



Le lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB)

**Informations
destinées aux personnes
atteintes et à leurs proches**

Impressum

Publié par:

Lymphome Patientennetz Schweiz
Weidenweg 39, 4147 Aesch
+41 61 421 09 27
info@lymphome.ch

Rédaction / Conseils scientifiques:

Dr. med. Eva Ebnöther

Relecture:

Dr. med. Martina Bertschinger, Adrian Heuss, Prof. Urban Novak, Rosmarie Pfau

Coordination:

Adrian Heuss (advocacy ag), Rosmarie Pfau (lymphome.ch Patientennetz Schweiz)

Conception et production:

Christine Götti, Therwil

Traductions:

ITC Translations

Nous remercions toutes celles et ceux qui nous ont aidés à élaborer la présente brochure. Nous remercions tout particulièrement le Dr. med. Martina Bertschinger et le Prof. Urban Novak pour la relecture détaillée du texte.

Les entreprises suivantes ont participé financièrement à la réalisation de cette publication:

AstraZeneca AG, BeiGene Switzerland GmbH, Bristol Myers Squibb SA,
Gilead Sciences Switzerland Sàrl, Roche Pharma (Schweiz) AG,
Sandoz Pharmaceuticals AG

Ces entreprises n'ont aucune influence sur le contenu de cette brochure.

2024 – Lymphome.ch Patientennetz Schweiz, 1^{re} édition

Cette brochure ne peut pas être reproduite ou traduite sans l'accord préalable de Lymphome.ch.



Le lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB)

**Informations
destinées aux personnes
atteintes et à leurs proches**

Table des matières

Avant-propos	6
Introduction	7
<hr/>	
Qu'est-ce qu'un lymphome diffus à grandes cellules B ?	9
Fréquence du LDGCB	9
Causes et facteurs de risque	11
<hr/>	
Symptômes	11
<hr/>	
Diagnostic	13
Analyses de sang	13
Examen des tissus tumoraux	14
Procédé d'imagerie médicale	15
Biopsie de la moelle osseuse	16
Classification des stades de la maladie	16
<hr/>	
Avant de commencer le traitement	18
Examen des organes	18
Examens effectués chez les patient(e)s âgé(e)s	18
Prévention de la grossesse	19
Préservation de la fertilité	19

Traitement après le diagnostic (traitement de première ligne) 20

Immunochimiothérapie	21
Radiothérapie	23

Traitement en cas de rechute 25

Chimiothérapie à haute dose avec transplantation autologue de cellules souches	25
Thérapie par cellules CAR-T	29
Nouvelle immunochimiothérapie et /ou radiothérapie	31
Autres options de traitement	31

Suivi 32

Traitements et mesures de soutien 34

Traitement de soutien	34
Alimentation et activité physique	35
Psycho-oncologie	35
Méthodes complémentaires	36
Traitement palliatif / soins palliatifs	38

Glossaire 39

Informations complémentaires 43



Avant-propos

Chères patientes, chers patients, chers proches

Les lymphomes sont des cancers qui prennent naissance dans les cellules du système lymphatique, c'est-à-dire dans un sous-groupe des globules blancs. La présente brochure traite du lymphome le plus fréquent, à savoir le lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB). Le LDGCB compte parmi les lymphomes agressifs, cela signifie qu'il y a en général une propagation rapide des cellules du lymphome. Des troubles tels que le gonflement des glandes lymphatiques, la fièvre, les fortes sueurs nocturnes ou la perte de poids conduisent souvent à l'examen et au diagnostic de cette maladie. En l'absence de traitement du LDGCB, il est possible que la maladie progresse de façon rapide et soit mortelle.

Ces dernières années, les progrès médicaux ont permis de mieux comprendre cette maladie. De plus, de nombreuses nouvelles formes de traitement ont été développées, notamment en cas de rechute de la maladie. Il existe depuis quelques années des traitements ciblés, tels que la thérapie par cellules CAR-T ou les anticorps bispécifiques, qui stimulent ou dressent le système immunitaire afin que les cellules de défense soient en mesure de lutter de manière efficace contre les cellules de lymphome. Toutefois, ces nouveaux traitements ne sont pas adaptés à tous les patients. Le choix du traitement doit toujours être adapté de façon individuelle aux traitements antérieurs, aux maladies concomitantes et bien sûr aux besoins des personnes atteintes.

