

Qu'est-ce que le
**Cancer Du Poumon
Non À Petites Cellules?**

Laissez-nous répondre
à vos questions

Cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC)

Un guide ESMO pour les patients

Informations pour le patient basées sur les recommandations de pratique clinique de l'ESMO

Ce guide a été préparé pour vous aider, ainsi que vos amis, votre famille et vos aides-soignants à mieux comprendre le cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) et ses traitements. Il contient des informations sur les différents sous-types de CPNPC, les causes de la maladie et comment il est diagnostiqué, des informations mises à jour sur les types de traitements disponibles et les éventuels effets secondaires du traitement.

Les informations médicales décrites dans ce document sont basées sur les recommandations de pratique clinique de l'European Society for Medical Oncology - ESMO pour la prise en charge du CPNPC, qui sont conçues pour aider les cliniciens à établir le diagnostic et à gérer le CPNPC de stade précoce, localement avancé et métastatique. Toutes les recommandations de pratique clinique de l'ESMO sont préparées et revues par des spécialistes de premier plan qui se basent sur des preuves recueillies à partir des derniers essais cliniques, recherches et avis d'experts.

Les informations contenues dans ce guide ne visent pas à remplacer les conseils de votre médecin. Votre médecin connaît l'ensemble de vos antécédents médicaux et vous guidera dans le choix du traitement le plus approprié à votre cas.

Les mots en **couleur** sont définis dans le glossaire qui se trouve à la fin du document.

Ce guide a été rédigé et revu par :

Représentants de l'European Society for Medical Oncology (ESMO) :

David Planchard ; Silvia Novello ; Solange Peters ; Raffaele Califano ; Jean-Yves Douillard ; Francesca Longo ; Claire Bramley ; et Svetlana Jezdic.

Représentants de l'European Oncology Nursing Society (EONS) :

Anita Margulies ; Roisin Lawless.

Défense des droits des patients de Lung Cancer Europe (LuCE) et Women Against Lung Cancer in Europe (WALCE) : Stefania Vallone.

Le texte a été traduit de l'anglais par un professionnel en traduction scientifique et médicale puis relu par le Pr David Planchard.

- 2** Un guide ESMO pour les patients
- 4** Cancer du poumon : résumé des informations clés
- 8** Anatomie des poumons
- 9** Qu'est-ce que le cancer du poumon ?
- 10** Quels sont les symptômes du cancer du poumon ?
- 11** Le CPNPC est-il fréquent et dans quelle mesure ?
- 13** Quelles sont les causes du CPNPC ?
- 15** Comment le CPNPC est-il diagnostiqué ?
- 19** Comment mon traitement sera-t-il défini ?
- 24** Quelles sont les solutions de traitement du CPNPC ?
- 26** Les solutions de traitement du CPNPC de stade précoce (Stade I-II)
- 28** Solutions de traitement pour le CPNPC localement avancé (Stade III)
- 31** Solutions de traitement du CPNPC métastatique (Stade IV)
- 36** Essais cliniques
- 37** Interventions supplémentaires
- 39** Quels sont les effets secondaires éventuels du traitement ?
- 53** Que se passe-t-il une fois que mon traitement est terminé ?
- 56** Groupes de soutien
- 57** Références
- 59** Définitions des termes médicaux

Cancer du poumon : résumé des informations clés

Ce résumé est un aperçu des informations principales fournies au sein du guide CPNPC. Les informations suivantes seront abordées en détail dans les pages principales de ce guide.

Introduction au cancer du poumon

- Le cancer du poumon se développe à partir de cellules situées dans le poumon et qui se sont multipliées de manière anormale pour former une masse ou une **tumeur**.
- Le cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) est un type de cancer du poumon, qui se différencie du cancer du poumon à petites cellules (CPPC) par la manière dont les cellules **tumorales** apparaissent au microscope. Les trois principaux types de cancers du poumon non à petites cellules sont les **adénocarcinomes**, les **carcinomes épidermoïdes** et les **carcinomes du poumon à grandes cellules (carcinomes indifférenciés)**. Le diagnostic de ces cancers repose sur les mêmes principes. Toutefois, le traitement peut différer selon leur type.
- Le cancer du poumon prend la troisième place des cancers les plus fréquents en Europe ; le CPNPC représente 85 à 90 % de l'ensemble des cancers du poumon. Fumer est le **facteur de risque** le plus important du développement du cancer du poumon.
- En Europe, la mortalité liée au cancer du poumon a diminué chez les hommes, tandis qu'elle augmente chez les femmes – cela reflète la différence de comportement lié au tabagisme entre les sexes.

Diagnostic du CPNPC

- Si une personne présente des symptômes tels qu'une toux persistante ou une infection des voies respiratoires, un essoufflement, un enrouement, des douleurs au niveau de la poitrine et la présence de sang dans les crachats, on peut soupçonner un cas de cancer du poumon. D'autres symptômes peuvent être la fièvre, la perte d'appétit, une perte de poids inexpliquée et la **fatigue**.
- Suite à un examen clinique, votre médecin vous prescrira une **radiographie** et/ou un **scanner (CT scan)** (ou pourrait utiliser d'autres technologies, comme l'association d'une **tomographie par émission de positrons [PET]** et d'un **scanner (PET-CT scan)** ou une **imagerie par résonance magnétique [IRM]**) pour évaluer la localisation et l'étendue du cancer. Une **biopsie** (cellules ou tissus prélevés de la **tumeur**) confirmera le diagnostic d'un CPNPC.

Solutions de traitement en cas de CPNPC

- Les types de traitement sont les suivants :
 - Chirurgie.
 - **Chimiothérapie** – utilisation de médicaments anticancéreux pour détruire les cellules cancéreuses. La **chimiothérapie** peut être administrée seule ou avec d'autres traitements.
 - **Thérapie ciblée** – nouveaux médicaments agissant en bloquant les signaux qui incitent les cellules cancéreuses à se développer.
 - **Immunothérapie** – type de traitement conçu pour renforcer les défenses naturelles du corps pour lutter contre le cancer.
 - **Radiothérapie** – utilisation de doses de radiation visant à endommager les cellules cancéreuses et à bloquer leur développement.

- La combinaison de différents types de traitements est souvent proposée au patient. Elle se base sur le stade et sur le type du CPNPC et sur l'état du patient et les **comorbidités** (maladies ou troubles supplémentaires existant en même temps).
- Le cancer est classifié en stades en fonction de la taille de la **tumeur**, de l'implication des **ganglions lymphatiques régionaux** et de son extension éventuelle à d'autres parties du corps en dehors du poumon. Ces informations sont utiles pour choisir le traitement optimal à suivre.
- **CPNPC de stade précoce (Stade I-II) :**
 - La chirurgie constitue le traitement le plus utilisé en cas de CPNPC de **stade précoce**.
 - La **chimiothérapie** peut être administrée après la chirurgie (**chimiothérapie adjuvante**) chez les patients qui souffrent d'un CPNPC de Stade II et de Stade III et chez certains patients atteints au Stade IB.
 - La **radiothérapie (radiothérapie stéréotaxique d'ablation [SABR] ou radiothérapie conventionnelle)** constitue une solution alternative à la chirurgie chez les patients qui ne sont pas éligibles ou qui ne désirent pas se soumettre à la chirurgie.
 - La **radiothérapie** peut être administrée après la chirurgie (**radiothérapie adjuvante**) chez les patients qui souffrent d'un CPNPC de Stade II ou de Stade III.
- **CPNPC localement avancé (Stade III) :**
 - Il est probable que le traitement du CPNPC **localement avancé** implique différents types de thérapie (**thérapie multimodale**).
 - S'il est possible de retirer la **tumeur** (c'est-à-dire que la **tumeur** est **réséquable**), les solutions de traitement peuvent inclure :
 - ~ Le **traitement d'induction** (traitement[s] initial[aux] administré[s]) pour réduire la **tumeur** avant le second traitement programmé) qui consiste en une **chimiothérapie** avec ou sans **radiothérapie**, suivie d'une chirurgie.
 - ~ La chirurgie suivie d'une **chimiothérapie adjuvante** et/ou **radiothérapie**.
 - ~ La **chimioradiothérapie** (c'est-à-dire que la **chimiothérapie** et la **radiothérapie** sont réalisées simultanément ou **séquentiellement**).
 - Le type de traitement – et parfois la séquence des traitements – proposé aux patients souffrant d'un CPNPC **réséquable** de Stade III dépendra de l'état de santé général du patient et de la présence de **comorbidités**, ainsi que de l'étendue et de la complexité de la chirurgie nécessaire pour retirer la **tumeur**.
 - En cas de CPNPC **non réséquable** de Stade III, la **chimioradiothérapie** constitue le meilleur traitement. En alternative, la **chimiothérapie** et la **radiothérapie** peuvent être réalisées **séquentiellement** (c'est-à-dire l'une après l'autre) chez les patients qui ne seraient pas en mesure de tolérer un traitement **simultané**.
 - L'**immunothérapie** peut être offerte chez certains patients souffrant d'un CPNPC **non réséquable localement avancé** suite à un traitement par **chimioradiothérapie**.

- **CPNPC métastatique (Stade IV) :**

- Le CPNPC est défini comme une maladie **métastatique** ou de Stade IV lorsqu'il s'est étendu au-delà du poumon initialement atteint.
- Il est rarement possible de retirer un CPNPC **métastatique** à l'aide de la chirurgie ou de le traiter radicalement à l'aide de la **radiothérapie**.
- Une **chimiothérapie intraveineuse** combinant deux médicaments (avec ou sans l'ajout de la **thérapie ciblée** appelée **bevacizumab**) représente le traitement principal pour les patients qui souffrent d'un CPNPC **métastatique**.
- Le choix des médicaments utilisés dépendra largement de l'état de santé général du patient et du **sous-type histologique** de la **tumeur**.
- Les patients dont les **tumeurs** expriment des taux assez élevés de **ligand de la protéine de mort programmée 1 (PD-L1)**(déterminée par un test moléculaire réalisé à partir d'une **biopsie** de la **tumeur**) peuvent recevoir une **immunothérapie** de **première ligne** à base de **pembrolizumab**.
- Les patients dont les **tumeurs** contiennent des **mutations** (altérations) spécifiques aux gènes codant pour le **récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR)**, pour **BRAF**, pour la **kinase du lymphome anaplasique (ALK)** ou pour **ROS1** (déterminées par des tests moléculaires réalisés à partir d'une **biopsie** de la **tumeur**) sont mieux traités à l'aide de **thérapies ciblées** administrées par voie orale et de manière continue.
- Après 4 à 6 cycles de **doublet de chimiothérapie** (c'est-à-dire deux médicaments de **chimiothérapie** administrés simultanément), un **traitement de maintenance** (traitement qui aide à éviter que le cancer ne réapparaisse) avec un médicament de **chimiothérapie** appelé **pemetrexed** peut être administré chez les patients qui présentent un bon état de santé général. La **thérapie ciblée erlotinib** peut être proposée comme **traitement de maintenance** chez les patients dont les **tumeurs** présentent des **mutations** de l'**EGFR**.
- Dans le cas où le cancer réapparaît (**rechute** ou **récidive**), des traitements de **deuxième** et de **troisième ligne** peuvent être administrés. Les traitements de **deuxième** et de **troisième ligne** appropriés dépendent du traitement de **première ligne** auquel le patient a été soumis ainsi que de son état de santé général. Les solutions de traitement incluent : **chimiothérapie** (**pemetrexed** ou **docétaxel**), **immunothérapie** (**nivolumab**, **pembrolizumab** ou **atezolizumab**) quand elle n'est pas administrée comme un traitement de **première ligne**, **thérapie antiangiogénique** (**nintédanib** ou **ramucirumab**) en combinaison avec le **docétaxel**, et des **thérapies ciblées** (**afatinib**, **géfítinib**, **erlotinib**, **osimertinib**, **dabrafenib** en combinaison avec **trametinib**, **crizotinib**, **céritinib**, **alectinib**, **brigatinib** ou **lorlatinib**) pour les patients présentant des altérations moléculaires.
 - ~ Les patients dont les **tumeurs** présentent des **mutations** de l'**EGFR** qui ont reçu un traitement de **première ligne** avec des médicaments tels qu'**erlotinib**, **géfítinib** ou **afatinib**, et chez qui la **mutation T790M** de l'**EGFR** est confirmée, peuvent être ensuite traités avec **osimertinib**.
 - ~ Les patients qui présentent une **mutation BRAF** confirmée ayant reçu un traitement de **première ligne** à base de **dabrafenib** et de **trametinib** peuvent recevoir une **chimiothérapie** de **deuxième ligne à base de platine**.

- ~ Les patients dont les **tumeurs** présentent des **remaniements de l'ALK** et qui ont reçu un traitement de **première ligne** avec **crizotinib** peuvent être traités avec un traitement de **deuxième ligne** à base de **céritinib**, **alectinib**, **brigatinib** ou **lorlatinib** si disponible.

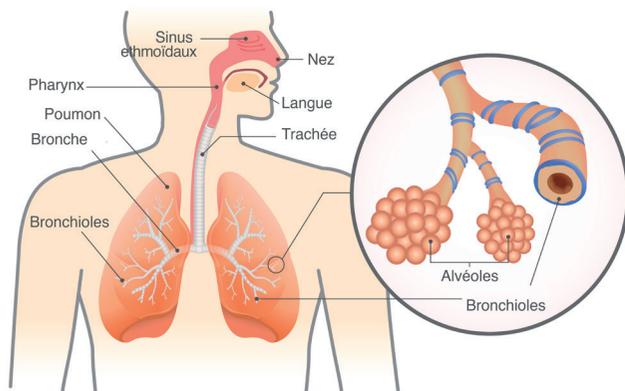
Suivi médical après traitement

- Les patients qui ont complété le traitement pour un CPNPC de Stade I-III sont généralement soumis à un suivi médical qui consiste à effectuer des **examens radiologiques** et cliniques tous les 6 mois au cours des 2 premières années, puis annuellement par la suite.
- Les patients qui ont complété le traitement pour une maladie **métastatique** sont généralement soumis à un suivi médical qui consiste à effectuer des **examens radiologiques** toutes les 6 à 12 semaines (en fonction de leur éligibilité à un traitement supplémentaire) afin que, le cas échéant, le traitement de **deuxième ligne** puisse commencer.

Anatomie des poumons

Les poumons forment une partie de notre appareil respiratoire, qui comprend :

- Le nez et la bouche.
- La **trachée**.
- Les **bronches** (conduits qui se dirigent vers chaque poumon).
- Les poumons.



Anatomie de l'appareil respiratoire, montrant la **trachée**, les **bronches** et les poumons. Lorsque nous inspirons, l'air passe par notre nez et notre bouche le long de la **trachée**, des **bronches** et des **bronchioles**, avant de rejoindre de petits sac d'air appelés **alvéoles** – lieu où l'oxygène présent dans l'air passe dans la circulation sanguine (voir image encadrée).

Qu'est-ce que le cancer du poumon ?

Le cancer du poumon naît généralement dans les cellules qui tapissent les **bronches** et des parties du poumon comme les **bronchioles** ou les **alvéoles**. Il existe deux types principaux de **cancer primaire du poumon** :

- Cancer du poumon à petites cellules (CPPC) : ce type prend son nom des cellules de petites tailles qui le composent et qui sont visibles au microscope.
- Cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) : il s'agit du type de cancer du poumon le plus fréquent, qui représente 85-90 % de l'ensemble des cancers du poumon (*Planchard et al., 2018*).
 - Ce guide portera exclusivement sur le CPNPC.

Quels sont les sous-types de CPNPC existants ?

Les trois principaux **sous-types histologiques** de CPNPC sont les suivants :

- **Adénocarcinome** : les **adénocarcinomes** représentent environ 40 % de l'ensemble des cancers du poumon. Ces **tumeurs** débutent dans des cellules qui produisent du mucus et qui tapissent les voies respiratoires.
- **Carcinome épidermoïde** : les **carcinomes épidermoïdes** représentent environ 25-30 % de l'ensemble des cancers du poumon. Ce type de cancer se développe dans des cellules qui tapissent les voies respiratoires. Il est généralement causé par le tabagisme.
- **Carcinome à grandes cellules (indifférencié)** : ce type de cancer constitue environ 10-15 % de l'ensemble des cancers du poumon. Il prend son nom des grandes cellules cancéreuses qui sont visibles au microscope.

Quels sont les symptômes du cancer du poumon ?

Les symptômes les plus fréquents du cancer du poumon, y compris du CPNPC, sont les suivants :

- Toux persistante.
- Infection des voies respiratoires qui ne passe pas ou qui réapparaît constamment.
- Difficultés à respirer/essoufflement.
- Sifflement respiratoire.
- Présence de sang dans les crachats.
- Douleurs au niveau de la poitrine ou des épaules qui ne disparaissent pas spontanément.
- Enrouement ou abaissement de la voix.

D'autres symptômes non spécifiques peuvent comprendre :

- Fièvre.
- Perte d'appétit.
- Perte de poids inexpliquée.
- Sensation d'extrême **fatigue**.

Si vous ressentez l'un de ces symptômes, il est conseillé de consulter votre médecin. Cependant, il est important de rappeler que ces symptômes sont fréquents chez les personnes qui ne souffrent pas de cancer du poumon. Ils peuvent être également causés par d'autres affections.

Le CPNPC est-il fréquent et dans quelle mesure ?

Le cancer du poumon représente le troisième cancer le plus fréquent en Europe

En 2018, le nombre de nouveaux cas de cancer du poumon diagnostiqués en Europe était estimé à plus de 470 000 (Ferlay et al., 2018):

- 312 000 nouveaux cas chez les hommes.
- 158 000 nouveaux cas chez les femmes.

En Europe, le cancer du poumon représente le deuxième cancer le plus fréquent chez les hommes (après le cancer de la prostate) et le troisième plus fréquent chez les femmes (après le cancer du sein et celui colorectal) (Ferlay et al., 2018). Les taux d'incidence du cancer du poumon sont plus élevés dans les pays développés que dans ceux les moins avancés ; ces variations reflètent largement les différences dans le stade et le **grade** de l'épidémie de tabac (Torre et al., 2015).

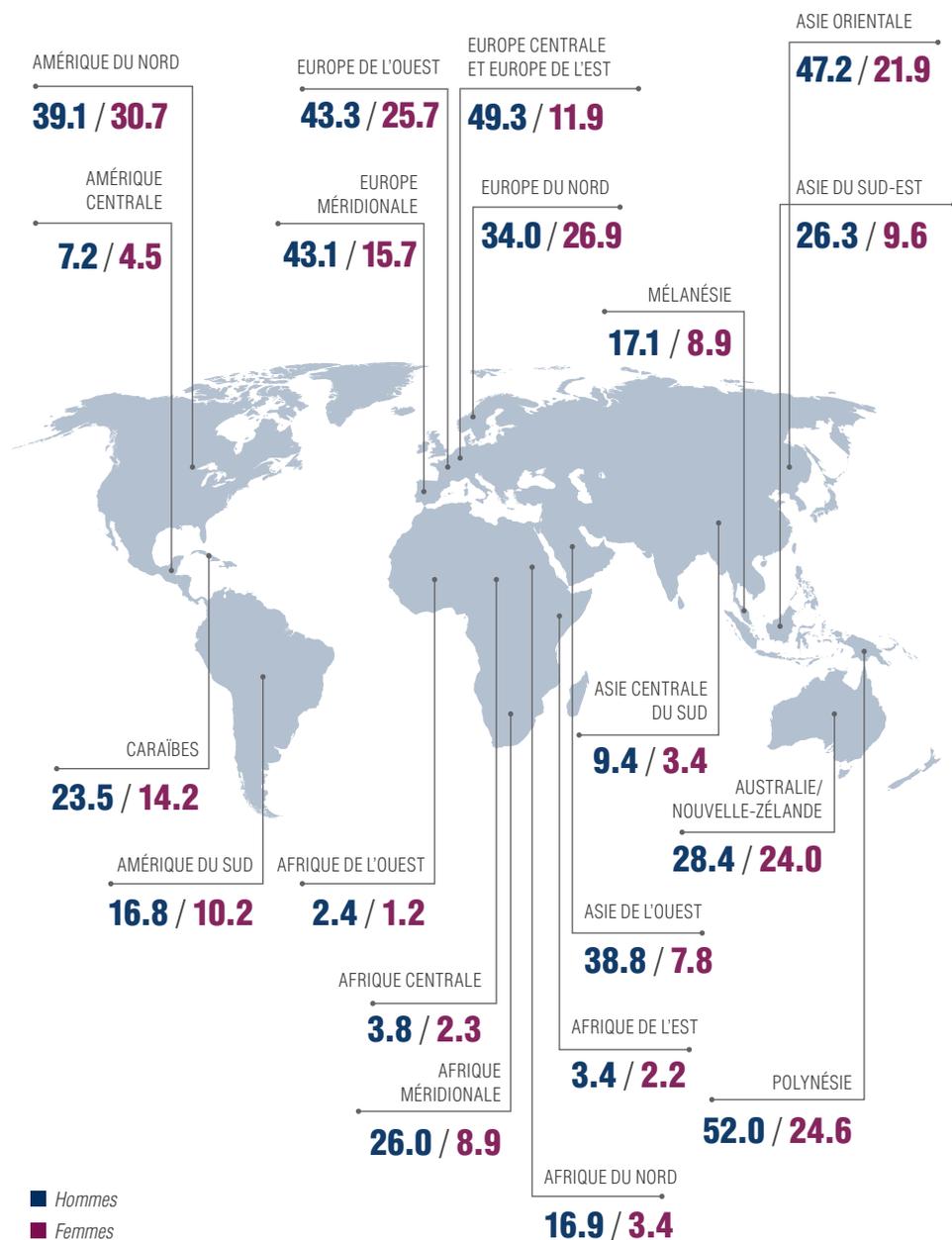
En Europe, la mortalité liée au cancer du poumon a connu une diminution chez les hommes, tandis qu'elle augmente chez les femmes – cela reflète la différence de tendances prédominantes relatives au tabagisme entre les sexes (Malvezzi et al., 2016 ; Planchard et al., 2018).

