

A young man and woman are shown from the chest up. The man, on the left, has a serious expression and is wearing a green and blue plaid shirt over a green t-shirt. The woman, on the right, has a thoughtful or concerned expression, resting her chin on her hand, and is wearing a red top. The background is softly blurred, suggesting an indoor setting.

COMPRENDRE LE

LYMPHOME DE HODGKIN

Guide du patient sur le
LYMPHOME DE HODGKIN



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 LH 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.

INTRODUCTION

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 de Hodgkin (LH) 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 LH, 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**.

SOMMAIRE

1 À propos du lymphome de hodgkin **5**

Le cancer	6
Le système lymphatique	7
Le lymphome	10
Le lymphome de Hodgkin (LH)	10
Les facteurs de risque	11
Le développement du lymphome de Hodgkin	12
Les types de lymphomes de Hodgkin	13
<i>Le lymphome de Hodgkin classique</i>	14
<i>Le lymphome de Hodgkin nodulaire à prédominance lymphocytaire</i>	15
Les signes et les symptômes	16

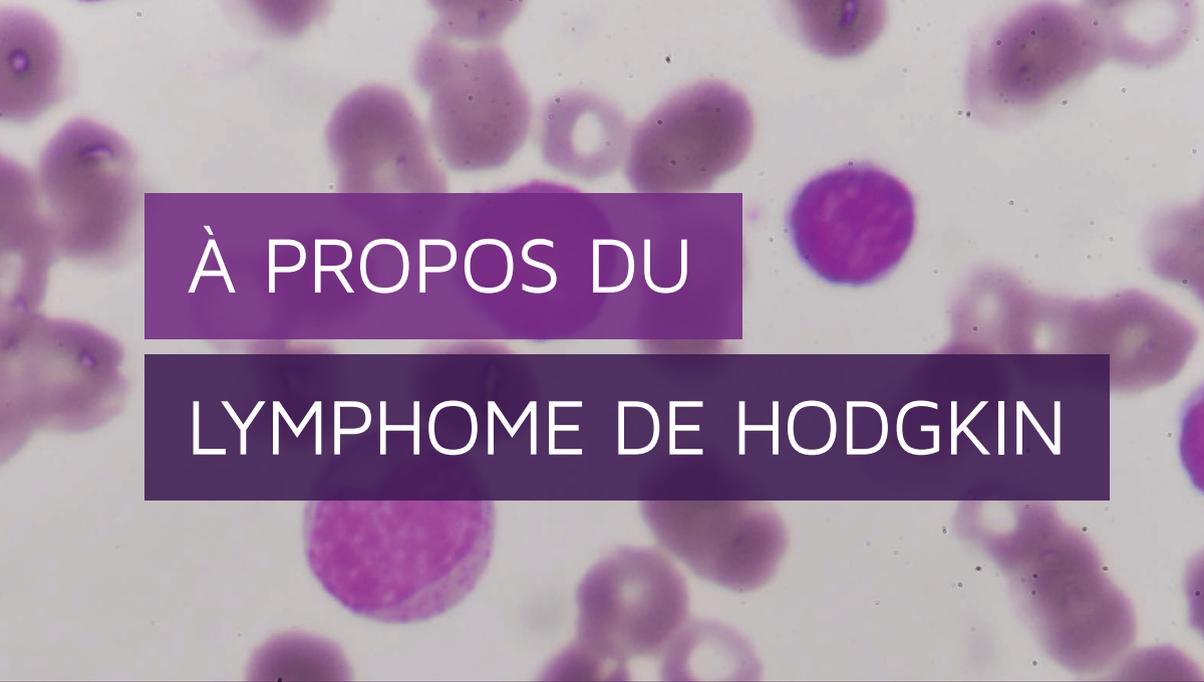
2 Votre équipe de soins de santé **19**

Jouer un rôle actif	20
La communication avec votre équipe de soins de santé	21
L'orientation vers un nouveau médecin ou l'obtention d'un deuxième avis	26

3 Le diagnostic **27**

Les tests de diagnostic	28
Questions à poser sur les tests diagnostiques	33
La stadification	34
Le pronostic	36
Les questions à poser au médecin concernant votre diagnostic	37

4	Les traitements	39
	Aperçu des traitements	40
	Avant de commencer un traitement	42
	À quoi s'attendre durant le traitement	42
	Les types de traitement	44
	Les traitements pharmacothérapie	45
	<i>La chimiothérapie</i>	48
	<i>Le traitement par anticorps monoclonal</i>	55
	<i>D'autres thérapies ciblées</i>	57
	<i>Les stéroïdes</i>	58
	La radiothérapie	59
	La chirurgie	64
	La greffe de cellules souches	64
	Les thérapies de soutien	65
	Les questions à poser concernant le traitement	66
5	Les LH récidivante ou réfractaire	69
6	Les essais cliniques	71
7	Les soins de suivi	75
	Les rendez-vous de suivi	76
	Les cancers secondaires	79
8	Les termes médicaux	81



