de celles du « Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program » du National Cancer Institute (États-Unis). Toutefois, la gestion des lymphomes est un domaine en pleine évolution de sorte que l'exactitude de l'information pourrait s'avérer désuète au fil du temps. LC n'assume aucune responsabilité quant à une quelconque lacune, à un préjudice ou à un dommage résultant directement ou indirectement de la diffusion d'informations sur le lymphome. Les renseignements figurant dans la présente ne sauraient se substituer d'aucune manière à une consultation médicale. Lymphome Canada recommande donc aux patients de communiquer avec leur médecin concernant les informations présentées sur son site et leur pertinence pour ce qui est de la situation propre à chacun d'eux. Toute référence à un produit particulier ne constitue nullement un endossement, une recommandation ou une préférence de la part de LC.

6860, avenue Century, bureau 202
Mississauga, Ontario L5N 2W5

Téléphone : 905.858.5967

Numéro sans frais : 1.866.659.5556

Renseignements généraux : renseignement@lymphoma.ca
www.lymphome.ca

Tous droits réservés © 2017 Lymphome Canada



LYMPHOME
CANADA

INFORMATION. AIDE. ESPOIR.