La majorité des cas de cancer du poumon sont diagnostiqués chez les patients âgés de 65 ans et plus. L'âge médian du diagnostic est 70 ans.

Le CPNPC est le type de cancer du poumon le plus fréquent et représente 85-90 % de l'ensemble des cancers du poumon

Cancer du poumon non à petites cellules

La carte montre le nombre estimé de nouveaux cas de cancer du poumon diagnostiqués en 2018 pour 100 000 personnes au sein de chaque population par région (Ferlay et al., 2018).



Quelles sont les causes du CPNPC ?

Le tabagisme est le **facteur de risque** le plus important du développement du cancer du poumon. Cependant, d'autres **facteurs de risque** peuvent également augmenter les probabilités de développer un cancer du poumon. Il est important de rappeler que la présence d'un facteur de risque augmente le risque de développer un cancer mais ne signifie pas que vous souffrirez sans aucun doute d'un cancer. De même, l'absence de tout **facteur de risque** ne signifie pas que vous ne souffrirez jamais d'un cancer.

Le tabagisme est le facteur de risque le plus important lié au cancer du poumon

Tabagisme

Le tabagisme est la cause principale de cancer du poumon. En Europe, il est responsable de 90 % des cas chez les hommes et de 80 % des cas chez les femmes (Novello et al., 2016). Le nombre d'années passées à fumer est plus important que le nombre de cigarettes fumées par jour ; ainsi, arrêter de fumer à tout âge peut réduire davantage le risque de développer un cancer du poumon que réduire le nombre de cigarettes fumées par jour.



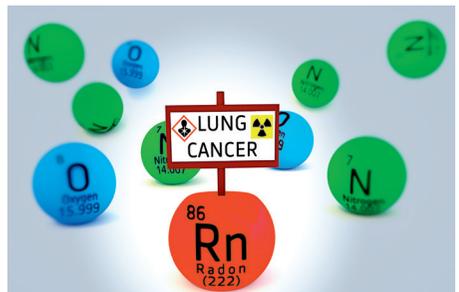
Tabagisme passif

Le **tabagisme passif**, également désigné par l'expression « fumée secondaire » ou « tabagisme environnemental », augmente le risque de développer un CPNPC, mais avec un moindre risque que si vous étiez un fumeur.



Radon

Le radon est un gaz **radioactif** qui est naturellement produit lors de la désintégration de l'**uranium** qui a lieu dans le sol et les roches, notamment le granite. Il peut passer du sol aux maisons et aux immeubles. Des taux d'exposition excessive au radon sont considérés comme étant un facteur causal important chez les patients souffrant d'un cancer du poumon qui n'ont jamais fumé. Cela peut être particulièrement significatif chez les mineurs qui travaillent sous terre qui peuvent être exposés à de forts taux de radon si les mines où ils travaillent se situent dans une zone géographique spéciale.



Prédisposition génétique

On pense que certaines personnes ont plus de probabilités de développer un cancer du poumon à cause de leur configuration génétique (Bailey-Wilson et al., 2004). L'existence d'un antécédent familial de cancer du poumon, ou d'autres types de cancer, augmente le risque de développer un cancer du poumon dans une certaine mesure. Chez les personnes qui sont génétiquement prédisposées à un cancer du poumon, le tabagisme augmente ultérieurement le risque.



Polluants ménagers et environnementaux

Il existe d'autres **facteurs de risque** de développer un CPNPC : l'exposition à l'**amiante** et à l'**arsenic**. Il est démontré que les taux de cancer du poumon sont plus élevés dans les villes que dans les zones rurales, si bien que des facteurs différents de la pollution atmosphérique pourraient en être responsables de ce schéma. Il a également été estimé que la pollution de l'air intérieur due à l'utilisation de poêles à charbon peut constituer un **facteur de risque** dans certains pays (Planchard et al., 2018). En Chine, par exemple, on assiste à une augmentation du taux de cancer du poumon chez les femmes, en dépit du fait que la proportion de femmes qui fument est inférieure en Chine par rapport à certains pays européens.



De récents résultats obtenus suite à une étude utilisant la **tomographie axiale assistée par ordinateur (CT scan)** pour dépister un cancer du poumon indiquaient une réduction de 26 % des décès par cancer du poumon après un suivi de 10 ans chez les hommes qui ne présentaient pas de symptômes de cancer du poumon mais qui étaient considérés comme présentant un risque élevé de développer la maladie (De Koning et al., 2018). Cependant, actuellement, le test de dépistage à grande échelle du CPNPC n'est pas une procédure de routine chez les personnes qui présentent un risque plus important de développer la maladie si l'on se base sur les **facteurs de risque** susmentionnés.

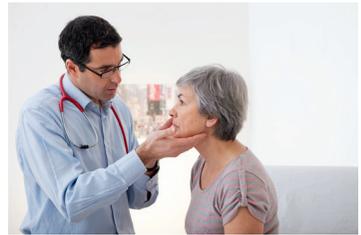
Comment le CPNPC est-il diagnostiqué ?

Chez la plupart des patients atteints de CPNPC, le diagnostic est effectué après avoir consulté le médecin suite à la manifestation des symptômes suivants : toux persistante, infection des voies respiratoires qui ne passe pas, **dyspnée**, sibilance respiratoire, présence de sang dans les crachats, douleurs au niveau de la poitrine ou des épaules qui ne disparaissent pas spontanément, enrouement ou abaissement de la voix, perte de poids inexplicquée, perte d'appétit ou extrême **fatigue**.

Le diagnostic du cancer du poumon se base sur les résultats obtenus suite à la réalisation des analyses et des examens suivants :

Examen clinique

Votre médecin effectuera un examen clinique. Il/elle examinera votre thorax et contrôlera les **ganglions lymphatiques** situés au niveau du cou. S'il/elle soupçonne un cas de cancer du poumon, il/elle pourra vous prescrire une **radiographie** du thorax ou éventuellement un **CT scan** (scanner), et vous enverra chez un spécialiste pour effectuer des examens supplémentaires.



Imagerie

L'imagerie est utilisée pour confirmer un diagnostic présumé de cancer du poumon et pour évaluer l'extension du cancer

Les différentes techniques d'imagerie comprennent :

- **La radiographie du thorax** : elle permettra au spécialiste de contrôler l'état de vos poumons et de vérifier toute éventuelle anomalie. Cet examen est généralement le premier effectué, en fonction des symptômes que vous ressentez et de l'examen clinique.
- **Le scanner du thorax et de la partie haute de l'abdomen** : Le scanner du thorax et de la partie haute de l'abdomen : une série d'images qui permettent de construire une image en trois dimensions de l'intérieur du corps est prise. Cela permet au spécialiste de collecter plus d'informations sur le cancer, comme la localisation exacte de la **tumeur** dans vos poumons, si les **ganglions lymphatiques** voisins sont affectés, et si le cancer s'est propagé à d'autres zones des poumons et/ou à d'autres parties du corps. Cet examen indolore nécessite environ 10 à 30 minutes.



- **Le scanner ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM) du cerveau** : cet examen permet aux médecins d'exclure ou de confirmer si le cancer s'est étendu au cerveau. Une **IRM** utilise un magnétisme puissant pour produire des images détaillées. L'injection d'un produit de contraste dans une veine du bras peut être effectuée pour aider à visualiser les images plus clairement. Cet examen est indolore mais peut être légèrement désagréable étant donné que vous devrez rester allongé immobile sur la table d'examen qui coulisse à l'intérieur d'un anneau pendant environ 30 minutes. Vous pourrez entendre et parler à la personne qui effectue le scanner.
- **La tomographie par émission de positons (PET scan) / tomодensitométrie (CT scan)** : combinaison d'un **PET scan** et d'un **CT scan**. Le **PET scan** utilise des radiations à faibles doses pour mesurer l'activité des cellules dans différentes parties du corps, c'est pourquoi un **PET-CT scan** apporte des informations plus détaillées sur la partie du corps qui est soumise au scanner. Un médicament légèrement **radioactif** sera injecté dans une veine sur le dos de votre main ou dans votre bras. Vous devrez ensuite vous reposer pendant environ une heure tandis qu'il se diffuse à travers l'ensemble de votre corps. Le scanner seul prendra 30 à 60 minutes, et bien qu'il faille rester allongé immobile, vous pourrez parler à la personne qui effectue le scanner. Un **PET/CT scan** est souvent effectué pour détecter des cas de **métastases** osseuses.

Examen histopathologique

L'examen d'une biopsie est recommandé chez tous les patients atteints de CPNPC étant donné qu'il contribue à déterminer la meilleure approche de traitement

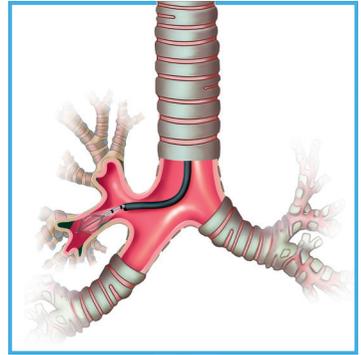
L'examen histopathologique consiste à analyser des cellules et des tissus malades au microscope ; une **biopsie** de la **tumeur** permet d'examiner attentivement un échantillon de cellules. L'examen d'une **biopsie** est recommandé chez tous les patients étant donné qu'il permet de confirmer le diagnostic de CPNPC, d'identifier le **sous-type histologique** du CPNPC, et d'identifier toute protéine anormale au sein des cellules **tumorales** qui pourrait aider à déterminer le traitement le plus adapté à votre cas (Planchard et al., 2018).



Les techniques pour obtenir une **biopsie** comprennent :

- **La bronchoscopie** : un médecin ou un(e) **infirmier(ère) spécialisé(e)** examine l'intérieur des voies respiratoires et des poumons à l'aide d'un tube appelé **bronchoscope**. Cet examen s'effectue sous **anesthésie locale**. Au cours de la **bronchoscopie**, le médecin ou l'infirmier(ère) prélèvera des échantillons de cellules (**biopsies**) à partir des voies respiratoires ou des poumons.
- **La biopsie du poumon à l'aiguille guidée par le scanner** : s'il est difficile d'obtenir une **biopsie** à l'aide de la **bronchoscopie**, votre médecin peut décider de l'obtenir au cours d'un **scanner**. Au cours

de cet examen, vous serez soumis à une **anesthésie locale** pour endormir la zone. Une fine aiguille est ensuite insérée dans la peau jusqu'au poumon afin que le médecin puisse prélever un échantillon de cellules **tumorales**. Cela ne prend généralement que quelques minutes.



- **La biopsie guidée par échographie endobronchique (EBUS)** : cette technique est utilisée pour confirmer si le cancer s'est étendu aux **ganglions lymphatiques** voisins, après que les **examens radiologiques** ont suggéré que cela pouvait être le cas. Un **bronchoscope**, dispositif muni d'une petite sonde à **ultrasons**, est introduit dans la **trachée** pour voir si les **ganglions lymphatiques** voisins sont plus gros qu'en temps normal. Le médecin peut introduire une aiguille le long du **bronchoscope** pour prélever des **biopsies** de la **tumeur** ou des **ganglions lymphatiques**. Cet examen peut être désagréable mais ne devrait pas être douloureux. Il dure moins d'une heure et, le test une fois terminé, vous devriez pouvoir rentrer chez vous le même jour.
- **La biopsie guidée par échographie œsophagienne (EUS)** : semblable à l'EBUS, cette technique est utilisée pour confirmer si le cancer s'est propagé aux **ganglions lymphatiques** voisins après que les **examens radiologiques** ont suggéré que cela pouvait être le cas. Cependant, contrairement à l'EBUS, la sonde à **ultrasons** est introduite le long de l'**œsophage**.
- **La médiastinoscopie** : cette technique est plus invasive que l'EBUS/EUS. Elle est toutefois recommandée comme examen supplémentaire dans le cas où l'EBUS/EUS ne confirmerait pas que le cancer s'est propagé aux **ganglions lymphatiques** voisins ou si les **ganglions lymphatiques** soumis à examen ne peuvent être atteints par l'EBUS. Une médiastinoscopie est réalisée sous **anesthésie générale** et une courte hospitalisation est nécessaire. Une petite entaille est réalisée dans la peau sur la partie antérieure de la base du cou et un tube y est inséré pour pouvoir atteindre votre thorax. Le tube est muni d'une lumière et d'une caméra : cela permet au médecin de regarder attentivement le centre du thorax – le médiastin – pour détecter tout **ganglion lymphatique** anormal, étant donné que ces zones sont les premières touchées lorsque le cancer se propage. Des échantillons de tissus et de **ganglions lymphatiques** peuvent être prélevés pour être soumis à un examen ultérieur.

Demandez plus de détails à votre médecin si vous avez des questions à propos de ces examens

Examen cytologique (cytopathologique)

Tandis que l'examen histopathologique est l'examen en laboratoire des tissus et des cellules, l'examen cytologique (ou examen cytopathologique) est l'examen des cellules cancéreuses qui se sont détachées de la **tumeur** de manière spontanée. Les méthodes fréquentes pour l'obtention d'échantillons afin de réaliser un examen cytologique comprennent :

- **La bronchoscopie** : le lavage broncho-alvéolaire (au cours duquel une solution légèrement salée nettoie la surface des voies respiratoires) et le recueil des sécrétions peuvent être effectués au cours d'une **bronchoscopie** pour contrôler la présence éventuelle de cellules cancéreuses.
- **La thoracentèse/drainage pleural** : l'épanchement pleural est une accumulation anormale de liquide entre les fines couches de tissu (**plèvre**) qui tapisse le poumon et la structure de la cage thoracique. Ce liquide peut être prélevé de la cavité pleurale à l'aide d'une ponction pleurale (thoracentèse) ou d'un drainage pleural et examiné en laboratoire pour contrôler la présence éventuelle de cellules cancéreuses.
- **La péricardiocentèse/drainage péricardique** : l'épanchement péricardique est une accumulation anormale de liquide entre le cœur et la poche qui l'enveloppe (**péricarde**). Ce liquide peut être prélevé par une ponction péricardique à l'aide d'une aiguille (péricardiocentèse) ou d'un drainage péricardique et examiné en laboratoire pour contrôler la présence éventuelle de cellules cancéreuses. Ces techniques sont effectuées à l'hôpital, généralement à l'aide d'une **échographie** pour pouvoir contrôler la position de l'aiguille. On vous administrera un **anesthésique local** et vous serez suivi attentivement pour éviter toute complication ultérieure.

Étant donné la position des poumons dans le corps, il peut être difficile d'obtenir des échantillons de cellules/tissus. Il peut être nécessaire de répéter certains de ces examens si les résultats obtenus ne sont pas concluants.

Comment mon traitement sera-t-il défini ?

Après la confirmation du diagnostic, votre **oncologue** examinera un certain nombre de facteurs utiles à la programmation de votre traitement. Cela comprend des informations sur vous-même et sur votre cancer.

Facteurs liés au patient

- Votre âge.
- Votre état de santé général.
- Vos antécédents médicaux.
- Vos antécédents de tabagisme.
- Résultats des analyses de sang et des scanners.

Facteurs liés au cancer

Le traitement dépend également du type de cancer du poumon dont vous souffrez (résultats des examens histopathologiques ou cytopathologiques), où il se situe dans le poumon (sa localisation) et s'il s'est étendu à d'autres parties du corps (résultats de l'imagerie).

Classification par stades

Il est important que votre médecin connaisse le stade du cancer afin qu'il/elle puisse déterminer la meilleure approche de traitement

La classification du cancer par stades est utilisée pour décrire sa taille et sa localisation et pour définir s'il s'est propagé depuis le lieu où il est né. La classification du cancer par stades repose sur un système de nombre/lettre – allant d'IA à IV. Généralement, plus le stade est bas, plus le **pronostic** est bon. La classification par stades prend en compte :

- la taille du cancer (dimension de la **tumeur** ; T) ;
- s'il s'est étendu aux **ganglions lymphatiques** (N) ;
- s'il s'est étendu (apparition de **métastases**) à d'autres zones des poumons ou à d'autres parties du corps (M).

La classification par stades est généralement effectuée deux fois : après les **examens radiologiques** et cliniques, et après la chirurgie, en cas de **tumeurs** pouvant être retirées par chirurgie.

Cancer du poumon non à petites cellules

Les différents stades du CPNPC sont décrits dans le tableau ci-dessous. Cela peut sembler compliqué mais votre médecin sera en mesure de vous expliquer quelles sont les parties de ce tableau qui correspondent à votre

STADE IA (T1-N0-M0)	<ul style="list-style-type: none"> La tumeur ne dépasse pas 3 cm, est toujours confinée à l'intérieur du poumon et ne s'est étendue à aucun des ganglions lymphatiques voisins. 	CPNPC de stade précoce
STADE IB (T2a-N0-M0)	<ul style="list-style-type: none"> La tumeur mesure de 3 à 4 cm, est toujours confinée à l'intérieur du poumon et ne s'est étendue à aucun des ganglions lymphatiques voisins. 	
STADE IIA (T2b-N0-M0)	<ul style="list-style-type: none"> La tumeur mesure de 4 à 5 cm, est toujours confinée à l'intérieur du poumon et ne s'est étendue à aucun des ganglions lymphatiques voisins. 	
STADE IIB (T1/2-N1-M0 ou T3-N0-M0)	<ul style="list-style-type: none"> La tumeur ne dépasse pas 5 cm, s'est étendue aux ganglions lymphatiques voisins mais à aucune autre partie du corps ; ou La tumeur mesure de 5 à 7 cm ou plusieurs tumeurs sont présentes dans le même lobe ; elle ne pas étendue aux ganglions lymphatiques voisins mais peut envahir d'autres parties du poumon, les voies respiratoires ou les zones environnantes situées juste en dehors du poumon, le diaphragme par exemple. 	
STADE IIIA (T1/2-N2-M0 ou T3-N1-M0 ou T4-N0/1-M0)	<ul style="list-style-type: none"> La tumeur ne dépasse pas 5 cm, s'est étendue à d'autres ganglions lymphatiques mais à aucune autre partie du corps ; ou La tumeur mesure de 5 à 7 cm ou plusieurs tumeurs sont présentes dans le même lobe ; elle s'est étendue aux ganglions lymphatiques voisins et peut envahir d'autres parties du poumon, les voies respiratoires ou les zones environnantes situées juste en dehors du poumon, le diaphragme par exemple ; ou La tumeur dépasse 7 cm et envahit les tissus et les structures situées bien au-delà du poumon, comme le cœur, la trachée ou l'œsophage, mais ne s'est pas étendue à d'autres parties du corps ; ou plusieurs tumeurs sont présentes dans différents lobes du même poumon. Le cancer a pu s'étendre ou pas aux ganglions lymphatiques voisins. 	CPNPC localement avancé
STADE IIIB (T1/2-N3-M0 ou T3-N2-M0 ou T4-N2-M0)	<ul style="list-style-type: none"> La tumeur ne dépasse pas 5 cm, s'est étendue à des ganglions lymphatiques plus éloignés mais ne se trouve pas dans d'autres parties du corps ; ou La tumeur mesure de 5 à 7 cm ou plusieurs tumeurs sont présentes dans le même lobe ; elle s'est étendue à d'autres ganglions lymphatiques et peut envahir d'autres parties du poumon, les voies respiratoires ou les zones environnantes situées juste en dehors du poumon, le diaphragme par exemple ; ou La tumeur dépasse 7 cm et envahit les tissus et les structures situées bien au-delà du poumon, comme le cœur, la trachée ou l'œsophage, mais ne s'est pas étendue à d'autres parties du corps ; ou plusieurs tumeurs sont présentes dans différents lobes du même poumon. Le cancer s'est étendu à d'autres ganglions lymphatiques. 	
STADE IV (toute T- toute N- M1)	<ul style="list-style-type: none"> La tumeur est d'une taille variable et a pu s'étendre ou pas aux ganglions lymphatiques. Le cancer est présent dans les deux poumons, s'est étendu à une autre partie du corps (par exemple le foie, les glandes surrénales, le cerveau ou les os) ou a provoqué une accumulation de liquide autour du poumon ou du cœur qui contient des cellules cancéreuses. 	