À PROPOS DU

LYMPHOME DE HODGKIN

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	6
Le système lymphatique	7
Le lymphome	10
Le lymphome de Hodgkin	10
Le facteurs de risque	11
Le développement du lymphome de Hodgkin	12
Les types de lymphomes de Hodgkin (LH)	13
Le lymphome de Hodgkin classique	14
Le lymphome de Hodgkin nodulaire à prédominance lymphocytaire	15
Les signes et les symptômes	16

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 :

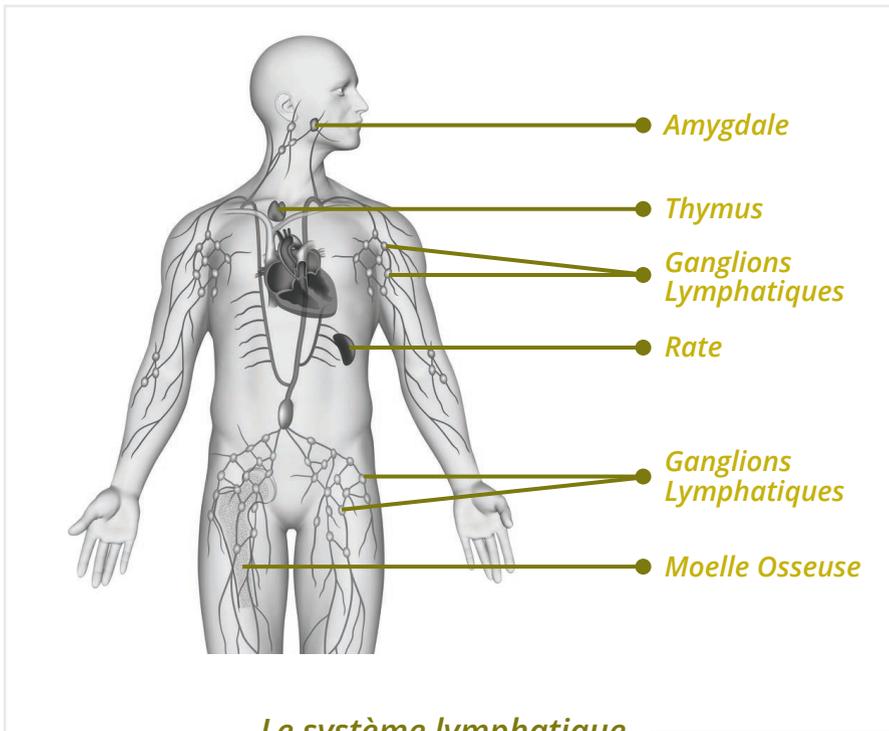
- + **la lymphe** : liquide circulant dans le système lymphatique;
- + **les vaisseaux lymphatiques** : vaisseaux où circule le liquide lymphatique (également appelé lymphe) dans l'organisme;
- + **les ganglions lymphatiques** : petits organes en forme de haricot qui filtrent la lymphe en circulation. 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.

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'oedème (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 DE HODGKIN

Le lymphome de Hodgkin (autrefois appelé maladie de Hodgkin) est un type de cancer qui prend naissance dans les lymphocytes. Le LH doit son nom au Dr Thomas Hodgkin, un médecin britannique, le premier à décrire la maladie, en 1832.

Le lymphome de Hodgkin est un cancer relativement rare. Il représente environ 0,5 % de tous les cancers, et 15 % de tous les lymphomes diagnostiqués. Chaque année au Canada, on diagnostique cette maladie chez environ 1 000 personnes. Le LH est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. Il touche aussi bien les enfants que les adultes, mais il se déclare plus souvent chez les adolescents et les jeunes adultes de 15 à 35 ans ainsi que chez les adultes plus âgés, de plus de 55 ans.

Grâce aux progrès réalisés en matière de diagnostic et de traitement du LH, on parvient à guérir plus de 80 % des patients qui en sont atteints.

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 LH.

Rien ne laisse croire que vous auriez pu faire, ou ne pas faire, quelque chose qui aurait entraîné l'apparition d'un lymphome. Le LH 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 LH, dont :

- + **l'âge** : les personnes de 15 à 35 ans ou de plus de 55 ans présentent un risque plus élevé de développer le LH que celles appartenant aux autres groupes d'âge;
- + **le sexe** : les hommes courent un risque légèrement plus élevé d'être atteints du LH que les femmes. Par contre, plus de femmes que d'hommes développent la forme scléronodulaire de la maladie;

- + **une infection causée par certains virus** : les personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), qui cause le sida, courent un risque plus élevé de développer un LH 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, 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 LH, comparativement aux personnes qui ont un système immunitaire en santé.