Le but de la présente brochure destinée aux patients est de vous renseigner sur le LDGCB et de vous fournir des informations de fond relatives à sa fréquence, aux troubles éventuels, aux étapes d'examens et aux éventuelles options thérapeutiques.

Nous espérons que la présente brochure vous permettra de mieux comprendre la maladie. Nous vous encourageons en outre à en discuter avec vos proches, mais aussi avec le médecin traitant.

Cordialement.

Dr med. Martina Bertschinger, Prof. Dr med. Urban Novak



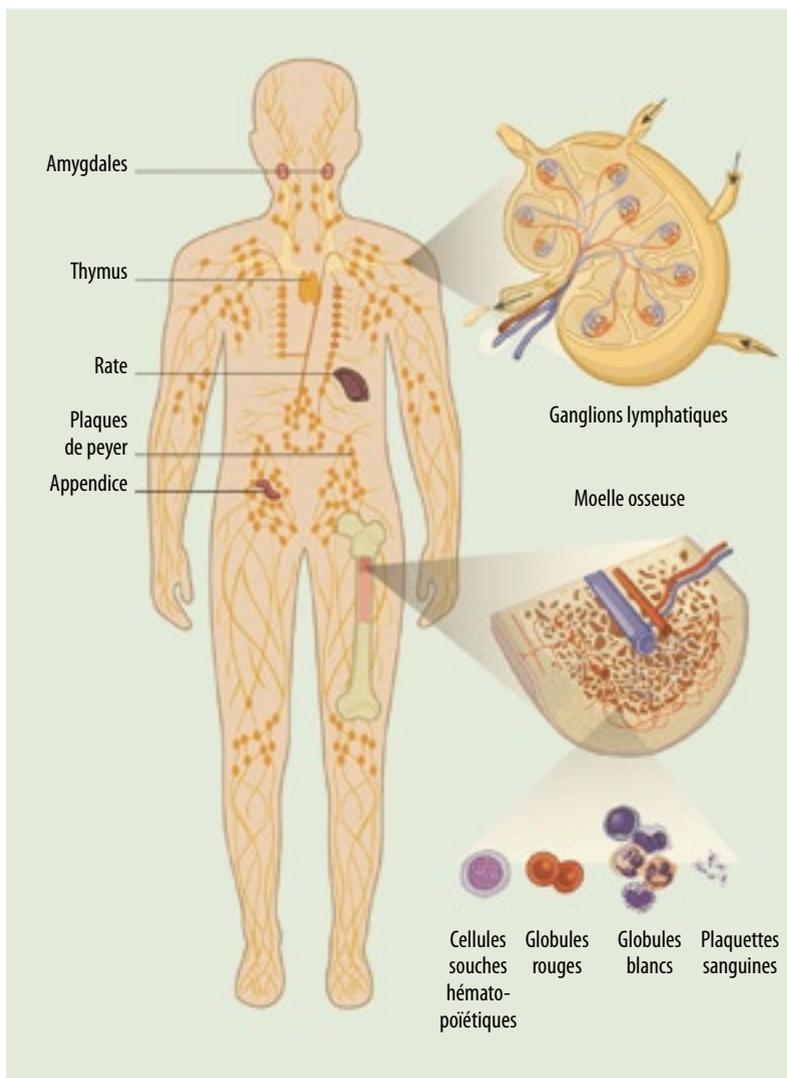
Introduction

Si vous lisez la présente brochure, c'est sans doute parce qu'on a diagnostiqué un lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) chez vous ou chez l'un de vos proches. Nous souhaitons dans la présente brochure vous fournir des informations relatives à la fréquence, aux symptômes, aux étapes d'exams et aux différentes possibilités de traitement de cette maladie. Les exemples de patients complètent les informations, ce qui peut vous donner une meilleure idée sur le déroulement éventuel de différents aspects des exams et du traitement dans la pratique.