Classification AJCC/UICC 8e édition – version abrégée (Planchard et al., 2018)

AJCC, American Joint Committee on Cancer ; CPNPC, cancer du poumon non à petites cellules ; UICC, Union for International Cancer Control

Types de CPNPC

Résultats de la biopsie

Votre **biopsie** sera examinée en laboratoire pour déterminer :

- Le **sous-type histologique (adénocarcinome, carcinome épidermoïde ou carcinome à grandes cellules)**.
- Le **grade** de différenciation.
- La biologie de la **tumeur**.

Sous-type histologique

Le **sous-type histologique** de la **tumeur** peut influencer le type de traitement auquel vous serez soumis. Par exemple, des cancers non épidermoïdes peuvent bénéficier de certains traitements anticancéreux qui n'ont démontré leur efficacité que chez des patients atteints de ce **sous-type histologique**.



Grade

Le **grade** se base sur la différence visible des cellules **tumorales** par rapport aux cellules saines du poumon, et indique dans quelle mesure elles se différencient et à quelle vitesse elles se développent. Le **grade** sera une valeur comprise entre un et trois qui reflète l'agressivité des cellules **tumorales** ; plus le **grade** est élevé, plus la **tumeur** est agressive.

Examen biologique de la tumeur

Des échantillons de tissus de CPNPC **métastatique** appartenant au sous-type non épidermoïde doivent être examinés pour détecter la présence éventuelle de **mutations** spécifiques du **gène EGFR**. Bien que de telles **mutations** soient rares (approximativement 10 à 20 % des personnes appartenant au type caucasien souffrant d'**adénocarcinome**), détecter une **mutation** du **gène EGFR** est important pour le **pronostic** et les implications thérapeutiques chez les patients souffrant de CPNPC **métastatique**. L'examen de l'**EGFR** n'est pas recommandé chez les patients ayant un diagnostic de **carcinome épidermoïde**, excepté dans le cas de personnes n'ayant jamais fumé, d'anciens gros fumeurs ou de personnes qui fument légèrement (moins de 15 paquets-années). Les tissus doivent également être examinés pour détecter la présence d'une **mutation** spécifique (connue sous le nom de V600E) dans le **gène BRAF**, étant donné que des traitements sont disponibles pour traiter les **tumeurs** qui présentent cette **mutation** (Planchard et al., 2018).

L'examen de routine pour le remaniement des **gènes ALK** et **ROS1** est actuellement une pratique courante et doit être effectué, si possible, en parallèle avec l'analyse de la **mutation** de l'**EGFR**. Le **remaniement de l'ALK** est plus fréquent chez les personnes qui n'ont jamais fumé, chez ceux qui présentent un sous-type d'**adénocarcinome** (5 %) et chez les jeunes patients (de moins de 50 ans). Détecter les **remaniements de l'ALK** présente des implications thérapeutiques importantes chez les patients qui souffrent de CPNPC

métastatique étant donné l'existence de médicaments qui ciblent l'**ALK** (**crizotinib**, **céritinib** et **alectinib** par exemple) (Planchard et al., 2018 ; Novello et al., 2016). Certains inhibiteurs de l'**ALK**, y compris **crizotinib**, inhibent également le **gène ROS1**. Par conséquent, la présence de **remaniements de ROS1** contribue également à la prise de décision en ce qui concerne le traitement dans le cas de CPNPC **métastatique** (Planchard et al., 2018).

Ligand de la protéine de mort programmée 1 (PD-L1) : il s'agit d'une protéine cellulaire qui permettrait d'aider la **tumeur** à ne pas être détectée par le système immunitaire de l'organisme. La quantité de **PD-L1** présente dans une **tumeur** peut influencer la décision de traiter le cancer à l'aide d'une **immunothérapie anti-PD-L1**.

Qui est concerné par la planification de mon traitement ?

Dans la plupart des hôpitaux, une équipe de spécialistes planifiera le traitement le plus approprié à votre situation individuelle. L'**équipe multidisciplinaire** de professionnels médicaux peut comprendre :

- Un chirurgien.
- Un **oncologue** (médecin spécialiste de la gestion médicale du cancer).
- Un radio-**oncologue**.
- Un pneumologue.
- Un(e) **infirmier(ère) spécialisé(e)**.
- Un **radiologue** (ou radiologiste) qui a participé à l'évaluation des **radiographies** et des scanners.
- Un **pathologiste** qui a participé à l'analyse de la **biopsie** de votre **tumeur**.
- Un biologiste moléculaire qui a participé à l'analyse génétique de la **biopsie** de votre **tumeur**.
- Un psycho-oncologue pour fournir une évaluation et une aide psychiatrique.

Voici d'autres services pouvant être proposés : diététicien, travailleur social, infirmier(ère) en santé communautaire, kinésithérapeute, psychologue clinicien et service de **soins palliatifs** (qui peuvent accompagner le patient dans la gestion de la douleur). Après consultation avec l'**équipe multidisciplinaire**, votre médecin, si possible avec d'autres membres de l'équipe de soin, vous exposera le plan de traitement le plus approprié à votre situation et qui vous est proposé (Planchard et al., 2018). Ils vous expliqueront les avantages ainsi que les inconvénients potentiels des différents traitements.

Il est important que les patients soient pleinement impliqués dans la prise de décision quant au traitement à suivre – lorsque plusieurs traitements sont disponibles, les docteurs doivent faire participer les patients au processus de prise de décision quant à leur traitement afin que les patients puissent choisir le traitement qui répond à leurs besoins et qui reflète ce qui est important pour eux. On appelle cela « prise de décision partagée ».

Il est important que les patients soient pleinement impliqués dans les discussions et les décisions quant à leur traitement

Votre médecin sera heureux de répondre à toutes les questions que vous vous posez quant à votre traitement. Voici trois questions simples qui pourraient vous être utiles lorsque vous vous entretenez avec votre médecin ou tout autre professionnel de santé participant à votre traitement :

- Quelles sont les solutions de traitement qui se présentent à moi ?
- Quels sont les bienfaits possibles et les effets secondaires de ces solutions ?
- Quelles sont les probabilités que je puisse faire l'expérience de ces bienfaits et de ces effets secondaires ?

Quelles sont les solutions de traitement du CPNPC ?

Objectifs de traitement

En cas de CPNPC de **stade précoce**, quand le cancer est limité au poumon et qu'il est donc considéré comme pouvant être opéré, la **résection** chirurgicale constitue le traitement principal (Postmus et al., 2017). En cas de CPNPC **localement avancé**, un **traitement multimodal** est généralement adopté pour aider à réduire ou, dans certains cas, à supprimer complètement le cancer (Eberhardt et al., 2015). En cas de CPNPC **métastatique**, quand le cancer s'est étendu à d'autres parties du corps, et qu'il est incurable, de nombreux **traitements anti-cancéreux systémiques** peuvent être utilisés afin de ralentir le développement de la **tumeur** et d'améliorer les symptômes et la qualité de vie – on y associe des **soins de support** ou des **soins palliatifs** (Planchard et al., 2018).

Aperçu des différents types de traitement

Les traitements du CPNPC comprennent la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie et les thérapies ciblées

Le traitement que vous recevrez dépendra du stade et du type de cancer, ainsi que de votre état de santé général et de vos préférences de traitement, qui seront abordées avec votre médecin. Des combinaisons de traitements sont possibles. Les principaux types de traitement sont indiqués ci-dessous :

- En cas de diagnostic précoce, la **chirurgie** est parfois possible pour retirer un CPNPC. Le type d'opération proposée dépendra de la taille et de la localisation du cancer (Postmus et al., 2017):
 - La **résection cunéiforme** ou **segmentectomie** consiste à retirer une très petite portion du poumon ; cela est parfois proposé quand le cancer est diagnostiqué à un stade très précoce.
 - Une **lobectomie** consiste à retirer l'un des **lobes** du poumon ; il s'agit du traitement chirurgical standard du CPNPC.
 - Une **pneumectomie** consiste à retirer totalement l'un des poumons ; il s'agit d'une **résection** chirurgicale plus complexe que la **lobectomie** ou la **résection cunéiforme/segmentectomie**.
- La **chimiothérapie** fonctionne en perturbant la manière dont les cellules cancéreuses se développent et se divisent. Cependant, ces médicaments peuvent également affecter les cellules saines. La **chimiothérapie** peut être administrée avant ou après la chirurgie du CPNPC. Certaines personnes sont soumises simultanément à la **chimiothérapie** et à la **radiothérapie** – on parle alors de **chimioradiothérapie**. La **chimiothérapie** peut être administrée pour tenter de soigner le cancer ou de prolonger la vie et de maîtriser les symptômes (**soins palliatifs**) (Postmus et al., 2017; Planchard et al., 2018).
- Les **thérapies ciblées** et les **thérapies antiangiogéniques** sont des médicaments qui inhibent certaines transmissions de signaux spécifiques au sein des cellules cancéreuses qui visent à les encourager à se développer (Novello et al., 2016).

- Les **immunothérapies** sont des traitements qui inhibent certaines transmissions inhibitrices qui réduisent la réponse immunitaire du corps au cancer, en aidant par conséquent à réactiver le système immunitaire du corps pour qu'il puisse détecter et lutter contre le cancer (Novello et al., 2016).
- La **radiothérapie** est un type de traitement qui utilise les **rayonnements ionisants** qui endommagent l'**ADN** des cellules cancéreuses, provoquant ainsi leur mort. Elle peut être utilisée à la place de la chirurgie pour tenter de traiter un CPNPC de **stade précoce**. La **radiothérapie** peut être administrée après la **chimiothérapie** ou **simultanément (chimioradiothérapie)**. La **radiothérapie** est également utilisée pour maîtriser les symptômes quand le cancer se trouve à un stade plus avancé ou qu'il s'est étendu à d'autres parties du corps. Il existe différentes techniques de **radiothérapie**, y compris la **radiothérapie stéréotaxique d'ablation (SABR)** (si disponible), type de traitement externe qui utilise des faisceaux convergents qui libèrent une forte dose de rayonnements spécifiquement dirigés vers la **tumeur** (Postmus et al., 2017; Planchard et al., 2018).

Votre médecin et l'**infirmier(ère) spécialisé(e)** peuvent examiner l'ensemble des solutions de traitement disponibles pour votre cas et vous aider à prendre une décision en toute connaissance de cause sur le meilleur traitement à suivre pour vous.

La réponse à chacun des traitements que vous recevrez sera régulièrement évaluée pour définir si le traitement est efficace et dans quelle mesure et pour vérifier si les avantages l'emportent sur les effets secondaires que vous pourriez ressentir. Il est recommandé d'évaluer la réponse 6 à 12 semaines après le début du **traitement systémique anticancéreux** dans le cas d'un CPNPC de Stade IV. Cela se base sur la répétition des examens d'imagerie initiaux qui ont permis de visualiser le cancer (Novello et al., 2016 ; Planchard et al., 2018).

Les solutions de traitement du CPNPC de stade précoce (Stade I-II)

Le CPNPC de stade précoce qui est limité au poumon peut être soigné à l'aide de la chirurgie

La chirurgie constitue l'approche principale de traitement du CPNPC de **stade précoce** (Postmus et al., 2017). Cela implique l'ablation de la masse cancéreuse et de certains des **ganglions lymphatiques** voisins situés au niveau du thorax. Le nombre de **ganglions lymphatiques** retirés dépend du type de chirurgie pratiquée. La **résection** chirurgicale du CPNPC représente une intervention importante. Il faut que votre état de santé général soit bon pour être en mesure d'y faire face. Le type d'intervention peut être une **lobectomie** (solution préférable) ou une **résection cunéiforme/segmentectomie**. L'intervention peut être effectuée par chirurgie à ciel ouvert ou par **chirurgie thoracique vidéo-assistée (CTVA)**, en fonction de la préférence de votre chirurgien. La **CTVA** est généralement le choix privilégié en cas de **tumeurs** de Stade I (Postmus et al., 2017).

Les **ganglions lymphatiques** retirés au cours de la chirurgie seront ensuite examinés au microscope pour contrôler la présence éventuelle de cellules cancéreuses. Savoir si le cancer s'est étendu aux **ganglions lymphatiques** permet également aux médecins de décider si vous avez besoin d'un traitement ultérieur de **chimiothérapie adjuvante** ou de **radiothérapie** (Postmus et al., 2017).

La **chimiothérapie adjuvante** est généralement administrée chez les patients atteints d'un CPNPC de Stade II et peut être prise en compte chez certains patients atteints au Stade IB. Votre état de santé général et votre rétablissement postopératoire seront pris en compte lorsqu'il faudra décider de la nécessité ou pas de vous proposer une **chimiothérapie adjuvante**. La combinaison de deux médicaments différents est préférable (l'un des deux étant le **cisplatine**). Il est probable que l'on vous propose 3 ou 4 cycles de traitement (Postmus et al., 2017).

La **radiothérapie adjuvante** peut être administrée après la chirurgie chez les patients atteints d'un CPNPC de Stade II (Postmus et al., 2017).

Chez les patients atteints de CPNPC de Stade I qui ne désirent pas ou qui ne sont pas éligibles à la chirurgie, la **SABR** peut être proposée. Ce traitement vous sera administré en consultation externe au cours de 3 à 8 visites. Si votre **tumeur** dépasse 5 cm et/ou est localisée au centre du poumon, la **radiothérapie** radicale qui utilise des **schémas accélérés** ou effectués au quotidien, plus conventionnels, est préférable (Postmus et al., 2017).

Traitement du CPNPC de stade précoce (Stade I-II) – résumé (Postmus et al., 2017)

TYPE DE TRAITEMENT	PATIENTS	DÉTAILS DU TRAITEMENT	CONSIDÉRATIONS
Chirurgie	CPNPC de Stade I ou II	<ul style="list-style-type: none"> L'intervention peut être : <ul style="list-style-type: none"> Une lobectomie : ablation d'un des lobes du poumon (solution préférable), ou Résection cunéiforme ou segmentectomie : seule une petite portion de poumon est retirée (parfois utilisée pour le CPNPC de stade très précoce). Effectuée par chirurgie à ciel ouvert ou par CTVA. 	<ul style="list-style-type: none"> Risques associés à une chirurgie importante. Temps de récupération (plus rapide avec la CTVA). En général, possibilité de rentrer chez soi 3 à 7 jours après la chirurgie. Contrôle de la douleur postopératoire nécessaire.
Chimiothérapie adjuvante	CPNPC de Stade II, suite à une chirurgie CPNPC de Stade IB, suite à une chirurgie, si la tumeur primaire mesure plus de 4 cm (non recommandé en cas de CPNPC de Stade IA)	<ul style="list-style-type: none"> Combinaison de deux médicaments différents habituellement administrés par voie intraveineuse (dont l'un est le cisplatine). Généralement, 3 à 4 cycles de traitement. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessité d'avoir récupéré de la chirurgie avant de commencer toute chimiothérapie. L'état médical préexistant peut influencer sur l'éligibilité à la chimiothérapie.
SABR	Préférable pour le Stade I, si la chirurgie n'a pas été effectuée	<ul style="list-style-type: none"> Plus précise que la radiothérapie conventionnelle ; de très petites zones peuvent être ciblées à haute dose. Durée de traitement plus courte que celle de la radiothérapie conventionnelle (2 semaines de traitement). 	<ul style="list-style-type: none"> La SABR est associée à une faible toxicité chez les patients atteints de BPCO et chez les patients les plus âgés. La chirurgie peut être proposée ensuite si la SABR a été inefficace ou en cas de complications.
Radiothérapie radicale	Tumeurs > 5 cm et/ou avec localisation centrale Suite à une chirurgie incomplète	<ul style="list-style-type: none"> Conventionnelle (4 à 7 semaines de traitement avec brèves sessions quotidiennes du lundi au vendredi) ou schéma accéléré (nombre de traitements plus important sur une durée plus courte). 	

BPCO, bronchopneumopathie chronique obstructive ; **CPNPC**, cancer du poumon non à petites cellules ; **CTVA**, chirurgie thoracique vidéo-assistée ; **SABR**, radiothérapie stéréotaxique d'ablation

Solutions de traitement pour le CPNPC localement avancé (Stade III)

Il est probable que le traitement de la maladie localement avancée implique différents types de thérapies

Le CPNPC **localement avancé** représente une maladie très diversifiée (voir Stades IIIA et IIIB dans le tableau de classification AJCC/UICC). Il est donc impossible de recommander une approche du traitement « à taille unique ». Certains patients atteints de CPNPC de Stade III présentent une **tumeur** considérée comme **réséquable**, c'est-à-dire que votre médecin/chirurgien estime qu'elle peut être complètement retirée par chirurgie immédiatement ou après un cycle de **chimiothérapie** (avec ou sans **radiothérapie**). En revanche, d'autres patients atteints de CPNPC de Stade III présentent une **tumeur** considérée comme **non réséquable**, c'est-à-dire que la chirurgie est impossible à cause de la taille/localisation de la **tumeur** et de l'implication des **ganglions lymphatiques** au centre du thorax. Par conséquent, il est probable que la meilleure approche de traitement du CPNPC de Stade III soit une combinaison de différents types de traitements (chirurgie, **chimiothérapie** et/ou **radiothérapie**), appelée **traitement multimodal** (Postmus et al., 2017 ; Eberhardt et al., 2015).

Chez les patients appartenant à la catégorie du CPNPC de Stade III avec **tumeur** potentiellement **réséquable**, les solutions de traitement sont généralement le **traitement d'induction** avec **chimiothérapie** ou **chimioradiothérapie**, suivi par la chirurgie (préférable dans le cas de patients chez qui il est probable que la **tumeur** soit complètement retirée par **lobectomie**) ou **chimioradiothérapie**.

Chez les patients appartenant à la catégorie du CPNPC de Stade III avec **tumeur non réséquable**, il est préférable de les traiter par **chimioradiothérapie**. En alternative, un **traitement séquentiel** par **chimiothérapie** tout d'abord puis par **radiothérapie** peut être administré chez les patients qui ne sont pas en mesure de tolérer le traitement **simultané** (Postmus et al., 2017).

La **chimiothérapie** fait partie intégrante du traitement du CPNPC de Stade III. En général, un **régime** combiné (deux médicaments différents) à base de **cisplatine** est proposé. Il vous sera généralement proposé d'effectuer 2 à 4 cycles. Cela dépend si la **chimiothérapie** est administrée seule ou comme partie d'un cycle de **chimioradiothérapie**. Chez certains patients soumis à une chirurgie initiale pour traiter un CPNPC estimé de Stade I ou II, mais qui se révèle de Stade III au cours de la chirurgie, il est alors probable que la **chimiothérapie adjuvante** soit administrée après la chirurgie (Postmus et al., 2017).

Dans le cas d'un CPNPC de Stade III, lorsque la **radiothérapie** est administrée en même temps que la **chimiothérapie**, elle est administrée sous forme de doses quotidiennes conventionnelles et le traitement ne doit pas excéder 7 semaines. Elle peut être administrée selon un **schéma accéléré (plus fortes doses sur une durée plus courte)**. Cependant, tout avantage potentiel pour le résultat probable de la chirurgie devra être

comparé à la toxicité potentiellement plus élevée. En cas d'administration **séquentielle**, la **radiothérapie** peut être administrée selon un **schéma accéléré** : cela consiste à administrer des doses plus fortes sur une durée plus brève (*Postmus et al., 2017*).

Dans le CPNPC de Stade III, non opérable, traité par radiochimiothérapie, l'agent d'**immunothérapie durvalumab** peut être proposé aux patients en consolidation, si leurs **tumeurs** contiennent un certain niveau d'expression de la protéine **PD-L1** (déterminé par un test moléculaire réalisé à partir d'une **biopsie** de la **tumeur**) (*Imfinzi SPC, 2018*).