Il est important de se souvenir que même si vous présentez un ou plusieurs facteurs de risque, vous ne développerez pas nécessairement un LH. 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 LH n'avaient aucun facteur de risque connu.

LE DÉVELOPPEMENT DU LYMPHOME DE HODGKIN

Le lymphome de Hodgkin se développe quand certains lymphocytes (habituellement les lymphocytes B) deviennent anormaux (cancéreux). Ces cellules anormales – les cellules de Reed-Sternberg (RS) – ont été nommées d'après deux scientifiques, Dorothy Reed et Carl Sternberg, qui ont fourni les premières descriptions microscopiques concluantes du LH. La plupart des personnes atteintes de LH ont des cellules RS, mais d'autres types de cellules anormales peuvent aussi être présentes. Les cellules RS attirent un grand nombre d'autres cellules inflammatoires qui constituent la plupart des éléments de la tumeur. Toutefois, le seul fait d'être porteur de cellules RS ne signifie pas nécessairement que l'on soit atteint du LH. Pour confirmer le diagnostic, l'échantillon des tissus lymphatiques doit aussi contenir d'autres cellules et d'autres composants caractéristiques du LH.

Le LH prend généralement naissance dans les ganglions lymphatiques et souvent, on le détecte d'abord dans le cou, au-dessus ou audessous de la clavicule, sous les bras ou dans la poitrine. Les tissus et les ganglions du système lymphatique sont reliés dans tout l'organisme, offrant ainsi une voie de circulation aux lymphocytes cancéreux. Par conséquent, le lymphome de Hodgkin se propage souvent d'un ganglion à l'autre, partout dans le corps. Contrairement aux autres lymphomes et, la plupart du temps, le LH s'étend d'un ganglion lymphatique à l'autre d'une manière organisée et prévisible, en omettant rarement une région. Mais le lymphome de Hodgkin peut également s'étendre à d'autres régions et à d'autres organes, à l'extérieur du système lymphatique.

LES TYPES DE LYMPHOMES DE HODGKIN (LH)

Il existe deux principaux types de LH distincts selon l'apparence des cellules examinées au microscope.

- 1. Le lymphome de Hodgkin classique** (le type le plus courant de LH dans les pays industrialisés)
- 2. Le lymphome de Hodgkin à prédominance lymphocytaire nodulaire**

Il existe également quelques patients chez qui les cellules n'entrent dans aucune de ces catégories. On les considère alors comme des personnes atteintes d'un lymphome de Hodgkin inclassable.

La plupart des patients répondent bien au traitement, quel que soit le type de lymphome de Hodgkin dont ils sont atteints. Un facteur plus important dont il faut tenir compte en choisissant un traitement est le degré de propagation du lymphome dans l'organisme (c'est-à-dire, le stade de la maladie).

LE LYMPHOME DE HODGKIN CLASSIQUE

Le LH classique est subdivisé en quatre sous-types différents.

1. Le LH scléronodulaire

- + De 60 à 80 % des patients sont atteints de ce sous-type de LH;
- + Examinés au microscope, les ganglions lymphatiques contiennent souvent des tissus cicatriciels perceptibles. Le terme sclérose signifie cicatrisation;
- + Ce sous-type se déclare plus fréquemment chez les jeunes adultes;
- + Il affecte habituellement les ganglions lymphatiques du cou et du thorax;
- + Il s'agit parfois d'une maladie « volumineuse »;
- + Grâce aux traitements existants, on parvient à guérir la plupart des patients.

2. Le LH à cellularité mixte

- + De 15 à 30 % des patients sont atteints de ce sous-type de LH;
- + Examinés au microscope, les ganglions lymphatiques contiennent de nombreuses cellules RS mêlées à beaucoup d'autres types de cellules;
- + On le rencontre plus fréquemment chez les hommes que les femmes;
- + Il touche surtout les personnes de plus de 50 ans;
- + On l'observe surtout dans l'abdomen et/ou la rate, ainsi que dans d'autres ganglions lymphatiques;
- + Ce sous-type est généralement à un stade plus avancé au moment du diagnostic.

3. Le LH riche en lymphocytes

- + Environ 5 % des patients sont atteints de ce sous-type de LH;
- + L'examen au microscope révèle la présence de nombreux lymphocytes normaux et de très peu de cellules anormales et de cellules RS;
- + On le diagnostique habituellement à un stade précoce chez les adultes (de 40 à 50 ans);
- + Cette maladie présente un faible taux de rechute ou de récurrence.

4. Le LH à déplétion lymphocytaire

- + Cette forme de LH est la moins courante. Moins de 5 % des patients en sont atteints;
- + L'examen au microscope révèle un faible taux de lymphocytes normaux et un grand nombre de cellules RS;
- + Cette forme de LH tend à être plus généralisée lors du diagnostic. Ce sous-type est plus courant chez les patients âgés et chez les habitants des pays non industrialisés;
- + Il est aussi plus fréquent chez les patients séropositifs.

LE LYMPHOME DE HODGKIN NODULAIRE À PRÉDOMINANCE LYMPHOCYTAIRE

Le LH nodulaire à prédominance lymphocytaire est une maladie rare qui touche de 5 à 10 % des patients atteints d'un LH. Il affecte davantage les hommes que les femmes, et on le diagnostique fréquemment chez des personnes de moins de 35 ans. Ce sous-type est souvent présent dans les ganglions lymphatiques du cou. Habituellement diagnostiqué à un stade précoce, il n'est généralement pas très agressif (à croissance lente).

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.

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

Il arrive souvent qu'un diagnostic de lymphome de Hodgkin (LH) soit établi lors d'un examen médical de routine. Certaines personnes consultent un médecin en raison d'une toux ou de symptômes semblables à ceux de la grippe ou parce qu'elles ont remarqué une augmentation du volume d'un ganglion lymphatique.

N'oubliez pas que trois personnes sur quatre (75 %) ayant reçu un diagnostic de LH ne présentent aucun symptôme, et qu'aucun de ces symptômes énumérés ci-dessous n'est propre au LH; 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;
- + Des démangeaisons inexplicables qui s'aggravent avec le temps;
- + Perte de poids involontaire ou inexplicable;
- + Sueurs nocturnes excessives, au point que votre pyjama ou vos draps sont trempés;
- + Fatigue persistante ou manque d'énergie;
- + 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 LH. 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	20
La communication avec votre équipe de soins de santé	21
L’orientation vers un nouveau médecin ou l’obtention d’un deuxième avis	26

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 hématalogue (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. Vous serez également en contact avec d'autres professionnels de la santé : infirmière spécialisée en oncologie, infirmière praticienne, 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.



Pouvoir parler à un pair mentor a fait pour moi toute la différence. Pour la première fois, j'ai l'impression que quelqu'un comprend vraiment ce que je pense et ce que je ressens.

- Témoignage anonyme d'un patient



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.

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. Téléphonez 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.



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



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.



LE DIAGNOSTIC

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

Les tests de diagnostic	28
Questions à poser sur les tests diagnostiques	33
La stadification	34
Le pronostic	36
Les questions à poser au médecin concernant votre diagnostic	37

Il faut généralement effectuer un certain nombre d'examens ou de tests avant de pouvoir diagnostiquer un LH et déterminer dans quelle mesure la maladie s'est propagée.

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.

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 : La biopsie est l'une des étapes les plus importantes pour diagnostiquer le LH. 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).

TYPE DE BIOPSIE	DESCRIPTION DU TEST
Biopsie d'incision ou d'excision	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.
Biopsie au trocart (par forage)	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.
Ponction et biopsie de moelle osseuse	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.
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.

Même si l'examen des tissus au microscope suffit souvent pour poser un diagnostic de LH, on doit parfois effectuer d'autres tests pour évaluer votre lymphome et avoir un aperçu général de votre état de santé.

Analyse sanguine : Des analyses de sang permettront de déterminer combien de types de cellules sanguines normales et anormales sont présents dans votre sang.

- + **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. Il pourrait également y avoir une diminution du nombre de globules rouges, de neutrophiles et 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).

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.

TDM/TACO (TDM signifie tomodensitométrie, et TACO signifie tomographie axiale commandée 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 LH 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.

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

3

MISES EN GARDE CONCERNANT L'INTERPRÉTATION DES RAPPORTS DE LABORATOIRE

Certains patients aiment lire les rapports écrits de laboratoire. Si c'est votre cas, il est important de les examiner attentivement avec votre médecin ou une infirmière

Le seul test concluant pour diagnostiquer le LH est la biopsie.

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

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

D'autres pathologies peuvent ressembler au LH.

L'interprétation des tests, notamment les études d'imagerie et les examens de tomographie par ordinateur, peut être difficile à comprendre dans certaines situations et elle doit être effectuée dans le contexte de la maladie et selon l'état du patient.

Il est souvent nécessaire de faire des tests de suivi pour déterminer la signification réelle des résultats précédents ainsi que de pratiquer des biopsies supplémentaires pour faire toute la lumière sur ces résultats.

QUESTIONS À POSER SUR LES TESTS DIAGNOSTIQUES

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 STADIFICATION

On détermine le stade du LH 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.

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).

La méthode de stadification la plus courante est le système de classification d'Ann Arbor.

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 proche.
IV	Maladie généralisée : le lymphome touche plusieurs organes ou tissus (ex. : moelle osseuse, foie ou poumons) et parfois les ganglions lymphatiques.