Traitement du CPNPC localement avancé (Stade III) – résumé (Postmus et al., 2017)

TYPE DE TRAITEMENT	PATIENTS	DÉTAILS DU TRAITEMENT	CONSIDÉRATIONS
Chirurgie	CPNPC réséquable de Stade III	<ul style="list-style-type: none"> • Prédéférable dans le cas où une résection complète par lobectomie est attendue, pour épargner autant de tissu du poumon que possible. • Peut nécessiter une pneumectomie (ablation d'un poumon) chez certains patients. • Peut être proposée après un cycle initial de chimiothérapie (+/- radiothérapie) – appelé traitement d'induction. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le résultat dépend de l'extension de l'implication des ganglions lymphatiques au centre du thorax – peut parfois n'être connu qu'après la chirurgie. • Les examens de la fonction pulmonaire sont importants avant d'opter pour la chirurgie.
Chimiothérapie		<ul style="list-style-type: none"> • Un régime intraveineux à base de cisplatine est préférable (cisplatine-étoposide ou cisplatine-vinorelbine). • Généralement, 2 à 4 cycles de traitement sont administrés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Une combinaison à base de carboplatine peut être choisie si vous souffrez d'autres troubles médicaux qui pourraient influencer sur la manière dont vous tolérez la chimiothérapie. • Il est probable que vous ressentiez plus d'effets secondaires si la chimiothérapie est administrée en même temps que la radiothérapie.
	CPNPC réséquable de Stade III	<ul style="list-style-type: none"> • Si votre tumeur est réséquable, la chimiothérapie peut être administrée avant la chirurgie comme traitement d'induction (chimiothérapie +/- radiothérapie). • Si vous êtes soumis à une intervention chirurgicale initiale et que l'on découvre que le cancer s'est étendu aux ganglions lymphatiques situés au niveau du thorax, une chimiothérapie adjuvante peut vous être proposée. 	
	CPNPC non réséquable de Stade III	<ul style="list-style-type: none"> • Administrée en même temps que la radiothérapie (prédéférable) ou séquentiellement (avant la radiothérapie) si le traitement simultané ne peut être toléré. 	
Radiothérapie	CPNPC réséquable de Stade III	<ul style="list-style-type: none"> • Peut être administrée après l'intervention chez les patients qui ont subi une résection incomplète. • Quand elle est administrée avant l'intervention en même temps que la chimiothérapie, elle peut l'être sous forme de doses conventionnelles ou selon un schéma accéléré. 	
	CPNPC non réséquable de Stade III	<ul style="list-style-type: none"> • Peut être administrée sous forme de doses conventionnelles quotidiennes comme partie d'un schéma de chimioradiothérapie (jusqu'à 7 semaines) ou séquentiellement (après la chimiothérapie) selon un schéma accéléré. 	
Immunothérapie	CPNPC non réséquable de Stade III	<ul style="list-style-type: none"> • Durvalumab peut être proposé si le cancer n'a pas progressé suite à la chimioradiothérapie (expression PD-L1 sur $\geq 1\%$ des cellules cancéreuses) 	

CPNPC, cancer du poumon non à petites cellules ; PD-L1, ligand de la protéine de mort programmée 1

Solutions de traitement du CPNPC métastatique (Stade IV)

La chimiothérapie constitue le traitement principal en cas de CPNPC métastatique

Le CPNPC **métastatique** est habituellement considéré comme inopérable. Il est fort peu probable que la(les) **tumeur(s)** puissent être complètement retirées. Par conséquent, la probabilité de guérison est faible. Cependant, les interventions chirurgicales peuvent soulager les symptômes causés par la maladie qui s'étend à d'autres parties du corps. De même, la **radiothérapie** peut aider à maîtriser les symptômes qui apparaissent suite à la propagation de la maladie à certains organes, y compris le cerveau et les os (*Planchard et al., 2018*).

Le **traitement anticancéreux systémique** est le traitement principal du CPNPC de Stade IV. Il vise à améliorer la qualité de vie et à prolonger la survie du patient. De nombreux types de médicaments différents sont disponibles. Le choix des médicaments dépendra largement de votre état de santé général et du type de **tumeur** dont vous souffrez (*Planchard et al., 2018*).

La **chimiothérapie intraveineuse** qui se base sur une combinaison de deux médicaments (**doublet de chimiothérapie**) représente le traitement principal chez les patients atteints de CPNPC **métastatique** dont le cancer ne contient pas de modifications spécifiques des **gènes EGFR** ou **ALK** ou des taux élevés de protéine **PD-L1** (valeur déterminée par un test moléculaire à partir d'une **biopsie** de la **tumeur**). Il est probable que le **doublet de chimiothérapie** comprenne un composé **à base de platine** ainsi que de la **gemcitabine**, de la **vinorelbine** ou un **taxane**. L'ajout de **pemetrexed**, de la **thérapie ciblée bevacizumab** ou de l'agent d'**immunothérapie pembrolizumab** peut également être considéré pour un CPNPC non épidermoïde. Chez les patients dont l'état de santé général est médiocre, une autre solution de traitement consiste à administrer un seul agent de **chimiothérapie – gemcitabine, vinorelbine** ou **docétaxel** (*Planchard et al., 2018*).

Les patients dont les **tumeurs** présentent des **mutations** de l'**EGFR** ou du **BRAF**, ou des **remaniements de l'ALK** ou de **ROS1**, sont traités de manière plus efficace à l'aide de **thérapies ciblées** par voie orale. Le **géfítinib**, l'**erlotinib**, l'**afatinib**, l'**osimertinib** ou l'**erlotinib** en combinaison avec le **bevacizumab** sont des solutions pour les **tumeurs** qui présentent des **mutations** de l'**EGFR**. Le **dabrafénib** en combinaison avec le **tramétinib** est recommandé chez les patients atteints de **tumeurs** qui présentent une **mutation BRAF V600E**. Le **crizotinib**, le **céritinib**, ou l'**alectinib** sont proposés aux patients qui présentent un **remaniement de l'ALK** et le **crizotinib** est recommandé chez les patients qui présentent un **remaniement de ROS1** (*Planchard et al., 2018*).

Les patients dont les **tumeurs** présentent des taux relativement élevés de protéine **PD-L1** (valeur déterminée par un test moléculaire à partir d'une **biopsie** de la **tumeur**) peuvent recevoir une **immunothérapie de première ligne** à base de **pembrolizumab** (*Planchard et al., 2018*).

Cancer du poumon non à petites cellules

Après 4 à 6 cycles de **doublet de chimiothérapie**, un **traitement de maintenance** à base de **pemetrexed** peut être administré chez les patients qui présentent un bon état de santé général et des **tumeurs** non épidermoïdes afin de prolonger l'effet de la **chimiothérapie** de **première ligne** sur le contrôle de la **tumeur**. **Erlotinib** peut être proposé comme **traitement de maintenance** chez les patients dont les **tumeurs** présentent des **mutations** de l'**EGFR** (Planchard et al., 2018).

D'autres lignes de traitement peuvent être proposées en fonction du traitement de **première ligne** reçu par le patient et de son état de santé général. Les solutions de traitement comprennent: **chimiothérapie** (**pemetrexed** ou **docétaxel**), **immunothérapie** (**nivolumab**, **pembrolizumab** ou **atezolizumab**), **thérapie antiangiogénique** (**nintédanib** ou **ramucirumab**) plus **docétaxel**, et **thérapies ciblées** (**afatinib** ou **erlotinib**). Les patients dont les **tumeurs** présentent des **mutations** de l'**EGFR** qui ont reçu un traitement de **première ligne** à base d'**erlotinib**, de **géfítinib** ou d'**afatinib**, et chez qui l'anomalie appelée **mutation T790M** est confirmée, peuvent être traités à l'aide d'**osimertinib** de **deuxième ligne**. Les patients qui présentent une **mutation BRAF V600E** confirmée ayant reçu un traitement de **première ligne** à base de **dabrafenib** et de **trametinib** peuvent recevoir une **chimiothérapie** de **deuxième ligne à base de platine**. Les patients dont les **tumeurs** présentent des **remaniements de l'ALK** qui ont reçu un traitement de **première ligne** à base de **crizotinib** peuvent être traités à l'aide de **céritinib**, d'**alectinib**, de **brigatinib** ou de **lorlatinib** de **deuxième ligne** si disponible. Les patients qui présentent des **remaniements de ROS1** confirmés ayant reçu un traitement de **première ligne** à base de **crizotinib** peuvent recevoir une **chimiothérapie** de **deuxième ligne à base de platine** (Planchard et al., 2018).

Traitement du CPNPC métastatique (Stade IV) – résumé (Planchard et al., 2018)

TYPE DE TRAITEMENT	PATIENTS	DÉTAILS DU TRAITEMENT	CONSIDÉRATIONS
Chimiothérapie	<p>Tumeurs EGFR-négatives et ALK-négatives</p> <ul style="list-style-type: none"> Bon état de santé général, aucun autre trouble médical majeur 	<p>Première ligne :</p> <ul style="list-style-type: none"> Régime intraveineux à base de platine préférable (combinaison de 2 médicaments à base de cisplatine, ou de carboplatine + gemcitabine, vinorelbine ou un taxane). Le pemetrexed peut être ajouté au régime du traitement en cas d'histologie non épidermoïde. 4-6 cycles (un traitement de maintenance avec un seul agent – pemetrexed – peut être proposé après 4 cycles). <p>Deuxième ligne :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pemetrexed (type non épidermoïde) ou docétaxel. 	<ul style="list-style-type: none"> La réponse au traitement à base de platine, la toxicité et l'état de santé général du patient après le traitement initial doivent être pris en compte lors de la décision concernant le traitement de maintenance. Les patients dont l'état de santé général est très médiocre ne sont pas éligibles à la chimiothérapie ; le seul traitement est de garantir de meilleurs soins de support.
	<ul style="list-style-type: none"> Patients moins en forme/plus âgés 	<p>Première ligne :</p> <ul style="list-style-type: none"> Régime à base de carboplatine préférable ; une monothérapie par gemcitabine, vinorelbine ou docétaxel peut être proposée. 	
Thérapie ciblée	Mutation de l'EGFR	<p>Première ligne :</p> <ul style="list-style-type: none"> Géfitinib, erlotinib, afatinib ou osimertinib. Erlotinib + bevacizumab <p>Deuxième ligne :</p> <ul style="list-style-type: none"> Osimertinib. 	<ul style="list-style-type: none"> Étant donné que la plupart des thérapies ciblées sont généralement bien tolérées, elles peuvent également être proposées aux patients qui présentent un état de santé général modéré/médiocre.
	Mutation de BRAF	<p>Première ligne :</p> <ul style="list-style-type: none"> Dabrafénib + tramétinib. 	
	Remaniement de l'ALK	<p>Première ligne :</p> <ul style="list-style-type: none"> Crizotinib, céritinib ou alectinib. <p>Deuxième ligne :</p> <ul style="list-style-type: none"> Céritinib, alectinib, brigatinib ou lorlatinib suite au traitement de première ligne à base de crizotinib. 	
	Remaniement de ROS1	<p>Première ligne :</p> <ul style="list-style-type: none"> Crizotinib 	
	Thérapie ciblée dans des tumeurs sans mutations spécifiques	<p>Première ligne :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le bevacizumab intraveineux peut être ajouté à un régime à base de platine (type non épidermoïde) chez les patients qui présentent un bon état de santé général. <p>Deuxième ligne :</p> <ul style="list-style-type: none"> Erlotinib, nintédanib + docétaxel (adénocarcinome), ramucirumab + docétaxel, afatinib. 	

Cancer du poumon non à petites cellules

TYPE DE TRAITEMENT	PATIENTS	DÉTAILS DU TRAITEMENT	CONSIDÉRATIONS
Immunothérapie	<p>Tumeurs EGFR-négatives et ALK-négatives</p> <ul style="list-style-type: none"> Bon état de santé général, aucun autre trouble médical majeur 	<p>Première ligne :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pembrolizumab (chez les patients qui présentent des tumeurs fortement PD-L1-positives). Pembrolizumab en combinaison avec pemetrexed et une chimiothérapie à base de platine (type non épidermoïde) <p>Deuxième ligne :</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivolumab, pembrolizumab ou atezolizumab (indépendamment de l'expression de PD-L1). 	
Chirurgie	Peut être utilisée pour soulager les symptômes causés par l'extension du cancer.	Des techniques mini-invasives peuvent être efficaces, comme le positionnement d'un stent pour soulager l'obstruction des voies respiratoires.	
Radiothérapie	Peut être utilisée pour soulager les symptômes causés par l'extension du cancer.	<ul style="list-style-type: none"> La radiothérapie peut permettre de maîtriser les symptômes en cas de métastases osseuses et cérébrales. Elle peut également soulager les symptômes causés par l'obstruction des voies respiratoires. 	

ALK, kinase du lymphome anaplasique ; CPNPC, cancer du poumon non à petites cellules ; EGFR, récepteur du facteur de croissance épidermique ; PD-L1, ligand de la protéine de mort programmée 1

Maladie oligométastatique

Quand le cancer s'étend au-delà du site où il a débuté mais qu'il n'est pas encore complètement **métastatique**, on parle de **maladie oligométastatique**. Si des **oligométastases synchrones** vous sont diagnostiquées, il peut être possible d'obtenir une survie à long terme sans maladie en suivant une **chimiothérapie** et en effectuant un traitement local radical, comme une **radiothérapie** à haute dose ou une chirurgie ; la participation à un **essai clinique** approprié à votre cas peut vous être conseillé par votre médecin (*Planchard et al., 2018*). De même, si vous présentez un nombre limité d'**oligométastases métachrones** qui apparaissent suite au traitement de votre **tumeur primaire**, un traitement, comme une **radiothérapie** à haute dose ou une chirurgie, peut vous être proposé (*Planchard et al., 2018*).

Essais cliniques

Votre médecin peut vous demander si vous désiriez participer à un **essai clinique**. Il s'agit d'une étude conduite sur des patients afin de (*ClinicalTrials.gov, 2017*):

- Tester de nouveaux traitements.
- Analyser de nouvelles combinaisons de traitements existants, ou changer la manière dont ils sont administrés pour les rendre plus efficaces ou pour réduire leurs effets secondaires.
- Comparer l'efficacité des médicaments utilisés pour maîtriser les symptômes.
- Découvrir comment les traitements anticancéreux fonctionnent.

Les **essais cliniques** contribuent à améliorer les connaissances à propos du cancer et à développer de nouveaux traitements. Y prendre part peut apporter de nombreux avantages. Vous serez soigneusement contrôlé pendant et après l'étude, et le nouveau traitement peut offrir des avantages par rapport aux autres traitements existants. Cependant, il est important de garder à l'esprit que l'on découvre parfois que certains nouveaux traitements ne sont pas aussi efficaces que les traitements existants ou que les effets secondaires l'emportent sur les avantages (*ClinicalTrials.gov, 2017*).

Les essais cliniques contribuent à améliorer les connaissances à propos des maladies et à développer de nouveaux traitements – y prendre part peut apporter de nombreux avantages

De nombreux nouveaux médicaments pour traiter le CPNPC sont étudiés au cours d'**essais cliniques**, y compris les **thérapies ciblées** et les agents d'**immunothérapie**.

Le **lorlatinib** est une **thérapie ciblée** qui a récemment été approuvée en Europe pour traiter le CPNPC **métastatique ALK**-positif suite au traitement à l'aide d'un ou de plusieurs inhibiteurs de l'**ALK** (*EMA, 2019a*). Une autre **thérapie ciblée**, le **dacomitinib**, a été récemment approuvée pour le traitement de **première ligne** du CPNPC **localement avancé** ou **métastatique** présentant des **mutations** activant l'**EGFR** (*EMA, 2019b*).

Des **essais cliniques** ont également examiné différentes combinaisons de médicaments existants ; par exemple, tandis que l'**atezolizumab** est actuellement utilisé pour le traitement de **deuxième ligne** du CPNPC, il a récemment laissé espérer des résultats encourageants comme traitement de **première ligne** du CPNPC **métastatique** non épidermoïde en combinaison avec la **chimiothérapie** (*Cappuzzo et al., 2018*) et **bevacizumab** plus **chimiothérapie** (*Socinski et al., 2018a*) et en cas de CPNPC épidermoïde en combinaison avec la **chimiothérapie** (*Socinski et al., 2018b*). L'**erlotinib** a également laissé espérer des résultats encourageants comme traitement **néoadjuvant** en cas de CPNPC **localement avancé** présentant des **mutations** de l'**EGFR** (*Zhong et al., 2018*).

Vous avez le droit d'accepter ou de refuser de participer à un **essai clinique** sans que cela n'entraîne aucune conséquence sur la qualité de votre traitement. Si votre médecin ne vous demande pas de participer à un **essai clinique** et que vous désirez en savoir plus sur cette solution, vous pouvez demander à votre médecin si un essai pour votre type de cancer a lieu près de chez vous (*ClinicalTrials.gov, 2017*) ou en France : www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Le-registre-des-essais-cliniques.

Interventions supplémentaires

Les patients peuvent trouver que les soins supplémentaires les aident à faire face au diagnostic, au traitement et aux effets à long terme du CPNPC

Au cours de la maladie, les traitements anti-cancéreux devraient être remplacés par des interventions visant à prévenir les complications liées à la maladie et au traitement, et à augmenter au maximum votre qualité de vie. Ces interventions peuvent comprendre des **soins de support**, des **soins palliatifs**, des soins de survie et des soins de fin de vie, qui doivent être coordonnés par une **équipe multidisciplinaire** (Jordan et al., 2018). Demandez à votre médecin ou à votre infirmier(ère) quelles sont les interventions supplémentaires disponibles ; vous et vos proches pourriez recevoir des soutiens en provenance de différentes sources, comme un diététicien, un travailleur social, un prêtre ou un thérapeute occupationnel.

Soins de support

Les **soins de support** impliquent la gestion des symptômes du cancer et des effets secondaires du traitement. De nombreuses thérapies sont disponibles pour vous aider à gérer le CPNPC. Elles comprennent les agents ciblant le remodelage osseux (**acide zolédronique** et le **dénosumab** par exemple, utilisés pour réduire l'incidence des fractures fréquemment associées à la présence de **métastases** osseuses), les **stents** (pour soulager de graves obstructions des voies respiratoires qui peuvent causer la **dyspnée**), la gestion de la douleur et le soutien nutritionnel (Plancharde et al., 2018). Généralement, des **soins de support** précoces sont recommandés en parallèle avec les traitements du cancer en lui-même : ils peuvent améliorer votre qualité de vie et votre humeur et réduisent la nécessité d'effectuer un traitement agressif (Plancharde et al., 2018).

Soins palliatifs

L'expression « **soins palliatifs** » est utilisée pour décrire des interventions de soin en cas de maladie avancée, comprenant la gestion des symptômes ainsi que le soutien pour faire face au **pronostic**, pour prendre des décisions difficiles et pour préparer les soins de fin de vie. En cas de cancer du poumon avancé, les **soins palliatifs** peuvent inclure des traitements pour lutter contre la douleur, contre l'obstruction des voies respiratoires et les escarres.

Soins de survie

Le soutien pour les patients qui survivent à un cancer comprennent un soutien social, une formation au sujet de la maladie et une réhabilitation. Par exemple, un soutien psychologique peut vous aider à faire face à vos inquiétudes et à vos craintes. Les patients estiment souvent qu'un soutien social est essentiel pour faire face au diagnostic du cancer, à son traitement et aux conséquences émotionnelles. Un plan de soins de survie peut vous aider à retrouver votre bien-être dans votre vie personnelle, professionnelle et sociale. Pour plus d'informations et de conseils sur la survie, veuillez consulter le guide ESMO pour le patient sur la survie (<https://www.esmo.org/content/download/147200/2660987/file/ESMO-Guide-pour-les-Patients-Survie.pdf>).



Soins de fin de vie

Les soins de fin de vie pour les patients souffrant d'un cancer incurable se concentrent tout d'abord sur le confort du patient et consistent à lui fournir un soulagement approprié des symptômes physiques et psychologiques, une sédation **palliative** par exemple, pour entraîner une inconscience qui permet de soulager les fortes douleurs, la **dyspnée**, le délire ou les convulsions (Cherny, 2014). Parler des soins de fin de vie peut être très pénible, mais un soutien sera toujours disponible pour vous et votre famille à ce moment-là.

Quels sont les effets secondaires éventuels du traitement ?

Comme pour tout traitement médical, votre traitement anticancéreux peut provoquer des effets secondaires. Les effets secondaires les plus fréquents pour chaque type de traitement sont indiqués ci-dessous, ainsi que certaines informations sur la manière de les gérer. Il se peut que vous ressentiez des effets secondaires différents de ceux qui sont ici abordés. Il est important de parler à votre médecin ou à l'**infirmier(ère) spécialisé(e)** à propos de tout effet secondaire potentiel qui vous inquiète.



Les médecins classifient les effets secondaires de tout traitement de cancer en attribuant à chaque événement un « degré » sur une échelle de 1 à 4, par gravité croissante. En général, des effets secondaires de 1er « degré » sont considérés comme légers, de 2e « degré » comme modérés, de 3e « degré » comme sévères et de 4e « degré » comme très sévères. Cependant, le critère précis utilisé pour attribuer un « degré » à un effet secondaire spécifique varie en fonction de l'effet secondaire considéré. L'objectif reste celui d'identifier et de faire face à l'effet secondaire avant que celui-ci ne devienne sévère. Vous devez donc toujours signaler tout symptôme inquiétant à votre médecin dès que possible.

En cas d'inquiétude, il est important de parler à votre médecin à propos des effets secondaires liés à tout traitement

La **fatigue** est très fréquente chez les patients soumis à un traitement anticancéreux. Elle peut être due au cancer en lui-même ou aux traitements. Votre médecin ou infirmier(ère) peut vous fournir des stratégies pour limiter l'impact de la **fatigue**, bien se reposer, manger sainement et rester actif par exemple (*Cancer.Net, 2017*). Le manque d'appétit et la perte de poids peuvent également apparaître à cause du cancer lui-même ou des traitements. Une perte de poids importante, entraînant à la fois une perte de masse grasse et de masse musculaire, peut provoquer une faiblesse, une réduction de la mobilité et une perte d'indépendance, ainsi que de l'anxiété et une dépression (*Escamilla and Jarrett, 2016*). Votre médecin peut vous envoyer chez un diététicien afin que ce dernier puisse vérifier vos besoins nutritionnels et vous conseiller quant au régime alimentaire à adopter et à tout complément dont vous pourriez avoir besoin.