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

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

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 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 LH. Elles servent également à orienter le spécialiste vers le type de traitement le plus efficace dans un cas de LH.

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.

Il existe un indice pronostique international pour le lymphome de Hodgkin qui repose sur les résultats de différents tests ainsi que sur votre âge et le stade de votre maladie. Votre médecin interprétera tous ces facteurs et vous transmettra ces renseignements, si vous le désirez.

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 LH 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?



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.

- Mary Jon, patient





LES TRAITEMENTS

Cette section contient des informations qui vous permettront de comprendre en quoi consistent vos options de traitement. Elle propose également une liste de questions que vous pouvez poser à votre équipe soignante.

Aperçu des traitements	40
Avant de commencer un traitement	42
À quoi s'attendre durant le traitement	42
Les types de traitement	44
Les traitements pharmacothérapie	45
La chimiothérapie	48
Le traitement par anticorps monoclonal	55
D'autres thérapies ciblées	57
Les stéroïdes	58
La radiothérapie	59
La chirurgie	64
La greffe de cellules souches	64
Les thérapies de soutien	65
Les questions à poser concernant le traitement	66

Les informations basées sur la recherche, recueillie partout dans le monde auprès de milliers de personnes déjà atteintes d'un lymphome de Hodgkin, 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.lymphoma.ca/fr/ressources/soutien/programme-de-soutien-pour-patients/)

APERÇU DES TRAITEMENTS

Le type de traitements que vous recevrez dépend d'un certain nombre de facteurs, dont : le type, le stade et le grade de LH; votre âge; votre état de santé général ou votre forme physique; et toute autre maladie dont vous pourriez être atteint.

En planifiant vos traitements, vos médecins tiendront compte de tous ces facteurs. Le tableau fournit un aperçu des options de traitement et des résultats potentiels liés au LH.

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.

COMMENT TRAITERA-T-ON MON LH?

Quel sera mon traitement ?

Chimiothérapie
(avec ou sans radiation)

Anticorps monoclonal ou
autres thérapies ciblées

Stéroïdes

Radiation

Chirurgie

Essais cliniques

Greffe de cellules souches

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.
- + **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.
- + **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 minimale (MRM)** : on emploie ce terme quand un très petit nombre de cellules cancéreuses subsistent durant ou après le traitement.
- + **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.
- + **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.
- + **maladie réfractaire** : se dit d'un cancer qui ne répond pas au traitement ou qui réapparaît très rapidement après la fin du traitement.
- + **rechute** : la réapparition du cancer après une période d'amélioration. Le HL peut récidiver dans la même région que la tumeur d'origine ou dans une autre région du corps.

LES TYPES DE TRAITEMENT

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

- + Pharmacothérapie
 - + Chimiothérapie
 - + Traitement aux anticorps
 - + Autres traitements ciblés
 - + Stéroïdes
- + Radiothérapie
- + Chirurgie
- + Greffe de cellules souches
- + Thérapie de soutien

Le stade précoce du lymphome de Hodgkin (stades I et II) est généralement traité au moyen d'une chimiothérapie et d'une radiothérapie du champ atteint. La radiothérapie traite uniquement les ganglions lymphatiques enflés, limitant les dommages causés aux tissus sains de la région environnante. Chez les patients qui sont de mauvais candidats à la chimiothérapie, le seul traitement qui peut être efficace est la radiothérapie.

Les personnes atteintes de la maladie à un stade avancé (stades III et IV) sont ordinairement traitées au moyen d'une chimiothérapie d'association (chimiothérapie comportant différents médicaments).

L'approche dans le traitement du LH nodulaire à prédominance lymphocytaire a évolué au cours des 20 dernières années. De nombreux experts sont d'avis que la maladie peut être traitée de la

même façon qu'un LH classique et donner des résultats similaires. Par ailleurs, certains autres préconisent une approche thérapeutique différente.

Pour la majorité des personnes atteintes d'un LH, le traitement permettra de guérir ce cancer.

Avant le début de votre traitement, vous recevrez des renseignements sur ce à quoi vous devez vous attendre et comment vous soigner durant la prestation de vos soins.

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.

Assurez-vous d'obtenir des fiches d'information destinées aux patients pour chacun des médicaments que vous prendrez. Ces fiches expliquent en quoi consistent ces médicaments, quels sont leurs effets secondaires et quels effets secondaires nécessitent un traitement immédiat.

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.



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.

- Rob, patient





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. Si la chimiothérapie est administrée en association avec un traitement par anticorps, on parle de chimio-immunothérapie.

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 LH 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.
Le cathéter central inséré par voie périphérique (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 coeur. 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 coeur.

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. Cette 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 MYÉLO-SUPPRESSION	SIGNES ET SYMPTÔMES POTENTIELS	QUE FAIRE?
<p>Anémie – diminution du nombre de globules rouges</p>	<p>Sentiments de fatigue et de faiblesse.</p> <p>Souffle court.</p> <p>Étourdissements.</p>	<p>Des injections peuvent être utilisées pour stimuler la production de globules rouges dans la moelle osseuse.</p> <p>En cas d'anémie grave, il est parfois nécessaire de faire une transfusion de globules rouges.</p>
<p>Neutropénie – diminution du nombre de neutrophiles, un type de globules blancs qui combat les infections</p>	<p>Fréquence accrue d'infections ou infections plus graves ou récurrence d'anciens virus comme le virus varicellezona.</p> <p>Fièvre, maux de gorge, éruption cutanée, diarrhées, rougeurs, douleurs ou enflure autour d'une plaie.</p>	<p>La chimiothérapie peut être retardée ou la dose réduite.</p> <p>Des antibiotiques peuvent être prescrits.</p> <p>Des injections peuvent être utilisées pour stimuler la production de neutrophiles (G-CSF) dans la moelle osseuse.</p>

Thrombocytopénie
– diminution
du nombre de
plaquettes

Augmentation
du nombre
d'ecchymoses.

Saignements
excessifs dus à
des coupures,
saignements
du nez et des
gencives.

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. 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 maladroresses; 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.

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. Les thérapies par anticorps font actuellement l'objet d'études 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.

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 »). Les risques de réactions liées à la perfusion diminuent lors de chaque traitement administré au patient, car l'organisme s'adapte et, à mesure que le traitement se poursuit, moins de cellules de lymphome sont à éliminer.

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 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. Des réactions émotives plus intenses;

- + 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.

Signalez les effets secondaires à votre équipe médicale, car un grand nombre d'entre eux peuvent être traités. Si ces effets sont graves, votre médecin peut ajuster vos doses de radiothérapie

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. 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'oesophage 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'oesophage, 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	<p>S'assurer que les testicules/ovaires sont protégés des rayonnements s'ils ne sont pas la cible du traitement.</p> <p>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.</p>
Thorax et seins	<p>Cancer du sein</p> <p>Cardiopathie/accident vasculaire cérébral</p>	<p>Le dépistage à long terme du cancer du sein est très important.</p> <p>Les probabilités sont plus grandes si vous avez également reçu de la chimiothérapie qui affecte aussi le cœur.</p>
Peau	Cancer de la peau	<p>Le dépistage à long terme du cancer de la peau est très important.</p> <p>Protégez votre peau du soleil en utilisant un écran solaire et en réduisant les expositions.</p>
Cou	Problèmes thyroïdiens, y compris le cancer	Discutez des risques avec votre médecin et faites examiner votre thyroïde régulièrement.

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 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 cellules souches, se divisant rapidement, peuvent être détruites par la chimiothérapie et la radiothérapie. Voilà pourquoi on limite les doses de chimiothérapie et de radiothérapie utilisées pour traiter le lymphome en raison du risque d'endommager les cellules souches. Les patients atteints d'un LH 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. À l'aide d'une aiguille insérée dans le bras, on prélève le sang du donneur. Son sang passe dans l'appareil qui collecte les cellules souches, et le sang ainsi traité est réinjecté au donneur. 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.

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 vaccins;
- + des transfusions sanguines ou des facteurs de croissance pour augmenter le nombre de globules rouges;
- + des facteurs de croissance pour augmenter le nombre de globules blancs facteur de croissance hématopoïétique (G-CSF).

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?

A photograph of a male doctor in a white lab coat with a stethoscope around his neck, standing in a hospital or clinic. He is looking towards a man and a woman who are standing together. The man is wearing a blue button-down shirt and has his arm around the woman's shoulder. The woman is wearing a maroon top. The background shows a brightly lit medical environment with glass partitions.

LE LH RÉCIDIVANTE OU

RÉFRAC TAIRE

Pour la majorité des personnes atteintes d'un LH, le traitement permettra de guérir ce cancer. Lorsque la maladie réapparaît ou que le patient ne répond pas au traitement initial, un traitement additionnel peut être nécessaire.

Un LH 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 LH 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 tel est le cas, il y a généralement plusieurs autres façons de contrôler le cancer. Peut-être faudra-t-il d'abord faire une autre biopsie pour confirmer le diagnostic de lymphome et s'assurer qu'il s'agit, à ce moment précis, du même type de lymphome traité précédemment. Selon les résultats de la biopsie et des tests de stadification, votre équipe médicale vous informera des options thérapeutiques qui s'offrent à vous. Notons, entre autres, l'utilisation de traitements de chimiothérapie plus puissants ou plus intensifs ou à doses élevées, suivis d'une greffe de cellules souches, ou du recours à un nouveau traitement dans le cadre d'un essai clinique. Il pourrait y avoir d'autres options de traitements curatifs.