Chirurgie

Les effets secondaires à la suite d'une chirurgie anticancéreuse varient en fonction de la localisation, du type de chirurgie et de votre état de santé général (*Cancer.Net, 2018*). Les effets secondaires fréquents qui suivent une **résection** du poumon sont résumés dans le tableau ci-dessous.

EFFET SECONDAIRE ÉVENTUEL	COMMENT GÉRER L'EFFET SECONDAIRE
Douleurs	Les douleurs ou l'inconfort sont fréquents après une chirurgie. Ils peuvent habituellement être maîtrisés en utilisant un antalgique. Informez toujours votre médecin ou votre infirmier(ère) si vous ressentez des douleurs, afin qu'ils puissent les traiter dès que possible (<i>Cancer.Net, 2018</i>)
Infection	Vous serez informé sur la manière de réduire les risques d'infection. Voici certains signes d'infection : rougeurs, chaleur, douleurs accrues aux alentours de la plaie et plaie suintante. Si vous notez l'un de ces signes, contactez votre infirmier(ère) ou votre médecin (<i>Cancer.Net, 2018</i>)
Fuite aérienne prolongée	La fuite aérienne est une conséquence naturelle d'une ablation du poumon mais si elle dure plus de 7 jours, elle augmente les risques d'autres complications. Votre chirurgien prendra des précautions pour minimiser le risque de fuite aérienne prolongée (<i>Ziarnik et al., 2015</i>)
Pneumonie	Le risque de pneumonie peut être réduit en respectant les recommandations fournies par votre médecin : vous devriez par exemple effectuer tout exercice de kinésithérapie recommandé (toussez par exemple), commencer à marcher/bouger dès que possible après la chirurgie et éviter de fumer. Si vous contractez une pneumonie , elle peut généralement être traitée à l'aide d'un antibiotique (<i>Ziarnik et al., 2015</i>)

Effets secondaires fréquents liés à la chirurgie du cancer du poumon et solutions de gestion

Radiothérapie

Pour certains patients, la **radiothérapie** cause peu, voire aucun effet secondaire, tandis que pour d'autres, les effets secondaires peuvent être graves. Ils apparaissent car la **radiothérapie** peut endommager les tissus sains qui se trouvent à proximité de la zone traitée. Ils dépendront de la localisation de la zone traitée, de la dose de rayonnements et de votre état de santé général. Les effets secondaires commencent habituellement à apparaître 2 ou 3 semaines après le traitement, et disparaissent quelques semaines après la fin du traitement (*Cancer.Net, 2016*).

EFFET SECONDAIRE ÉVENTUEL	COMMENT GÉRER L'EFFET SECONDAIRE
Dommages cutanés (sécheresse, démangeaisons, formation d'ampoules ou desquamation par exemple)	Ces effets secondaires disparaissent habituellement quelques semaines après la fin du traitement. Si les dommages cutanés deviennent un problème sérieux, votre médecin peut modifier votre plan de traitement (<i>Cancer.Net, 2016</i>)
Œsophagite	Après 2 à 3 semaines de radiothérapie du thorax, vous pouvez avoir des difficultés à déglutir, des brûlures d'estomac ou une indigestion. Cela est un effet de la radiothérapie , qui peut provoquer une inflammation de l' œsophage . Votre médecin ou votre infirmier(ère) sera en mesure de vous conseiller sur la manière de faire face à ces symptômes et pourra vous prescrire des médicaments pour vous aider (<i>Macmillan, 2015a</i>)
Poumon radique (toux, fièvre et plénitude thoracique)	Les patients qui sont soumis à une radiothérapie du thorax peuvent développer une affection appelée poumon radique . Cela apparaît généralement entre 2 semaines et 6 mois après la radiothérapie mais est habituellement temporaire. Informez votre médecin ou votre infirmier(ère) si vous ressentez l'un des signes de poumon radique (<i>Cancer.Net, 2016</i>)

Effets secondaires fréquents liés à la **radiothérapie** utilisée pour traiter le cancer du poumon et solutions de gestion

Chimiothérapie

Les effets secondaires liés à la **chimiothérapie** varient en fonction des médicaments et des doses utilisées – vous pouvez avoir certains de ceux mentionnés ci-dessous mais il est très peu probable que vous les ayez tous. Il est probable que les patients qui reçoivent une combinaison de différents médicaments de **chimiothérapie** souffrent de plus d'effets secondaires que ceux qui reçoivent un seul médicament de **chimiothérapie**. Les zones principales du corps affectées par la **chimiothérapie** sont celles où les nouvelles cellules sont fabriquées et remplacées rapidement (**moelle osseuse, follicules pileux, appareil digestif**, muqueuse buccale). Une réduction du taux de **neutrophiles** (type de globules blancs) peut entraîner une **neutropénie**, qui vous rendra plus susceptible de contracter une infection. Certains médicaments de **chimiothérapie** peuvent affecter la fertilité – si cela vous inquiète, parlez-en avec votre médecin avant le début du traitement. La plupart des effets secondaires de la **chimiothérapie** sont temporaires et peuvent être maîtrisés à l'aide de médicaments ou de modifications de votre style de vie – votre médecin ou votre infirmier(ère) vous aidera à les gérer (*Macmillan, 2016*).

MÉDICAMENT DE CHIMIOTHÉRAPIE	EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES	COMMENT GÉRER LES EFFETS SECONDAIRES
Carboplatine (Macmillan, 2015b)	<ul style="list-style-type: none"> • Anémie • Constipation • Fatigue • Nausées • Neutropénie • Thrombocytopénie • Toxicité hépatique (pour le foie) • Toxicité rénale • Vomissements 	<ul style="list-style-type: none"> • La numération globulaire sera fréquemment contrôlée tout au long de votre traitement afin de détecter toute neutropénie, anémie ou thrombocytopénie – votre médecin peut ajuster votre traitement en fonction des résultats des analyses, et vous avertira sur la manière de prévenir toute infection. • Votre médecin sera en mesure de vous aider à prévenir ou à gérer les nausées, les vomissements ou la constipation. • Avant et pendant le traitement, vous serez soumis à des examens pour contrôler que votre foie et vos reins fonctionnent normalement et dans quelle mesure. Il vous sera demandé de boire beaucoup de liquides pour éviter d'endommager vos reins.
Cisplatine (Macmillan, 2015c)	<ul style="list-style-type: none"> • Acouphènes/altérations de l'ouïe • Altérations de la fonction rénale • Altérations du goût • Anémie • Anorexie • Augmentation du risque de thrombose • Baisse de la fertilité • Diarrhée • Fatigue • Nausées/vomissements • Neuropathie périphérique • Neutropénie • Thrombocytopénie 	<ul style="list-style-type: none"> • La numération globulaire sera fréquemment contrôlée tout au long de votre traitement afin de détecter toute neutropénie, anémie ou thrombocytopénie – votre médecin peut ajuster votre traitement en fonction des résultats des analyses, et vous avertira sur la manière de prévenir toute infection. • Les effets sur l'appareil digestif (nausées, vomissements, diarrhée, altérations du goût) pourraient provoquer une perte d'appétit (anorexie). Votre médecin sera en mesure de vous aider à prévenir ou à gérer ces effets secondaires. • Signalez tout signe de neuropathie périphérique (fourmillement ou engourdissement dans les mains ou les pieds) à votre médecin, qui vous aidera à gérer cet effet secondaire. • Avant et pendant le traitement, vous serez soumis à des examens pour contrôler que vos reins fonctionnent normalement et dans quelle mesure. Il vous sera demandé de boire beaucoup de liquides pour éviter d'endommager vos reins. • Informez votre médecin si vous remarquez toute altération de votre ouïe ou que vous ressentez des acouphènes. Les altérations de l'ouïe sont généralement temporaires mais peuvent dans certains cas devenir permanentes.

MÉDICAMENT DE CHIMIOTHÉRAPIE	EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES	COMMENT GÉRER LES EFFETS SECONDAIRES
Docétaxel (RCP Taxotere, 2016)	<ul style="list-style-type: none"> • Alopécie • Anémie • Anorexie • Asthénie • Diarrhée • Nausées • Neuropathie périphérique • Neutropénie • Œdème • Réactions cutanées • Stomatite • Thrombocytopénie • Vomissements 	<ul style="list-style-type: none"> • La numération globulaire sera fréquemment contrôlée tout au long de votre traitement afin de détecter toute neutropénie, anémie ou thrombocytopénie – votre médecin peut ajuster votre traitement en fonction des résultats des analyses, et vous avertira sur la manière de prévenir toute infection. Signalez toute fièvre à votre médecin, car cela pourrait être le signe d'une infection. • Signalez tout signe de neuropathie périphérique (fourmillement ou engourdissement dans les mains ou les pieds) à votre médecin, qui vous aidera à gérer cet effet secondaire. • Les effets sur l'appareil digestif (nausées, vomissements, diarrhée) et la stomatite pourraient provoquer une perte d'appétit (anorexie) ou une sensation de faiblesse (asthénie). Votre médecin sera en mesure de vous aider à prévenir ou à gérer ces effets secondaires. • Informez votre médecin dans le cas où des réactions cutanées ou une rétention de liquide/gonflement (œdème) se manifesteraient – il vous aidera à gérer ces effets secondaires. • L'alopécie peut perturber de nombreux patients ; votre médecin vous fournira des informations sur la manière de faire face à cet effet secondaire. Certains hôpitaux peuvent fournir des casques réfrigérants pour prévenir la perte de cheveux.
Étoposide (RCP Vepesid, 2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Alopécie • Altérations de la fonction hépatique • Anémie • Anorexie • Asthénie • Constipation • Leucopénie • Nausées • Neutropénie • Thrombocytopénie • Vomissements 	<ul style="list-style-type: none"> • La numération globulaire sera fréquemment contrôlée tout au long de votre traitement afin de détecter toute neutropénie, anémie, thrombocytopénie ou leucopénie – votre médecin peut ajuster votre traitement en fonction des résultats des analyses, et vous avertira sur la manière de prévenir toute infection. • Les effets sur l'appareil digestif (constipation, nausées, vomissements) pourraient provoquer une perte d'appétit (anorexie) ou une sensation de fatigue/asthénie. Votre médecin sera en mesure de vous aider à prévenir ou à gérer ces effets secondaires. • Avant et pendant le traitement, vous serez soumis à des examens pour contrôler que votre foie fonctionne normalement et dans quelle mesure. • L'alopécie peut perturber de nombreux patients ; votre médecin vous fournira des informations sur la manière de faire face à cet effet secondaire. Certains hôpitaux peuvent fournir des casques réfrigérants pour prévenir la perte de cheveux.

MÉDICAMENT DE CHIMIOTHÉRAPIE	EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES	COMMENT GÉRER LES EFFETS SECONDAIRES
nab-Paclitaxel (RCP Abraxane, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Alopécie • Anémie • Anorexie • Arthralgie • Asthénie • Constipation • Diarrhée • Fatigue • Fièvre • Leucopénie • Lymphopénie • Myalgie • Nausées • Neuropathie périphérique • Neutropénie • Rash • Stomatite • Thrombocytopénie • Vomissements 	<ul style="list-style-type: none"> • La numération globulaire sera fréquemment contrôlée tout au long de votre traitement afin de détecter toute neutropénie, anémie, leucopénie, thrombocytopénie ou lymphopénie – votre médecin peut ajuster votre traitement en fonction des résultats des analyses, et vous avertira sur la manière de prévenir toute infection. Signalez toute fièvre à votre médecin, car cela pourrait être le signe d'une infection. • Les effets sur l'appareil digestif (nausées, vomissements, diarrhée, constipation, stomatite) pourraient provoquer une perte d'appétit (anorexie) ou une sensation de fatigue/asthénie. Votre médecin sera en mesure de vous aider à prévenir ou à gérer ces effets secondaires. • Informez votre médecin si vous souffrez d'arthralgie, de myalgie ou de rash. Il vous aidera à gérer ces effets secondaires. • Signalez tout signe de neuropathie périphérique (fourmillement ou engourdissement dans les mains ou les pieds) à votre médecin, qui vous aidera à gérer cet effet secondaire. • L'alopécie peut perturber de nombreux patients ; votre médecin vous fournira des informations sur la manière de faire face à cet effet secondaire. Certains hôpitaux peuvent fournir des casques réfrigérants pour prévenir la perte de cheveux.
Paclitaxel (RCP Paclitaxel, 2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Alopécie • Anémie • Arthralgie • Diarrhée • Hypotension • Leucopénie • Mucite • Myalgie • Nausées • Neuropathie périphérique • Neutropénie • Réactions d'hypersensibilité • Thrombocytopénie • Troubles des ongles • Vomissements 	<ul style="list-style-type: none"> • La numération globulaire sera fréquemment contrôlée tout au long de votre traitement afin de détecter toute neutropénie, leucopénie, anémie ou thrombocytopénie – votre médecin peut ajuster votre traitement en fonction des résultats des analyses, et vous avertira sur la manière de prévenir toute infection. Signalez toute fièvre à votre médecin, étant donné que cela peut être le signe d'une infection. Signalez tout saignement inhabituel ou prolongé à votre médecin, étant donné que cela peut être le signe d'une thrombocytopénie. • Signalez tout effet sur l'appareil digestif (nausées, vomissements, diarrhée) à votre médecin. Il sera en mesure de vous aider à prévenir ou à gérer ces effets secondaires. • Pour prévenir et traiter une stomatite/mucite, il faut maintenir une bonne hygiène buccale à l'aide d'un bain de bouche à base de stéroïdes et d'un dentifrice doux. La pâte dentaire à base de stéroïdes peut être utilisée pour traiter le développement d'ulcérations. En cas de stomatites plus graves (2e degré et plus), votre médecin pourrait vous conseiller de réduire la dose de traitement, ou de reporter la thérapie jusqu'à ce que la stomatite guérisse. Cependant, dans la plupart des cas, les symptômes seront légers et s'apaiseront une fois le traitement terminé. • Signalez tout signe de neuropathie périphérique à votre médecin, qui vous aidera à gérer cet effet secondaire. • Informez votre médecin si vous souffrez d'altérations des ongles, d'arthralgie ou de myalgie. Il pourra décider comment gérer ces effets secondaires. • L'alopécie peut perturber de nombreux patients ; votre médecin vous fournira des informations sur la manière de faire face à cet effet secondaire. Certains hôpitaux peuvent fournir des casques réfrigérants pour prévenir la perte de cheveux.

MÉDICAMENT DE CHIMIOTHÉRAPIE	EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES	COMMENT GÉRER LES EFFETS SECONDAIRES
Pemetrexed (RCP Alimta, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Anémie • Anorexie • Fatigue • Leucopénie • Nausées • Neutropénie • Pharyngite • Rash • Stomatite 	<ul style="list-style-type: none"> • La numération globulaire sera fréquemment contrôlée tout au long de votre traitement afin de détecter toute neutropénie, anémie ou leucopénie – votre médecin peut ajuster votre traitement en fonction des résultats des analyses, et vous avertira sur la manière de prévenir toute infection. • Les effets sur l'appareil digestif (stomatite, pharyngite, nausées) pourraient provoquer une perte d'appétit (anorexie). Votre médecin sera en mesure de vous aider à prévenir ou à gérer ces effets secondaires. • Informez votre médecin si vous développez un rash – il vous aidera à gérer cet effet secondaire.
Vinorelbine (RCP Vinorelbine, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Alopécie • Anémie • Constipation • Nausées • Neutropénie • Œsophagite • Réactions cutanées • Stomatite • Troubles neurologiques • Vomissements 	<ul style="list-style-type: none"> • La numération globulaire sera fréquemment contrôlée tout au long de votre traitement afin de détecter toute neutropénie ou anémie – votre médecin peut ajuster votre traitement en fonction des résultats des analyses, et vous avertira sur la manière de prévenir toute infection. • Signalez tout signe de troubles neurologiques (par exemple perte de reflexes, faiblesse dans les jambes et les pieds) à votre médecin, qui décidera comment gérer ces effets secondaires. • Votre médecin sera en mesure de vous aider à prévenir ou à gérer tout effet sur l'appareil digestif (stomatite, nausées, vomissements, constipation, œsophagite). • Informez votre médecin si vous notez une sensation de brûlure ou une altération de la peau au niveau du site d'injection, afin qu'il puisse décider comment gérer ces troubles. • L'alopécie peut perturber de nombreux patients ; votre médecin vous fournira des informations sur la manière de faire face à cet effet secondaire. Certains hôpitaux peuvent fournir des casques réfrigérants pour prévenir la perte de cheveux.

Effets secondaires importants liés à la chimiothérapie (utilisée sur la base de médicaments seuls) dans le traitement du CPNPC. Le résumé des caractéristiques du produit (RCP) le plus récent pour chaque médicament peut être visualisé à l'adresse suivante : <http://www.ema.europa.eu/ema/>.

Thérapies ciblées et thérapies antiangiogéniques

Les effets secondaires fréquents chez les patients soumis à des **thérapies ciblées** ou à des **thérapies antiangiogéniques** comportent des effets sur l'**appareil digestif** (par exemple diarrhée, vomissements, nausées), des troubles cutanés (par exemple rash, peau sèche, altérations des ongles, décoloration) et l'**hypertension** (tension artérielle élevée). De nombreux effets secondaires liés aux **thérapies ciblées** peuvent être évités ou gérés efficacement. Informez toujours votre médecin ou l'infirmier(ère) dès que possible si vous remarquez tout effet secondaire suite à une **thérapie ciblée** ou à une **thérapie antiangiogénique**.

TRAITEMENT	EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES	COMMENT GÉRER LES EFFETS SECONDAIRES
Afatatinib (Giotrif SPC, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrhée • Épistaxis • Manque d'appétit • Nausées • Réactions cutanées (rash, acné, peau sèche, démangeaisons) • Stomatite • Troubles des ongles • Vomissements 	<ul style="list-style-type: none"> • Les effets sur l'appareil digestif (diarrhée, nausées, vomissements, stomatite) pourraient provoquer une perte d'appétit (anorexie). Votre médecin sera en mesure de vous aider à prévenir ou à gérer ces effets secondaires. • Informez votre médecin en cas d'épistaxis (saignements de nez) – il vous aidera à gérer cet effet secondaire. • Signalez toute réaction cutanée ou altération des ongles à votre médecin – il vous aidera à gérer ces effets secondaires.
Alectinib (RCP Alecensa, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Constipation • Myalgie • Nausées • Cœdème 	<ul style="list-style-type: none"> • Signaler tout phénomène de nausées ou de constipation à votre médecin, qui sera en mesure de vous aider à prévenir ou à gérer ces effets secondaires. • Informez votre médecin si vous développez un œdème (rétention de liquide) ou que vous souffrez de myalgie (douleurs musculaires) – il vous aidera à gérer ces effets secondaires.
Bevacizumab (RCP Avastin, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexie • Arthralgie • Complications dans la cicatrisation des blessures • Constipation • Diarrhée • Dysarthrie • Dysgueusie • Dyspnée • Fatigue • Hypertension • Leucopénie • Maux de tête • Nausées • Neuropathie périphérique • Neutropénie • Réactions cutanées • Rhinite • Stomatite • Thrombocytopénie • Troubles hémorragiques • Vomissements • Yeux larmoyants 	<ul style="list-style-type: none"> • La numération globulaire sera fréquemment contrôlée tout au long de votre traitement afin de détecter toute neutropénie, leucopénie ou thrombocytopénie – votre médecin peut ajuster votre traitement en fonction des résultats des analyses, et vous avertira sur la manière de prévenir toute infection. • Signalez tout signe de neuropathie périphérique (fourmillement ou engourdissement dans les mains ou les pieds) à votre médecin, qui vous aidera à gérer cet effet secondaire. • Tout traitement sera retardé jusqu'à ce que les plaies soient cicatrisées de manière satisfaisante. • Votre tension artérielle sera contrôlée tout au long du traitement et toute hypertension sera gérée de manière appropriée. • Les effets sur l'appareil digestif (stomatite, constipation, diarrhée, nausées, vomissements) et la dysgueusie (altération du goût) pourraient provoquer une perte d'appétit (anorexie). Votre médecin sera en mesure de vous aider à prévenir ou à gérer ces effets secondaires. • Informez votre médecin si des réactions cutanées (par exemple rash, peau sèche, décoloration) se manifestent – il vous aidera à gérer ces effets secondaires. • Signalez tout autre effet secondaire, y compris tout phénomène d'altération de la vision, de dyspnée (essoufflement), de dysarthrie (difficultés à parler), d'arthralgie (articulations douloureuses) ou de maux de tête à votre médecin, qui vous aidera à gérer ces effets secondaires.