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.



Lymphome Canada a été une bouée de sauvetage pour moi. Depuis l'annonce du diagnostic de la maladie de notre fils, vous avez été pour nous une source de soutien précieux durant la période la plus éprouvante de notre vie.

- Témoignage anonyme, parent d'un 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	<p>Tests sur l'innocuité et la dose appropriée du nouveau traitement (non comparé à un autre traitement).</p> <p>Augmentation du risque d'effets secondaires.</p> <p>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.</p>
Phase II	<p>Tests sur les effets secondaires et l'efficacité du nouveau traitement (non comparé à un autre traitement).</p> <p>Nombre de patients plus important que celui d'un essai de phase I.</p>
Phase III	<p>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.</p> <p>Comparaison du nouveau traitement avec le traitement standard pour déterminer si ses résultats sont plus bénéfiques pour les patients (essai aléatoire contrôlé).</p>
Phase IV	<p>Étude plus poussée sur le traitement après l'approbation de son usage en pratique courante.</p>

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.lymphoma.ca/fr/ressources/essais-cliniques/

A photograph of a male doctor in a white lab coat and a white surgical mask, wearing white gloves, examining a female patient's neck. The patient is looking up at the doctor. The background is a bright, slightly blurred indoor setting.

LE 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 LH. Votre équipe soignante déterminera avec vous quels sont les soins de suivi qui répondent à vos besoins.

Les rendez-vous de suivi	76
Les cancers secondaires	79

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.

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.

LES RENDEZ-VOUS DE SUIVI

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.

Your follow-up appointment may include any combination of the following:

- + **examen physique** : pour un examen attentif de la taille et de la fermeté des ganglions lymphatiques;
- + **tests sanguins** : ils servent à évaluer votre rétablissement, les effets résiduels potentiels des traitements et votre état de santé général;
- + **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.

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.

A close-up photograph of a silver stethoscope resting on an open medical book. The stethoscope's chest piece is in the foreground, and its tubing loops across the top of the frame. The book's pages are visible, showing some text. The lighting is bright, creating soft shadows.

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.

Aisselles (axillaire) : 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.

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.

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 55 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.

Antinauséux : Médicament qui prévient les nausées et vomissements.

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.

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 cancérogène.

Cathéter (voir également cathéter veineux) : 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.

Cathéter veineux central ou PICC line : Sigle pour « cathéter central inséré par voie périphérique », un dispositif que l'on introduit dans une veine du bras . On peut l'utiliser pour administrer des médicaments ou prélever des échantillons de sang.

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 : 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 48 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.

Cours de chimiothérapie : Le nombre total de cycles de chimiothérapie requis de chimiothérapie.

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.

Débulking : Traitement du cancer visant à réduire la taille de la tumeur. La réduction de la taille de la tumeur est généralement obtenue par chirurgie ou par radiothérapie.

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.

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.

Étiologie : Cause unique ou causes multiples d'une maladie. La cause du LH demeure inconnue.

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

Facteur de croissance hématopoïétique (G-CSF) : Type de facteur de croissance responsable de la production de globules blancs dans l'organisme, visant à diminuer le risque d'infection.

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.

G-CSF : Voir facteur de stimulation des colonies de granulocytes.

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.

Grefe 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 64 pour de plus amples renseignements.

Grefe de cellules souches allogéniques : Procédure par laquelle un patient reçoit des cellules souches provenant de la moelle osseuse ou du sang périphérique d'un donneur compatible.

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. Plus la rémission d'un patient se prolonge (absence de signes ou de symptômes de cancer), plus ses chances de guérison sont élevées.

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.

Immuno-oncologie (IO): Thérapie qui active le système immunitaire pour attaquer le cancer.

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 55 pour de plus amples renseignements.

Indice de performance : Indicateur permettant d'évaluer dans quelle mesure le patient peut accomplir ses tâches et ses activités quotidiennes.

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.

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.

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.

Lymph (liquide lymphatique) : Liquide aqueux contenu dans les vaisseaux lymphatiques. La lymphe 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.

Lymphoïde : Relatif aux lymphocytes ou au système lymphatique.

Lymphome : Cancer des lymphocytes.

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 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 et ne s'est pas propagé dans tout le 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 : Si vous avez une tumeur logée dans le thorax, dont la largeur atteint au moins un tiers du thorax, ou si les tumeurs dans d'autres zones ont une largeur d'au moins 10 cm, on parle de maladie volumineuse.

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 : Le médiastin est la zone au centre de la partie supérieure de la poitrine, située derrière le sternum, contenant le cœur et les vaisseaux sanguins.

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.

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.

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

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.

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

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 29 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.

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 59 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).