TRAITEMENT	EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES	COMMENT GÉRER LES EFFETS SECONDAIRES
Céritinib (RCP Zykadia, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Altérations de la fonction hépatique • Anémie • Constipation • Diarrhée • Dyspepsie, reflux gastro-œsophagien, dysphagie • Fatigue • Manque d'appétit • Nausées • Rash • Vomissements 	<ul style="list-style-type: none"> • La numération globulaire sera fréquemment contrôlée tout au long de votre traitement afin de détecter toute anémie – votre médecin peut ajuster votre traitement en fonction des résultats des analyses. • Avant et pendant le traitement, vous serez soumis à des examens pour contrôler que votre foie fonctionne normalement et dans quelle mesure. • Si vous souffrez de diarrhée, nausées, vomissements, constipation, indigestion, brûlures d'estomac ou de troubles de déglutition, votre médecin sera en mesure de vous aider à prévenir ou à gérer ces effets secondaires. • Signalez tout rash à votre médecin – il vous aidera à gérer cet effet secondaire.
Crizotinib (RCP Xalkori, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Altérations de la fonction hépatique • Anémie • Bradycardie • Constipation • Diarrhée • Dysgueusie • Fatigue • Leucopénie • Nausées • Neuropathie périphérique • Neutropénie • Cedème • Rash • Troubles de la vision • Vertiges • Vomissements 	<ul style="list-style-type: none"> • La numération globulaire sera fréquemment contrôlée tout au long de votre traitement afin de détecter toute neutropénie, anémie ou leucopénie – votre médecin peut ajuster votre traitement en fonction des résultats des analyses, et vous avertira sur la manière de prévenir toute infection. • Signalez tout signe de neuropathie périphérique (fourmillement ou engourdissement dans les mains ou les pieds) à votre médecin, qui vous aidera à gérer cet effet secondaire. • Avant et pendant le traitement, vous serez soumis à des examens pour contrôler que votre foie fonctionne normalement et dans quelle mesure. • Si vous souffrez de diarrhée, nausées, vomissements, constipation, ou que vous remarquez des altérations du goût (dysgueusie), votre médecin sera en mesure de vous aider à prévenir ou à gérer ces effets secondaires. • Informez votre médecin si vous développez des troubles oculaires, que vous souffrez de vertiges, d'un cedème (rétention de liquide) ou que vous développez un rash – il vous aidera à gérer ces effets secondaires.

Cancer du poumon non à petites cellules

TRAITEMENT	EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES	COMMENT GÉRER LES EFFETS SECONDAIRES
Dabrafenib^a (RCP Tafinlar, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Altérations de la fonction hépatique • Arthralgie • Asthénie • Constipation • Diarrhée • Douleurs abdominales • Douleurs aux extrémités • Fatigue • Fièvre • Frissons • Hypertension • Manque d'appétit • Maux de tête • Myalgie • Nausées • Cedème • Peau sèche • Prurit • Rash • Rhinopharyngite • Saignement • Spasmes musculaires • Symptômes grippaux • Toux • Vertiges • Vomissements 	<ul style="list-style-type: none"> • Les effets sur l'appareil digestif (diarrhée, constipation, douleurs abdominales, nausées, vomissements) pourraient provoquer une perte d'appétit (anorexie) et une asthénie (faiblesse). Votre médecin sera en mesure de vous aider à prévenir ou à gérer ces effets secondaires. • Avant et pendant le traitement, vous serez soumis à des examens pour contrôler que votre foie fonctionne normalement et dans quelle mesure. • Votre tension artérielle sera contrôlée tout au long du traitement et toute hypertension sera gérée de manière appropriée. • Informez immédiatement votre médecin en cas de saignements répétés (saignements de nez par exemple). Il sera peut-être nécessaire d'ajuster votre traitement. • Informez votre médecin si des réactions cutanées (par exemple rash, peau sèche, démangeaisons) se manifestent – il vous aidera à gérer ces effets secondaires. • Informez votre médecin si vous souffrez de symptômes grippaux, comme la fatigue, la rhinopharyngite, des frissons ou de la fièvre. • Signalez tout autre effet secondaire, y compris des cas de toux, spasmes musculaires, arthralgie (articulations douloureuses), myalgie (douleurs musculaires), gonflement, maux de tête ou vertiges à votre médecin, qui vous aidera à gérer ces effets secondaires.
Erlotinib (RCP Tarceva, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexie • Augmentation du risque d'infection • Conjonctivite • Diarrhée • Dyspnée • Fatigue • Nausées • Rash • Stomatite • Toux • Vomissements • Yeux secs 	<ul style="list-style-type: none"> • Votre médecin vous informera sur la manière de prévenir toute infection. • Les effets sur l'appareil digestif (diarrhée, nausées, vomissements, stomatite) pourraient provoquer une perte d'appétit (anorexie). Votre médecin sera en mesure de vous aider à prévenir ou à gérer ces effets secondaires. • Informez votre médecin si vous développez des troubles oculaires (par exemple yeux secs, conjonctivite), que vous ressentez une augmentation de la dyspnée (essoufflement) ou de la toux, ou que vous développez un rash – il vous aidera à gérer ces effets secondaires.
Géfitinib (RCP Iressa, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Altérations de la fonction hépatique • Anorexie • Asthénie • Diarrhée • Réactions cutanées 	<ul style="list-style-type: none"> • La diarrhée pourrait provoquer une perte d'appétit (anorexie) et l'asthénie (faiblesse). Votre médecin sera en mesure de vous aider à prévenir ou à gérer ces effets secondaires. • Avant et pendant le traitement, vous serez soumis à des examens pour contrôler que votre foie fonctionne normalement et dans quelle mesure. • Informez votre médecin si des réactions cutanées (par exemple rash, acné, peau sèche, démangeaisons) se manifestent – il vous aidera à gérer ces effets secondaires.

Suite page suivante

TRAITEMENT	EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES	COMMENT GÉRER LES EFFETS SECONDAIRES
Nintédanib^a (RCP Vartegaf, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Altérations de la fonction hépatique • Diarrhée • Mucite • Nausées • Neuropathie périphérique • Neutropénie • Rash • Stomatite • Vomissements 	<ul style="list-style-type: none"> • La numération globulaire sera fréquemment contrôlée tout au long de votre traitement afin de détecter toute neutropénie – votre médecin peut ajuster votre traitement en fonction des résultats des analyses, et vous avertira sur la manière de prévenir toute infection. • Signalez tout signe de neuropathie périphérique (fourmillement ou engourdissement dans les mains ou les pieds) à votre médecin, qui vous aidera à gérer cet effet secondaire. • Si vous souffrez de diarrhée, nausées, vomissements, ou que votre bouche ou vos lèvres sont irritées, votre médecin sera en mesure de vous aider à prévenir ou à gérer ces effets secondaires. • Avant et pendant le traitement, vous serez soumis à des examens pour contrôler que votre foie fonctionne normalement et dans quelle mesure. • Informez votre médecin si vous développez un rash – il vous aidera à gérer cet effet secondaire.
Osimertinib (RCP Tagrisso, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrhée • Leucopénie • Neutropénie • Réactions cutanées (rash, peau sèche, démangeaisons) • Stomatite • Thrombocytopénie • Troubles des ongles 	<ul style="list-style-type: none"> • La numération globulaire sera fréquemment contrôlée tout au long de votre traitement afin de détecter toute neutropénie, leucopénie ou thrombocytopénie – votre médecin peut ajuster votre traitement en fonction des résultats des analyses, et vous avertira sur la manière de prévenir toute infection. • Si vous souffrez de diarrhée ou que votre bouche ou vos lèvres sont irritées, votre médecin sera en mesure de vous aider à prévenir ou à gérer ces effets secondaires. • Signalez à votre médecin toute réaction cutanée ou altération des ongles – il vous aidera à gérer ces effets secondaires.
Ramucirumab^a (RCP Cyramza, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Épistaxis • Fatigue /asthénie • Hypertension • Neutropénie • Œdème • Stomatite • Thrombocytopénie 	<ul style="list-style-type: none"> • La numération globulaire sera fréquemment contrôlée tout au long de votre traitement afin de détecter toute neutropénie ou thrombocytopénie – votre médecin peut ajuster votre traitement en fonction des résultats des analyses, et vous avertira sur la manière de prévenir toute infection. • Votre tension artérielle sera contrôlée tout au long du traitement et toute hypertension sera gérée de manière appropriée. • Informez votre médecin si vous avez la bouche ou les lèvres irritées, ou un œdème (rétention de liquide), votre médecin sera en mesure de vous aider à prévenir ou à gérer ces effets secondaires.

TRAITEMENT	EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES	COMMENT GÉRER LES EFFETS SECONDAIRES
<p>Tramétinib^a (Mekinist SPC, 2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Altérations de la fonction hépatique • Arthralgie • Asthénie • Constipation • Diarrhée • Douleurs abdominales • Douleurs aux extrémités • Fatigue • Fièvre • Frissons • Hypertension • Manque d'appétit • Maux de tête • Myalgie • Nausées • Œdème • Peau sèche • Prurit • Rash • Rhinopharyngite • Saignement • Spasmes musculaires • Symptômes grippaux • Toux • Vertiges • Vomissements 	<ul style="list-style-type: none"> • Les effets sur l'appareil digestif (diarrhée, constipation, douleurs abdominales, nausées, vomissements) pourraient provoquer une perte d'appétit (anorexie) et une asthénie (faiblesse). Votre médecin sera en mesure de vous aider à prévenir ou à gérer ces effets secondaires. • Avant et pendant le traitement, vous serez soumis à des examens pour contrôler que votre foie fonctionne normalement et dans quelle mesure. • Votre tension artérielle sera contrôlée tout au long du traitement et toute hypertension sera gérée de manière appropriée. • Informez immédiatement votre médecin en cas de saignements répétés (saignements de nez par exemple). Il sera peut-être nécessaire d'ajuster votre traitement. • Informez votre médecin si des réactions cutanées (rash, peau sèche, démangeaisons par exemple) se manifestent – il vous aidera à gérer ces effets secondaires. • Informez votre médecin si vous souffrez de symptômes grippaux, comme la fatigue, la rhinopharyngite, des frissons ou de la fièvre. • Signalez tout autre effet secondaire, y compris des cas de toux, spasmes musculaires, arthralgie (articulations douloureuses), myalgie (douleurs musculaires), gonflement, maux de tête ou vertiges à votre médecin, qui vous aidera à gérer ces effets secondaires.

Effets secondaires importants liés à la thérapie ciblée et à la thérapie antiangiogénique dans le traitement du CPNPC. Le résumé des caractéristiques du produit (RCP) le plus récent pour chaque médicament peut être visualisé à l'adresse suivante : <http://www.ema.europa.eu/ema/>.

^aEn combinaison avec la **chimiothérapie** à base de **docétaxel** ; ^b En combinaison avec **tramétinib** ; ^cEn combinaison avec **dabrafénib**.

Immunothérapies

Les effets secondaires qui apparaissent fréquemment chez les patients traités à l'aide d'**immunothérapies** comprennent des effets sur la peau (rash, **prurit** par exemple) et sur l'**appareil digestif** (diarrhée, nausées par exemple). De nombreux effets secondaires liés aux **immunothérapies** peuvent en fait être évités ou gérés. Signalez toujours dès que possible à votre médecin ou à votre infirmier(ère) tout effet secondaire que vous remarqueriez suite à une **immunothérapie**.



Pour plus d'informations et de conseils sur les effets secondaires de l'**immunothérapie**, veuillez consulter le guide du patient ESMO sur les effets secondaires liés à l'**immunothérapie** et leur gestion (<https://www.esmo.org/content/download/138227/2546564/file/FR-Guide-pour-les-Patients-les-Effets-Secondaires-Lies-a-l-Immunotherapie.pdf>).

TRAITEMENT	EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES	COMMENT GÉRER LES EFFETS SECONDAIRES
Atezolizumab (Tecentriq SPC, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> ● Arthralgie ● Asthénie ● Diarrhée ● Douleurs dorsales ● Dyspnée ● Fatigue ● Fièvre ● Infection des voies urinaires ● Manque d'appétit ● Nausées ● Prurit ● Rash ● Toux ● Vomissements 	<ul style="list-style-type: none"> ● Les effets sur l'appareil digestif (nausées, vomissements, diarrhée, altérations du goût) pourraient provoquer une perte d'appétit et une asthénie. Votre médecin sera en mesure de vous aider à prévenir ou à gérer ces effets secondaires. ● Informez votre médecin si vous souffrez de dyspnée excessive ou de toux, de douleurs articulaires, de démangeaisons ou que vous développez un rash – il vous aidera à gérer ces effets secondaires.
Durvalumab (Imfinzi SPC, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> ● Douleurs abdominales ● Toux ● Diarrhée ● Fièvre ● Hypothyroïdie ● Pneumonie ● Prurit ● Rash ● Infection des voies respiratoires supérieures 	<ul style="list-style-type: none"> ● Informez votre médecin si vous développez des symptômes respiratoires. ● Votre fonction thyroïde sera contrôlée avant et pendant le traitement. ● Votre médecin sera en mesure de vous aider à prévenir ou à gérer tout phénomène de diarrhée ou de nausées. ● Informez votre médecin si vous développez un rash cutané ou que vous souffrez de démangeaisons – il sera en mesure de vous aider à prévenir ou à gérer ces effets secondaires.

Cancer du poumon non à petites cellules

TRAITEMENT	EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES	COMMENT GÉRER LES EFFETS SECONDAIRES
Nivolumab (Opdivo SPC, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Altérations de la fonction hépatique • Anémie • Diarrhée • Fatigue • Leucopénie • Lymphopénie • Nausées • Neutropénie • Prurit • Rash • Taux altérés des sels minéraux (hypercalcémie, hyperkaliémie, hypokaliémie, hypomagnésémie, hyponatrémie) • Thrombocytopénie 	<ul style="list-style-type: none"> • La numération globulaire sera fréquemment contrôlée tout au long de votre traitement afin de détecter toute neutropénie, lymphopénie, leucopénie, anémie ou thrombocytopénie – votre médecin peut ajuster votre traitement en fonction des résultats des analyses, et vous avertira sur la manière de prévenir toute infection. • Avant et pendant le traitement, vous serez soumis à des examens pour contrôler que votre foie fonctionne normalement et dans quelle mesure. • Votre médecin sera en mesure de vous aider à prévenir ou à gérer tout phénomène de diarrhée ou de nausées. • Les taux de minéraux et de sels de votre corps seront contrôlés au cours de votre traitement – votre traitement peut être adapté en fonction de tout changement. • Informez votre médecin si un rash cutané ou des démangeaisons se manifestent – il sera en mesure de vous aider à prévenir ou à gérer ces effets secondaires.
Pembrolizumab (Keytruda SPC, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Arthralgie • Diarrhée • Fatigue • Nausées • Prurit • Rash 	<ul style="list-style-type: none"> • Votre médecin sera en mesure de vous aider à prévenir ou à gérer tout phénomène de diarrhée ou de nausées. • Informez votre médecin si un rash cutané, des démangeaisons ou des douleurs articulaires se manifestent – il sera en mesure de vous aider à prévenir ou à gérer ces effets secondaires.

Effets secondaires importants liés à l'immunothérapie dans le traitement du CPNPC. Le résumé des caractéristiques du produit (RCP) le plus récent pour chaque médicament peut être visualisé à l'adresse suivante : <http://www.ema.europa.eu/ema/>.

Que se passe-t-il une fois que mon traitement est terminé ?

Rendez-vous de suivi

Vous pourrez parler de vos inquiétudes lors de vos rendez-vous de suivi

Une fois que votre traitement sera terminé, votre médecin vous fixera des rendez-vous de suivi. Vous serez régulièrement soumis à des **radiographies** et/ou **scanners** du thorax pour contrôler qu'aucune autre **tumeur** n'existe. Votre médecin évaluera également toute complication due au traitement ou tout effet secondaire lié à la chirurgie, à la **radiothérapie** et/ou au **traitement systémique anticancéreux**. La fréquence de ces rendez-vous sera personnalisée en fonction de votre situation. Elle dépendra du stade du cancer qui vous a été diagnostiqué au départ et du traitement auquel vous avez été soumis (*Postmus et al., 2017; Planchard et al., 2018*).

Recommandations

- Après la chirurgie dans le cas d'un CPNPC de Stade I-III, vous devez être suivi tous les 6 mois au cours des 2 premières années, puis annuellement par la suite (*Postmus et al., 2017*).
- Un **CT** scan doit être effectué tous les 6 mois, notamment si vous êtes éligible pour un traitement de sauvetage en cas de complications (*Postmus et al., 2017*).
- Après le traitement de la maladie **métastatique**, en fonction de votre éligibilité pour un traitement ultérieur, votre médecin vous verra toutes les 6 à 12 semaines afin que le traitement de **deuxième ligne** puisse débiter rapidement, le cas échéant (*Planchard et al., 2018*).
- Si vous avez reçu une **thérapie multimodale** pour une maladie de Stade III, des scanners du cerveau permettent de contrôler le développement des **métastases** du cerveau, pour lesquelles un traitement peut vous être proposé (*Eberhardt et al., 2015*).

Que se passe-t-il si j'ai besoin d'un traitement ultérieur ?

Un cancer qui réapparaît est appelé **récurrent**. Le traitement qui vous sera proposé dépend de l'extension de la **récidive**. Lorsque le **tumeur** réapparaît comme une **récidive** sur un seul site, un traitement comme une ablation chirurgicale ou une **radiothérapie** peut vous être proposé. Cependant, cette approche est limitée à un groupe très réduit de patients. Les **tumeurs** récurrentes sont généralement considérées comme des cancers **métastatiques** et vous pouvez habituellement recevoir une autre **chimiothérapie** avec des médicaments différents, et certains patients pourraient être aptes à recevoir un traitement à l'aide de **thérapies ciblées** ou d'**immunothérapie** (voir section « Solutions de traitement pour le CPNPC métastatique (Stade IV) » pour plus d'informations).

Cancer du poumon non à petites cellules

Dans certains cas, une nouvelle **biopsie** de la **tumeur** peut être effectuée étant donné que cela pourrait provoquer un changement de la décision de traitement. Cela peut être particulièrement vrai si le cancer a disparu pendant quelque temps après la **résection** chirurgicale. Si possible, les patients qui ont été auparavant traités pour le CPNPC avec une **mutation** activant l'**EGFR** peuvent être soumis à une **biopsie liquide** pour détecter toute **mutation T790M** (également appelée analyse mutationnelle du gène **EGFR** du plasma). Il faudra fournir un petit échantillon de sang pour analyse. Une nouvelle **biopsie** peut être utile pour pouvoir différencier la **récidive** de la maladie d'une nouvelle **tumeur primitive du poumon** (si la **récidive** est détectée dans le poumon) pour s'assurer du type de **tumeur** ou pour répéter l'examen de la **mutation** de l'**EGFR** dans le cas où un cancer non squameux serait détecté (*Planchard et al., 2018*).

Prenez soin de votre santé

Après avoir subi un traitement contre le CPNPC, vous risquez de vous sentir très fatigué et sensible. Il est important de bien vous occuper de vous et de recevoir le soutien dont vous avez besoin.

- **Arrêtez de fumer** : si vous êtes un fumeur, il est important d'arrêter de fumer dès que possible étant donné que cela peut réduire le risque de **récidive** de la maladie (*Postmus et al., 2017; Planchard et al., 2018*). Votre médecin et votre infirmier(ère) peuvent vous aider à arrêter de fumer.
- **Reposez-vous beaucoup si vous en ressentez le besoin** : donnez à votre corps le temps de récupérer et assurez-vous que vous vous reposez autant que possible. Des thérapies complémentaires, comme l'aromathérapie, peuvent vous aider à vous détendre et à mieux faire face aux effets secondaires. Votre hôpital peut offrir une thérapie complémentaire ; demandez à votre médecin pour obtenir de plus amples détails.
- **Mangez bien et restez actif** : Emanger sainement et rester actif peut vous aider à améliorer votre forme physique. Il est important de commencer doucement, en pratiquant la marche douce, et d'intensifier l'exercice dès que vous commencez à vous sentir mieux.

Les huit recommandations suivantes constituent une bonne base pour un style de vie plus sain après un cancer (*Wolin et al., 2013*) :

- Ne pas fumer.
- Éviter le **tabagisme passif**.
- Pratiquer une activité régulière.
- Éviter de prendre du poids.
- Adopter un régime alimentaire sain.
- Boire de l'alcool avec modération (si jamais vous buvez).
- Rester en contact avec votre famille, vos amis et autres survivants de cancer.
- Faire régulièrement des contrôles et des tests de dépistage.

« Un style de vie sain et actif vous permettra de retrouver votre forme physique et mentale »

La pratique d'une activité physique régulière est un élément important d'un style de vie sain et vous aide à maintenir votre forme physique et à éviter de prendre du poids. Des études ont montré qu'un programme d'entraînement peut améliorer un état de **fatigue** ainsi que le bien-être chez les patients atteints d'un cancer du poumon **non résectuable** (Wiskemann et al., 2018). Il est très important d'écouter attentivement les recommandations de votre médecin ou de votre infirmier(ère), et de leur exposer toute difficulté que vous pourriez rencontrer au cours de votre activité physique.



Soutien émotionnel

Il est fréquent d'être bouleversé à l'annonce d'un diagnostic de cancer et lorsque que vous avez été soumis à un traitement. Si vous vous sentez anxieux ou dépressif, parlez à votre médecin ou infirmier(ère) – ils peuvent vous envoyer chez un spécialiste en psychologie ou psychologue qui possède l'expérience nécessaire pour gérer les problèmes émotionnels des personnes qui luttent contre le cancer. Il pourrait être également utile d'adhérer à un groupe de soutien afin que vous puissiez parler à d'autres personnes qui comprennent exactement ce que vous devez affronter.



Pour plus d'informations et de conseils sur comment retrouver autant que possible votre vie après le traitement du cancer, veuillez consulter le guide du patient ESMO sur la survie (<https://www.esmo.org/content/download/147200/2660987/file/ESMO-Guide-pour-les-Patients-Survie.pdf>).

Groupes de soutien

En Europe, il existe des groupes pour la défense des droits des patients atteints du cancer du poumon, qui aident les patients et leurs familles à aborder le monde du cancer du poumon. Ces groupes à l'échelle locale, nationale ou internationale travaillent pour garantir à leurs patients une formation opportune et des soins immédiats. Ces groupes peuvent vous fournir les outils dont vous pouvez avoir besoin pour vous aider à mieux comprendre votre maladie, et pour apprendre la manière de l'affronter, en bénéficiant de la meilleure qualité de vie possible.

Vous pouvez avoir accès à des informations à partir des organisations suivantes :

- **Global Lung Cancer Coalition (GLCC)** : www.lungcancercoalition.org/.
- **Lung Cancer Europe (LuCE)** : www.lungcancereurope.eu/.
- **Brochures explicatives rédigées par Women Against Lung Cancer in Europe (WALCE)** : www.womenagainstlungcancer.eu/?lang=en
- **En France** : Ligue Contre le Cancer www.ligue-cancer-net.

Références

- Bailey-Wilson JE, Amos CI, Pinney SM, et al. A major lung cancer susceptibility locus maps to chromosome 6q23-25. *Am J Hum Genet* 2004;75(3):460-474.
- Cancer.Net. 2016. Side effects of radiation therapy. Disponible sur : <http://www.cancer.net/navigating-cancer-care/how-cancer-treated/radiation-therapy/side-effects-radiation-therapy>. Accès 20 novembre 2018
- Cancer.Net. 2017. Fatigue. Disponible sur : <http://www.cancer.net/navigating-cancer-care/side-effects/fatigue>. Accès 20 novembre 2018.
- Cancer.Net. 2018. Side effects of surgery. Disponible sur : <http://www.cancer.net/navigating-cancer-care/how-cancer-treated/surgery/side-effects-surgery>. Accès 20 novembre 2018.
- Cappuzzo F, McCleod M, Hussein M, et al. IMpower130: Progression-free survival (PFS) and safety analysis from a randomised phase III study of carboplatin + nab-paclitaxel (CnP) with or without atezolizumab (atezo) as first-line (1L) therapy in advanced non-squamous NSCLC. *Ann Oncol* 2018;29(suppl 8):abstr LBA53.
- Cherny NI: ESMO Guidelines Working Group. ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. *Ann Oncol* 2014;25(Suppl 3):iii143–iii152.
- ClinicalTrials.gov. 2017. Learn about clinical studies. Disponible sur : <https://clinicaltrials.gov/ct2/about-studies/learn>. Accès 20 novembre 2018.
- De Koning H, Van Der Aalst C, Ten Haaf K, et al. Effects of volume CT lung cancer screening: Mortality results of the NELSON randomized-controlled population based trial. 2018 World Conference on Lung Cancer. Abstract PL02.05.
- Eberhardt WEE, De Ruyscher D, Weder W, et al. 2nd ESMO Consensus Conference in Lung Cancer: locally advanced stage III non-small-cell lung cancer. *Ann Oncol* 2015;26:1573–1588.
- Escamilla DM and Jarrett P. The impact of weight loss on patients with cancer. *Nurs Times* 2016;112(11):20–22.
- European Medicines Agency (EMA). 2019a. Summary of opinion (initial authorisation): Lorviqua (lorlatinib). Disponible sur : <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/summaries-opinion/lorviqua>. Accès 11 mars 2019.
- European Medicines Agency (EMA). 2019b. Summary of opinion (initial authorisation): Vizimpro (dacomitinib). Disponible sur : <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/summaries-opinion/vizimpro>. Accès 11 mars 2019.
- Ferlay J, Ervik M, Lam F, et al. Global cancer observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer 2018. Disponible sur : <https://gco.iarc.fr/today>. Accès 20 novembre 2018.
- Jordan K, Aapro M, Kaasa S, et al. European Society for Medical Oncology (ESMO) position paper on supportive and palliative care. *Ann Oncol* 2018;29(1):36–43.
- Macmillan. 2016. Possible side effects of chemotherapy. Disponible sur : <http://www.macmillan.org.uk/information-and-support/lung-cancer/non-small-cell-lung-cancer/treating/chemotherapy/side-effects-of-chemotherapy/possible-side-effects.html>. Accès 20 novembre 2018.

Macmillan. 2015a. Possible side effects of radiotherapy. Disponible sur : <http://www.macmillan.org.uk/information-and-support/lung-cancer/non-small-cell-lung-cancer/treating/radiotherapy/radiotherapy-explained/possible-side-effects.html#236381>. Accès 20 novembre 2018.

Macmillan. 2015b. Carboplatin. Disponible sur : <https://www.macmillan.org.uk/cancerinformation/cancertreatment/treatmenttypes/chemotherapy/individualdrugs/carboplatin.aspx>. Accès 20 novembre 2018.

Macmillan. 2015c. Cisplatine. Disponible sur : <https://www.macmillan.org.uk/cancerinformation/cancertreatment/treatmenttypes/chemotherapy/individualdrugs/cisplatin.aspx>. Accès 20 novembre 2018.

Malvezzi M, Carioli G, Bertuccio P, et al. European cancer mortality predictions for the year 2016 with focus on leukaemias. *Ann Oncol* 2016;27(4):725-731.

Novello S, Barlea F, Calfano R, et al. Metastatic non-small-cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2016;27(Suppl 5):v1-v27.

Planchard D, Popat S, Kerr K, et al. Metastatic non-small cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2018;29(Suppl 5):iv192-iv237.

Postmus PE, Kerr KM, Oudkerk M, et al. Early and locally advanced non-small-cell lung cancer (NSCLC): ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2017;28(Suppl 4):iv1-iv21.

Socinski MA, Jotte RM, Cappuzzo F, et al. Atezolizumab for first-line treatment of metastatic nonsquamous NSCLC. *N Engl J Med* 2018a;378(24):2288-2301.

Socinski MA, Rittmeyer A, Shapovalov D, et al. IMPower131: Progression-free survival (PFS) and overall survival (OS) analysis of a randomised phase III study of atezolizumab + carboplatin + paclitaxel or nab-paclitaxel vs carboplatin + nab-paclitaxel in 1L advanced squamous NSCLC. *Ann Oncol* 2018b;29(suppl 8):abstr LBA65.

Torre LA, Bray F, Siegel RL, et al. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin* 2015;65:87-108.

Wiskemann J, Titz C, Schmidt M, et al. Effects of physical exercise in non-operable lung cancer patients undergoing palliative treatment. *Ann Oncol* 2018;29(Suppl 8):Abstr 1480P.

Wolin KY, Dart H, Colditz GA. Eight ways to stay healthy after cancer: an evidence-based message. *Cancer Causes Control* 2013;24(5):827-837.

Zhong W-Z, Wu Y-L, Chen K-N, et al. CTONG 1103: Erlotinib versus gemcitabine plus cisplatin as neo-adjuvant treatment for stage IIIA-N2 EGFR-mutation non-small cell lung cancer (EMERGING): A randomised study. *Ann Oncol* 2018;29(Suppl 8):Abstr LBA48.

Ziarnik E, Grogan EL. Post-lobectomy early complications. *Thorac Surg Clin* 2015;25(3):355-364.

DÉFINITIONS DES TERMES MÉDICAUX

À BASE DE PLATINE

Classe de **chimiothérapie** qui comprend le **cisplatine** et le **carboplatine**.

ACIDE DÉSOXYRIBONUCLÉIQUE (ADN)

Molécule porteuse de l'information génétique dans les cellules de votre corps.

ACIDE ZOLÉDRONIQUE

Type de bisphosphonate utilisé pour traiter les cancers qui se sont propagés aux os.

ACOUPHÈNES

Bruits entendus (comme des bourdonnements, des gémissements ou des tintements) quand aucun son externe n'existe réellement.

ADÉNOCARCINOME

Il s'agit du type de cancer du poumon le plus fréquent qui se développe à partir de cellules qui tapissent les voies respiratoires et qui produisent du mucus.

ADJUVANT (TRAITEMENT)

Traitement additionnel administré après le premier traitement pour réduire les probabilités que le cancer réapparaisse. Ce terme se réfère habituellement à la **radiothérapie** et/ou **chimiothérapie** après la chirurgie.

AFATINIB

Type de **thérapie ciblée** appelée **inhibiteur de la tyrosine kinase**, qui agit en bloquant les signaux émis au sein des cellules cancéreuses et en stoppant l'action du **récepteur du facteur de croissance épidermique**, et qui cause ainsi la mort des cellules cancéreuses. Il est administré sous forme d'un comprimé une fois par jour.

ALECTINIB

Type de **thérapie ciblée** appelée **inhibiteur de la tyrosine kinase**, qui agit en bloquant une protéine appelée **kinase du lymphome anaplasique**. Il ne fonctionne que contre des cellules cancéreuses qui contiennent une version anormale de cette protéine. Il est administré deux fois par jour sous forme de gélule par voie orale.

ALOPÉCIE

Perte de cheveux.

ALVÉOLES

Petites poches d'air situées dans les poumons qui permettent l'échange d'oxygène et de dioxyde de carbone entre les poumons et la circulation sanguine.

AMIANTE

Matière naturelle, fibreuse, qui a été largement utilisée par le passé comme matériau de construction. Son utilisation est actuellement interdite dans toute l'Europe étant donné qu'elle est liée à des maladies des poumons, y compris au cancer du poumon.

ANÉMIE

Affection caractérisée par une réduction de la quantité d'hémoglobine (protéine des globules rouges qui transporte l'oxygène dans l'ensemble du corps).

ANESTHÉSIE GÉNÉRAL

Médicament qui provoque une perte de conscience réversible.

ANESTHÉSIE LOCAL

Médicament qui provoque une absence réversible de la sensation de douleur à proximité du site d'administration.

ANOREXIE

Manque ou perte d'appétit.

ANTIBIOTIQUE

Type de médicament utilisé pour traiter et prévenir les infections bactériennes.

ANTICORPS MONOCLONAL

Type de **thérapie ciblée**. Les anticorps monoclonaux reconnaissent et se fixent à des protéines spécifiques produites par les cellules. Chaque **anticorps monoclonal** reconnaît une protéine en particulier. Les anticorps monoclonaux fonctionnent de différentes manières, en fonction de la protéine ciblée.

APPAREIL DIGESTIF

Système d'organes responsable de l'ingestion et de l'expulsion de nourriture et qui utilise les aliments pour maintenir le corps en bonne forme – il comprend l'**œsophage**, l'estomac et les intestins.

ARSENIC

Substance naturellement produite qui a été largement utilisée dans certaines industries (extraction du cuivre ou du plomb ; agriculture/pesticides), mais qui a été liée au cancer, y compris au cancer du poumon.

ARTHRALGIE

Douleurs articulaires.

ASTHÉNIE

Sensation anormale de faiblesse ou de manque d'énergie.

DÉFINITIONS DES TERMES MÉDICAUX

ATEZOLIZUMAB

Type d'**immunothérapie** qui inhibe une protéine appelée **PD-L1** située sur la surface de certaines cellules du système immunitaire appelées lymphocytes T ; cela permet d'activer les lymphocytes T pour qu'ils détectent et éliminent les cellules cancéreuses. Il est administré par l'intermédiaire d'une perfusion dans une veine au niveau du bras ou du thorax.

BEVACIZUMAB

Type de **thérapie ciblée** utilisée pour traiter certains cancers, y compris le CPNPC de stade avancé. Il s'agit d'un **anticorps monoclonal** qui vise le **facteur de croissance de l'endothélium vasculaire** et qui permet d'éviter que les cellules cancéreuses développent leur propre apport de sang, et donc d'aider à ralentir la croissance de la **tumeur**.

BIOPSIE

Technique médicale qui consiste à prélever un petit échantillon de cellules ou de tissus pour l'examiner au microscope.

BIOPSIE LIQUIDE

Examen effectué sur des échantillons de sang ou autres liquides corporels pour détecter la présence de substances qui proviennent d'une **tumeur**, et qui indiquent par conséquent la présence d'un cancer.

BRADYCARDIE

Rythme cardiaque anormalement lent.

BRAF

Gène qui produit une protéine impliquée dans l'envoi de signaux qui déterminent la croissance des cellules. Le gène **BRAF** peut subir une **mutation** dans les cellules cancéreuses.

BRIGATINIB

Type de **thérapie ciblée** qui agit en inhibant une protéine appelée **kinase du lymphome anaplasique**. Il est administré sous forme d'un comprimé une fois par jour.

BRONCHES

La bronche droite et la bronche gauche (les **bronches**) constituent les deux principales voies respiratoires qui transportent l'air dans les poumons.

BRONCHIOLES

Les **bronches** se divisent en de petites **bronchioles**, qui mènent ensuite aux **alvéoles**.

BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE (BPCO)

Type de maladie pulmonaire caractérisée par un flux d'air réduit sur le long terme. La **dyspnée** et la toux constituent les symptômes principaux.

BRONCHOSCOPE

Fin câble à fibre optique qui est introduit dans les voies respiratoires (généralement par le nez ou la bouche).

BRONCHOSCOPIE

Examen clinique au cours duquel votre médecin examine vos voies respiratoires à l'aide d'un **bronchoscope**.

CANCER PRIMAIRE DU POUMON

Cancer qui a débuté dans les poumons.

CARBOPLATINE

Type de **chimiothérapie** qui est administrée par l'intermédiaire d'une perfusion dans une veine au niveau du bras ou du thorax.

CARCINOME À GRANDES CELLULES (INDIFFÉRENCIÉ)

Type de CPNPC qui, examiné au microscope, ne ressemble pas à un **adénocarcinome** ni à un **carcinome épidermoïde**.

CARCINOME ÉPIDERMOÏDE (SCC)

Type de CPNPC ; il apparaît habituellement au centre du poumon ou dans l'une des **bronches**.

CASQUE RÉFRIGÉRANT

Casque qui refroidit le cuir chevelu avant, pendant et après le traitement afin de réduire les effets du traitement sur les **follicules pileux**.

CÉRITINIB

Type de **thérapie ciblée** qui agit en inhibant une protéine appelée **kinase du lymphome anaplasique**. Il est administré sous forme d'une gélule une fois par jour aux patients qui ont déjà été soumis à un traitement à base de **crizotinib**.

CHIMIORADIOTHÉRAPIE

Chimiothérapie et **radiothérapie** effectuées simultanément.

CHIMIOTHÉRAPIE

Type de traitement médicamenteux contre le cancer qui tue les cellules cancéreuses en les endommageant, afin qu'elles ne puissent pas se reproduire ni se propager.

CHIRURGIE THORACIQUE VIDÉO-ASSISTÉE (CVTA)

Technique chirurgicale qui permet aux médecins de voir l'intérieur du thorax et des poumons. Il s'agit d'une forme de chirurgie endoscopique ou de « trou de serrure ».

DÉFINITIONS DES TERMES MÉDICAUX

CISPLATINE

Type de **chimiothérapie** qui est administrée par l'intermédiaire d'une perfusion dans une veine au niveau du bras ou du thorax.

COMORBIDITÉS

Maladies ou troubles supplémentaires ressentis simultanément par le patient.

CONJONCTIVITE

Inflammation de la membrane qui recouvre le globe oculaire et tapisse la paupière.

CRIZOTINIB

Type de **thérapie ciblée** appelée **inhibiteur de la tyrosine kinase**, qui agit en bloquant une protéine appelée **kinase du lymphome anaplasique**. Il ne fonctionne que contre des cellules cancéreuses qui contiennent une version anormale de cette protéine. Il est administré deux fois par jour sous forme de gélule.

DABRAFENIB

Type de **thérapie ciblée** qui agit en bloquant les signaux émis au sein des cellules cancéreuses et en stoppant l'action des protéines fabriquées par le **gène BRAF** muté. Il est administré sous forme d'un comprimé deux fois par jour.

DACOMITINIB

Type de **thérapie ciblée** appelée **inhibiteur de la tyrosine kinase**, qui agit en bloquant les signaux émis au sein des cellules cancéreuses et en stoppant l'action du **récepteur du facteur de croissance épidermique**, et qui cause ainsi la mort des cellules cancéreuses. Il est administré sous forme d'un comprimé une fois par jour.

DENOSUMAB

Médicament utilisé pour traiter l'ostéoporose et pour prévenir les fractures osseuses et autres troubles osseux causés par les **métastases** osseuses.

DEUXIÈME LIGNE (TRAITEMENT DE)

Deuxième traitement administré à un patient après que le traitement initial (**première ligne**) n'a pas fonctionné ou a été interrompu à cause de l'apparition d'effets secondaires ou d'autres troubles.

DIAPHRAGME

Muscle qui sépare la cage thoracique de l'abdomen ; le **diaphragme** se contracte et se relâche quand nous inspirons et que nous expirons.

DOCÉTAXEL

Type de **chimiothérapie** qui est administrée par l'intermédiaire d'une perfusion dans une veine au niveau du bras ou du thorax.

DOUBLET DE CHIMIOTHÉRAPIE

Combinaison de deux différents types de **chimiothérapies** administrées simultanément.

DURVALUMAB

Type d'**immunothérapie** qui inhibe une protéine appelée **PD-L1** située sur la surface de certaines cellules du système immunitaire appelées lymphocytes T ; cela permet d'activer les lymphocytes T pour qu'ils détectent et éliminent les cellules cancéreuses. Il est administré par l'intermédiaire d'une perfusion dans une veine au niveau du bras ou du thorax.

DYSARTHRIE

Difficultés de langage ou troubles d'articulation (mauvaise articulation, voix nasillarde, voix rauque ou parler avec une voix excessivement haute ou basse par exemple).

DYSGUEUSIE

Altération du goût.

DYSPEPSIE

Terme médical signifiant indigestion.

DYSPHAGIE

Terme médical signifiant des difficultés de déglutition.

DYSPNÉE

Essoufflement.

ÉCHOGRAPHIE

Type d'imagerie médicale utilisant les ultrasons.

ÉPISTAXIS

Terme médical signifiant saignement de nez.

ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

Groupe de professionnels de santé qui appartiennent à différentes disciplines (**oncologue**, **infirmier(ère) spécialisé(e)**, kinésithérapeute, **radiologue** par exemple) et qui fournissent des services spécifiques au patient. Les activités de l'équipe sont menées ensemble en utilisant un programme de soins.

ERLOTINIB

Type de **thérapie ciblée** appelée **inhibiteur de la tyrosine kinase**, qui agit en bloquant les signaux émis au sein des cellules cancéreuses et en stoppant l'action du **récepteur du facteur de croissance épidermique**, et qui cause ainsi la mort des cellules cancéreuses. Il est administré sous forme d'un comprimé une fois par jour.

ESSAI CLINIQUE

Étude qui évalue les effets d'un traitement.

DÉFINITIONS DES TERMES MÉDICAUX

ÉTOPOSIDE

Type de **chimiothérapie** qui est administrée par l'intermédiaire d'une perfusion dans une veine au niveau du bras ou du thorax, ou d'un comprimé ou gélule par voie orale.

EXAMEN RADIOLOGIQUE

Examen qui utilise les **rayons-X** ou d'autres techniques d'imagerie médicale pour visualiser le corps et les organes afin de détecter des signes de cancer ou d'autres anomalies.

FACTEUR DE CROISSANCE DE L'ENDOTHÉLIUM VASCULAIRE (FCEV)

Protéine produite par les cellules qui stimule la croissance de nouveaux **vaisseaux sanguins**.

FACTEUR DE RISQUE

Élément qui augmente la possibilité de développer une maladie.

FATIGUE

Extrême fatigue.

FOLLICULE PILEUX

Petite poche située dans la peau à partir de laquelle les poils poussent.

FUITE AÉRIENNE

Quand l'air s'échappe des voies respiratoires (**bronchioles, alvéoles**) dans des parties du poumon où il est habituellement absent.