Rechute : Réapparition du cancer après une période d'amélioration de son état. Le LH peut réapparaître dans la même zone que la tumeur d'origine ou dans une autre région du corps.

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 ABVD : Traitement de chimiothérapie d'association comprenant quatre médicaments séparés (l'adriamycine, la bléomycine, la vinblastine et la dacarbazine). L'ABVD est l'un des schémas de chimiothérapie les plus couramment utilisés contre le lymphome de Hodgkin.

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 hôpital.

Scintigraphie osseuse : Procédure qui permet de visualiser les os du corps. On injecte au patient une substance radioactive qui est absorbée par les os, ce qui permet de les visualiser pendant le balayage. Cette procédure est effectuée pour déterminer si le cancer s'est propagé aux os.

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 34 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.

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 35 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 7 pour de plus amples renseignements.

Tatouage : Terme utilisé en radiothérapie pour le marquage à l'encre sur le corps dans le but de délimiter clairement le champ de radiation. On veille ainsi à ce que la zone appropriée soit ciblée pour la radiation et que cette même région du corps soit chaque fois traitée.

TDM ou TACO : TDM signifie « tomodensitométrie », et TACO, « tomographie axiale commandée par ordinateur ». Ces examens assemblent 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.

Thérapie adjuvante : Traitement anticancéreux administré après le traitement primaire pour augmenter les chances de rémission.

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.

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 local : Traitement qui ne touche qu'une petite région du corps.

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.

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.

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.

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.

Lorsque vous soutenez Lymphome Canada par un don, vous contribuez à fournir des renseignements et des services gratuits aux Canadiens touchés par le lymphome. Un don de 10 \$ nous permet de produire un manuel de ressources pour les patients. Veuillez envisager de faire un don aujourd'hui pour aider à fournir des ressources comme ce livret à encore plus de patients nouvellement diagnostiqués et à leurs familles.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Titre	Prénom	Nom
Adresse		Suite/Apt.
Ville	Province	Code postal
Téléphone	Adresse courriel	

J'autorise Lymphoma Canada à communiquer avec moi pour m'informer de ses autres programmes et services.

JE SOUHAITE FAIRE UN DON UNIQUE DE :

\$10 | \$20 | \$50 | \$100 | Autre:

*Un reçu d'impôt sera émis pour les dons de 10 \$ et plus.

QUESTIONS DE SONDAGE

<input type="radio"/> Visa	<input type="radio"/> Mastercard	<input type="radio"/> Amex	Numéro de la carte
Mois/année d'expiration	Titulaire de la carte	Signature	

VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE À:

Lymphome Canada | 6860, avenue Century, Suite 202 | Mississauga, ON | L5N 2W5



LYMPHOME
CANADA

www.lymphome.ca | renseignement@lymphoma.ca

Numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance:
87346 1040 RR0001 | HLPRM01

Les dons mensuels garantissent une source de financement fiable pour aider à promouvoir la détection précoce, à trouver de nouveaux et meilleurs traitements, à aider les patients à accéder à ces traitements et, en fin de compte, à trouver un remède.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Titre	Prénom	Nom
Adresse		Suite/Apt.
Ville	Province	Code postal
Téléphone	Adresse courriel	

J'autorise Lymphoma Canada à communiquer avec moi pour m'informer de ses autres programmes et services.

JE SOUHAITE FAIRE UN DON MENSUEL DE :

\$10/mois \$20/mois \$30/mois \$50/mois

Autre:

*Un reçu d'impôt sera émis pour les dons de 10 \$ et plus.

QUESTIONS DE SONDAGE

<input type="radio"/> Visa	<input type="radio"/> Mastercard	<input type="radio"/> Amex	Numéro de la carte
Mois/année d'expiration	Titulaire de la carte	Signature	

En signant ce formulaire, vous acceptez de renoncer à votre droit de recevoir une notification préalable de tout débit en vertu de l'accord de débit préautorisé. Pour demander une modification, une retenue ou une annulation de votre don détaillé ci-dessus, veuillez communiquer avec Lymphome Canada au 1-866-659-5556 au moins 7 jours avant votre prochain don prévu. Pour plus d'informations, visitez www.cdnpay.ca

VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE À:

Lymphome Canada | 6860, avenue Century, Suite 202 | Mississauga, ON | L5N 2W5



www.lymphome.ca | renseignement@lymphoma.ca

Numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance:
87346 1040 RR0001 | HLPRM01

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 2019. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer, 2019, 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.



6860, avenue Century, Suite 202 | Mississauga, ON L5N 2W5

Téléphone 905.858.5967 Numéro sans frais 1.866.659.5556

Renseignements généraux renseignement@lymphoma.ca

Site web lymphome.ca

Tous droits réservés © 2021 Lymphome Canada



LYMPHOME
CANADA