GANGLIONS LYMPHATIQUES

Petites structures présentes dans l'ensemble du **système lymphatique** qui fonctionnent comme des filtres contre les substances nuisibles, comme les cellules cancéreuses ou les bactéries.

GANGLIONS LYMPHATIQUES RÉGIONAUX

Ganglions lymphatiques situés à proximité de la **tumeur**.

GÉFITINIB

Type de **thérapie ciblée** appelée **inhibiteur de la tyrosine kinase**, qui agit en bloquant les signaux émis au sein des cellules cancéreuses et en stoppant l'action du **récepteur du facteur de croissance épidermique**, et qui cause ainsi la mort des cellules cancéreuses. Il est administré sous forme d'un comprimé une fois par jour.

GEMCITABINE

Type de **chimiothérapie** qui est administrée par l'intermédiaire d'une perfusion dans une veine au niveau du bras ou du thorax.

GÈNES

Fragments d'**ADN** responsables de la fabrication de substances dont le corps a besoin pour fonctionner.

GLANDES SURRÉNALES

Glandes du corps qui produisent des hormones, comme l'adrénaline et les stéroïdes. Elles sont situées au-dessus des reins.

GRADE

Le **grade** du cancer se base sur la différence au microscope entre l'apparence des cellules **tumorales** et celle des cellules saines, et définit dans quelle mesure elles se différencient ainsi que leur rapidité de croissance. Le **grade** représente une valeur comprise entre un et trois et reflète l'agressivité des cellules **tumorales** ; plus le **grade** est élevé, plus la **tumeur** est agressive.

HÉPATIQUE

En rapport avec le foie.

HYPERCALCÉMIE

Taux anormalement élevé de calcium dans le sang.

HYPERKALIÉMIE

Taux anormalement élevé de potassium dans le sang.

HYPERTENSION

Tension artérielle anormalement élevée.

HYPOCALCÉMIE

Taux anormalement faible de calcium dans le sang.

HYPOKALIÉMIE

Taux anormalement faible de potassium dans le sang.

HYPOMAGNÉSÉMIE

Taux anormalement faible de magnésium dans le sang.

HYPONATRÉMIE

Taux anormalement faible de sodium dans le sang.

HYPOTHYRÔDIE

Taux anormalement faible d'hormones thyroïdiennes.

IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM)

Type de scanner qui utilise de forts champs magnétiques et des ondes radio pour produire des images détaillées de l'intérieur du corps.

IMMUNOTHÉRAPIE

Type de traitement du cancer qui stimule le système immunitaire du corps à lutter contre le cancer.

INFIRMIER(ÈRE) SPÉCIALISÉ(E)

Infirmier(ère) spécialisé(e) dans le soin des patients souffrant d'une affection particulière (cancer par exemple).

DÉFINITIONS DES TERMES MÉDICAUX

INHIBITEUR DE LA TYROSINE KINASE (TKI)

Type de **thérapie ciblée** qui inhibe la tyrosine kinase, substance qui envoie des signaux de croissance aux cellules.

INTRAVEINEUX

Administré dans une veine.

LEUCOPÉNIE

Diminution du nombre de leucocytes (type de globules blancs) dans le sang. Les individus qui en sont affectés encourent un risque accru d'infections.

LIGAND DE LA PROTÉINE DE MORT PROGRAMMÉE 1 (PD-L1)

Protéine cellulaire qui permettrait d'aider la **tumeur** à échapper à la détection de la part du système immunitaire du corps.

LOBE

Partie (généralement ronde) d'un organe qui apparaît comme séparée d'une certaine manière du reste de cet organe.

LOBECTOMIE

Type de chirurgie liée au cancer du poumon au cours de laquelle un **lobe** d'un poumon est retiré (le poumon droit est composé de trois lobes, tandis que le poumon gauche en a deux).

LOCALEMENT AVANCÉ

Cancer qui s'est étendu par rapport à sa localisation initiale et qui a atteint les tissus ou les **ganglions lymphatiques** voisins.

LORLATINIB

Type de **thérapie ciblée** qui agit en inhibant une protéine appelée **kinase du lymphome anaplasique**. Il est administré sous forme d'un comprimé une fois par jour.

LYMPHE

Liquide qui circule dans l'ensemble du **système lymphatique** ; il contient des globules blancs qui luttent contre les infections.

LYMPHOPÉNIE

Taux anormalement faible de lymphocytes (type de globules blancs) dans le sang. Les individus qui en sont affectés encourent un risque accru d'infections.

MALADIE OLIGOMÉTASTATIQUE (OLIGOMÉTASTASES)

Cancer qui s'est étendu de son site d'origine à un nombre limité d'autres sites/organes ; la progression de la maladie peut survenir dans ces sites mais sans se propager à des organes supplémentaires (les **oligométastases** peuvent être qualifiées de **synchrone** ou de **métachrone**).

MÉTASTASE (MÉTASTASES)

Tumeur cancéreuse ou excroissance qui provient de la **tumeur primaire**/excroissance dans une autre partie du corps (pluriel = **métastases**).

MÉTASTATIQUE

Cancer qui s'est étendu à partir de son site d'origine (**primaire**) à différentes parties du corps.

MOELLE OSSEUSE

Tissu spongieux qui se trouve à l'intérieur de certains os (os de la hanche et de la cuisse par exemple). Il contient des **cellules souches**, cellules qui peuvent se développer dans les globules rouges, dans les globules blancs et dans les **plaquettes**.

MUCITE

Inflammation et ulcération des muqueuses qui tapissent l'**appareil digestif**.

MUTATION

Altération permanente de la séquence **ADN** qui forme un gène, telle que la séquence diffère de celle qui existe chez la plupart des personnes.

MUTATION T790M

Mutation du récepteur du facteur de croissance épidermique (aussi appelée **mutation Thréonine 790 Méthionine [Thr790Met]**).

MYALGIE

Douleurs musculaires.

NAB-PACLITAXEL

Type de **chimiothérapie** qui est administrée par l'intermédiaire d'une perfusion dans une veine au niveau du bras ou du thorax. **Nab-Paclitaxel** est une forme de **paclitaxel** lié à une protéine.

NÉOADJUVANT (TRAITEMENT)

Traitement administré avant le traitement principal afin de réduire la taille d'une **tumeur**.

NEUROLOGIQUE

En rapport avec les nerfs et le système nerveux.

DÉFINITIONS DES TERMES MÉDICAUX

NEUROPATHIE PÉRIPHÉRIQUE

Domage des nerfs situés dans les extrémités du corps. Voici certains des symptômes qui peuvent se manifester : douleurs, sensibilité, engourdissement ou faiblesse au niveau des mains, des pieds ou de la partie inférieure des jambes.

NEUTROPÉNIE

Taux anormalement faible de **neutrophiles** dans le sang, ce qui augmente le risque d'infection.

NEUTROPHILE

Type de globule blanc qui joue un rôle important pour lutter contre les infections.

NINTÉDANIB

Type de **thérapie ciblée** qui agit en bloquant les protéines appelées kinases, qui sont présentes dans les cellules cancéreuses et qui jouent un rôle dans la croissance des cellules cancéreuses. Il est administré deux fois par jour sous forme de gélule.

NIVOLUMAB

Type d'**immunothérapie** qui inhibe une protéine appelée PD-1 située sur la surface de certaines cellules du système immunitaire appelées lymphocytes T ; cela permet d'activer les lymphocytes T pour qu'ils détectent et éliminent les cellules cancéreuses. Il est administré par l'intermédiaire d'une perfusion dans une veine au niveau du bras ou du thorax.

NON RÉSÉQUABLE

Qui ne peut être retiré (réséqué) par chirurgie.

ŒDÈME

Accumulation de liquide dans le corps qui provoque un gonflement du tissu affecté.

ŒSOPHAGE

Tuyau d'alimentation ; tube qui relie la gorge à l'estomac.

ŒSOPHAGITE

Inflammation de l'**œsophage**.

OLIGOMÉTASTASES MÉTACHRONES

Oligométastases qui apparaissent suite au traitement de la **tumeur primitive**.

OLIGOMÉTASTASES SYNCHRONES

Oligométastases diagnostiquées à quelques mois de la **tumeur primaire**.

ONCOLOGUE

Médecin spécialisé dans le traitement du cancer.

OSIMERTINIB

Type de **thérapie ciblée** appelée **inhibiteur de la tyrosine kinase**, qui agit en bloquant les signaux émis au sein des cellules cancéreuses et en stoppant l'action du **récepteur du facteur de croissance épidermique**, et qui cause ainsi la mort des cellules cancéreuses. Il est administré sous forme d'un comprimé une fois par jour chez les patients.

PACLITAXEL

Type de **chimiothérapie** qui est administrée par l'intermédiaire d'une perfusion dans une veine au niveau du bras ou du thorax.

PATHOLOGISTE

Médecin qui diagnostique une maladie en analysant des échantillons de tissus et de cellules.

PEMBROLIZUMAB

Type d'**immunothérapie** qui inhibe une protéine appelée PD-1 située sur la surface de certaines cellules du système immunitaire appelées lymphocytes T ; cela permet d'activer les lymphocytes T pour qu'ils détectent et éliminent les cellules cancéreuses. Il est administré par l'intermédiaire d'une perfusion dans une veine au niveau du bras ou du thorax.

PEMETREXED

Type de médicament de **chimiothérapie** utilisé pour traiter le CPNPC, qui est administré **par voie intraveineuse** (directement dans le sang par l'intermédiaire d'une veine au niveau du bras ou du thorax).

PÉRICARDE

Membrane qui enveloppe le cœur.

PHARYNGITE

Inflammation du pharynx, organe situé à l'arrière de la gorge.

PLAQUETTES

Petites cellules sanguines qui aident le corps à former des caillots pour interrompre le saignement.

PLÈVRE

Une des deux membranes qui enveloppent les poumons. Ces deux membranes sont appelées **plèvre** viscérale et **plèvre** pariétale.

PNEUMONECTOMIE

Ablation chirurgicale d'un poumon ou d'une portion de poumon.

PNEUMONIE

Inflammation du poumon, habituellement causée par une infection.

DÉFINITIONS DES TERMES MÉDICAUX

POUMON RADIQUE

Symptômes de toux, fièvre et plénitude thoracique qui apparaissent habituellement entre 2 semaines et 6 mois après la **radiothérapie** mais qui sont généralement temporaires.

PREMIÈRE LIGNE (TRAITEMENT DE)

Traitement initial administré à un patient.

PRONOSTIC

Résultat probable d'une affection médicale.

PRURIT

Intenses démangeaisons cutanées.

RADIOACTIF

Matière instable et émettant spontanément de l'énergie (radiation).

RADIOGRAPHIE

Examen d'imagerie qui utilise un type de rayonnements qui peuvent passer à travers le corps et qui permet à votre médecin de voir l'intérieur de votre corps.

RADIOLOGUE

Médecin spécialisé dans le diagnostic et le traitement de la maladie ou de la lésion en utilisant des techniques d'imagerie médicale comme la **radiographie**, le **CT scan**, l'**imagerie par résonance magnétique**, la **tomographie par émission de positons** et l'**échographie**.

RADIOTHÉRAPIE

Traitement consistant à utiliser des rayonnements à haute énergie fréquemment utilisé pour soigner le cancer.

RADIOTHÉRAPIE CONVENTIONNELLE

Fait référence à la **radiothérapie** qui est effectuée sur la **tumeur** comme une fraction de la dose complète sur plusieurs séances – le traitement consiste actuellement à effectuer une petite dose chaque jour sur plusieurs semaines.

RADIOTHÉRAPIE STÉRÉOTAXIQUE D'ABLATION (SABR)

Type de **radiothérapie** spécialisée qui est administrée à la **tumeur** à partir de différentes directions à l'aide de scanners détaillés pour garantir un ciblage précis afin que de plus fortes doses puissent être administrées sur un temps plus court.

RAMUCIRUMAB

Type de **thérapie ciblée** qui inhibe l'action du **facteur de croissance de l'endothélium vasculaire** et qui permet d'éviter que les cellules cancéreuses développent leur propre apport de sang, et donc d'aider à ralentir la croissance de la **tumeur**. Il est administré par l'intermédiaire d'une perfusion dans une veine au niveau du bras ou du thorax en combinaison avec un autre type de **chimiothérapie**.

RAYONNEMENT IONISANT

Tout type de particule ou d'onde électromagnétique qui transporte suffisamment d'énergie pour ioniser ou supprimer les électrons d'un atome (**rayons-X** par exemple).

RÉCEPTEUR DU FACTEUR DE CROISSANCE ÉPIDERMIQUE (EGFR)

Protéine prenant part à la croissance et à la division cellulaire. Elle se trouve en quantités excessives sur la surface de nombreux types de cellules cancéreuses.

RECHUTE

Réapparition d'un cancer ou détérioration de l'état de santé d'une personne.

RÉCIDIVE

Retour d'un cancer.

RÉGIME

Plan de traitement.

REMANIEMENT DE ROS1

ROS1 est une protéine située sur la surface des cellules. Le remaniement du **gène ROS1** est une anomalie détectée sur certaines cellules cancéreuses, y compris dans le cas du CPNPC.

REMANIEMENTS DE LA KINASE DU LYMPHOME ANAPLASIQUE (ALK)

La kinase du lymphome anaplasique est une protéine qui se trouve à la surface des cellules. Le remaniement du **gène ALK** est une situation anormale qui est détectée dans certaines cellules cancéreuses, y compris dans le cas de CPNPC.

RÉNAL

Qui se rapporte aux reins.

RÉSECTION

Ablation chirurgicale pour retirer un segment de tissu.

RÉSÉQUABLE

Pouvant être retiré (réséqué) par chirurgie.

DÉFINITIONS DES TERMES MÉDICAUX

RHINITE

Inflammation du revêtement qui tapisse l'intérieur du nez.

RHINOPHARYNGITE

Gonflement et inflammation des fosses nasales et de l'arrière-gorge.

SCHEMA ACCÉLÉRÉ

Il consiste à administrer une dose plus importante de rayonnements à chaque traitement pour un total de traitements moins élevé que dans le cas du schéma de **radiothérapie conventionnelle**. La quantité totale de rayonnements administrée est environ la même dans chaque schéma.

SEGMENTECTOMIE OU RÉSECTION CUNÉIFORME

Ablation chirurgicale du segment du poumon où se trouve la **tumeur**.

SÉQUENTIELLEMENT

Consiste à administrer un traitement puis l'autre.

SIMULTANÉ

Différents types de traitements (**chimiothérapie** et **radiothérapie** par exemple) administrés en même temps.

SOINS DE SUPPORT

Soins qui fournissent un soulagement des douleurs, des symptômes et du stress physique et émotionnel, sans traiter le cancer en lui-même.

SOINS PALLIATIFS

Soins fournis aux patients souffrant d'une maladie progressive à un stade avancé. Ils visent à soulager les douleurs, les symptômes et le stress physique et émotionnel, sans traiter la cause de l'affection.

SOUS-TYPE HISTOLOGIQUE

Type de cancer qui se base sur le type de tissu dans lequel le cancer a débuté.

STADE PRÉCOCE (CANCER)

Cancer qui ne s'est pas étendu aux **ganglions lymphatiques** ou à d'autres parties du corps.

STENT

Petit tube utilisé pour aider à maintenir une voie respiratoire ou une artère ouverte.

STOMATITE

Inflammation de l'intérieur de la bouche.

SYSTÈME LYMPHATIQUE

Réseau de tissus et d'organes qui permettent d'éliminer les toxines, les déchets et toute autre matière indésirable du corps. La fonction primaire du **système lymphatique** est de transporter dans l'ensemble du corps la **lymphe**, liquide contenant des globules blancs qui luttent contre les infections.

TABAGISME PASSIF

Inhalation de fumée par une personne qui elle-même ne fume pas activement.

TAXANE

Classe de **chimiothérapie** qui comprend le **paclitaxel** et le **docétaxel**.

THÉRIE ANTIANGIOGÉNIQUE

Type de traitement qui interfère avec la croissance et la survie de nouveaux **vaisseaux sanguins** (angiogénèse), qui jouent un rôle crucial dans la croissance et la propagation du cancer.

THÉRAPIE CIBLÉE

Nouveau type de traitement du cancer qui utilise des médicaments ou d'autres substances en mesure d'identifier précisément et d'attaquer les cellules cancéreuses, tout en causant habituellement peu de dommages aux cellules saines.

THROMBOCYTOPÉNIE

Diminution du taux de **plaquettes** sanguines. Cela provoque des saignements dans les tissus, des contusions et ralentit la coagulation après une blessure.

THROMBOSE

Formation d'un caillot de sang dans un vaisseau sanguin, qui obstrue le flux de sang dans le système sanguin.

TOMOGRAPHIE AXIALE ASSISTÉE PAR ORDINATEUR (CT SCAN)

Scanner qui utilise les **rayons X** et un ordinateur pour créer des images détaillées de l'intérieur du corps.

TOMOGRAPHIE PAR ÉMISSION DE POSITONS (PET SCAN)

Examen d'imagerie qui utilise un produit de contraste avec des marqueurs **radioactifs**, qui est injecté dans une veine au niveau du bras.

TRACHÉE

Large tube creux qui relie le larynx aux **bronches** des poumons.

DÉFINITIONS DES TERMES MÉDICAUX

TRAITEMENT D'INDUCTION

Traitement initial à base de **chimiothérapie** et/ ou **radiothérapie** pour réduire la **tumeur** avant un deuxième traitement programmé (chirurgie par exemple).

TRAITEMENT DE MAINTENANCE

Traitement administré suite aux cycles initiaux de **chimiothérapie** dans le but de maîtriser le cancer.

TRAITEMENT MULTIMODAL

Approche de traitement qui comprend deux types de traitements ou plus – habituellement une combinaison de chirurgie, **chimiothérapie** et **radiothérapie**.

TRAITEMENT SYSTÉMIQUE ANTICANCÉREUX

Médicaments qui se diffusent dans l'ensemble du corps pour traiter les cellules cancéreuses où qu'elles puissent être. Ils comprennent la **chimiothérapie**, l'hormonothérapie, la **thérapie ciblée** et l'**immunothérapie**.

TRAMETINIB

Type de **thérapie ciblée** qui agit en bloquant les signaux émis au sein des cellules cancéreuses et en stoppant l'action des protéines appelées MEK1 et MEK2. Il est administré sous forme d'un comprimé une fois par jour.

TROISIÈME LIGNE (TRAITEMENT DE)

Troisième ligne de traitement administrée à un patient une fois que les deux autres lignes précédentes (**première ligne** et **deuxième ligne**) de traitement n'ont pas fonctionné ou ont été interrompues suite à l'apparition d'effets secondaires ou d'autres troubles.

TUMEUR

Masse ou croissance de cellules anormales. Les **tumeurs** peuvent être bénignes (non cancéreuses) ou malignes (cancéreuses). Dans ce guide, le terme « **tumeur** » fait référence à une croissance cancéreuse, à moins que cela ne soit explicitement formulé différemment.

TUMEUR PRIMAIRE

Tumeur à partir de laquelle le cancer a commencé à se développer.

URANIUM

Élément **radioactif** naturel.

VAISSEAUX SANGUINS

Structures (tubes) qui transportent le sang dans les tissus et les organes du corps – elles comprennent les veines, les artères et les capillaires.

VINORELBINE

Type de **chimiothérapie** qui est administrée par l'intermédiaire d'une perfusion dans une veine au niveau du bras ou du thorax.

Cancer du poumon non à petites cellules

Ce guide a été conçu pour vous aider, ainsi que vos amis et vos proches, à mieux comprendre la nature du cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) et les traitements disponibles. Les informations médicales décrites dans ce document se basent sur les recommandations de pratique clinique de l'European Society for Medical Oncology (ESMO) afin de gérer le CPNPC de stade précoce, localement avancé et métastatique. Nous vous recommandons de demander à votre médecin des informations à propos des examens et des types de traitements disponibles dans votre pays pour le type et le stade de votre CPNPC.

Ce guide a été rédigé par Kstorfin Medical Communications Ltd au nom d'ESMO.

© Copyright 2019 European Society for Medical Oncology. Tous droits réservés.

European Society for Medical Oncology (ESMO)

Via Ginevra 4

46900 Lugano

Suisse

Tél: +41 (0)91 973 19 99

Fax: +41 (0)91 973 19 02

E-mail: patient_guides@esmo.org

Nous pouvons vous aider à comprendre le cancer du poumon non à petites cellules et les options de traitement disponibles.

Les Guides pour les patients sont conçus pour aider les patients, leurs proches et leurs aides-soignants à comprendre la nature de différents types de cancer et à évaluer les meilleures solutions de traitement disponibles. Les informations médicales décrites dans ces guides pour les patients sont basées sur les recommandations de pratique clinique de l'European Society for Medical Oncology - ESMO, qui sont conçues pour aider les oncologues à établir le diagnostic, le suivi et le traitement de différents types de cancer.

Pour de plus amples informations, veuillez visiter notre site
www.esmo.org