La présente brochure traite du LDGCB. Le livre intitulé «Lymphome – Guide pour les personnes atteintes et leurs proches» vous fournit des informations complémentaires et générales sur les lymphomes, il est également disponible sur lymphome.ch. Le présent guide contient notamment des informations relatives aux cancers en général, aux autres types de lymphomes, au droit en matière d'assurance maladie et des assurances sociales et aux offres provenant des organisations de patients.

Vous trouverez également la présente brochure et le livre «Lymphomes – Guide pour les personnes touchées et leurs proches» sur le site Internet de lymphome.ch.

Le système lymphatique



Graphique reproduit avec l'aimable autorisation de Lymphoma Australia

Qu'est-ce qu'un lymphome diffus à grandes cellules B ?

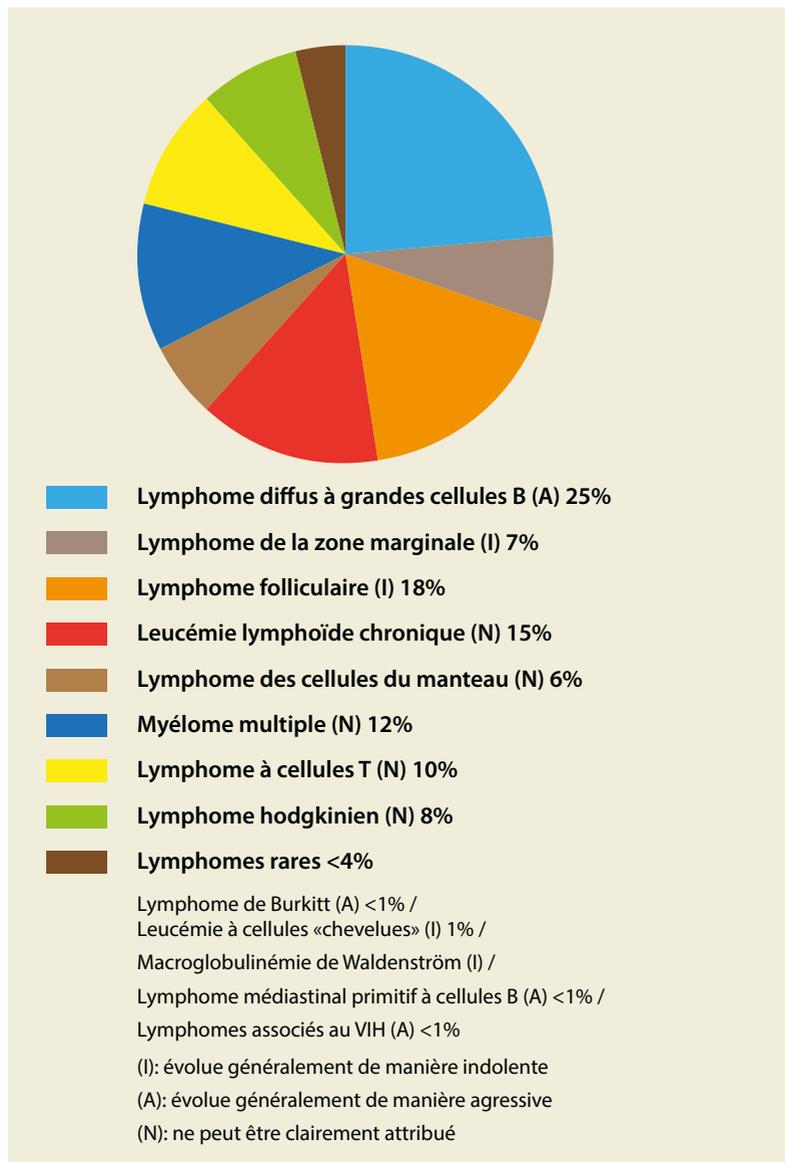
Les lymphomes sont des cancers qui prennent naissance dans le système lymphatique. La rate, les ganglions lymphatiques, les amygdales pharyngiennes et les cellules sanguines font partie de ce système, ils sont responsables de la défense contre les agents pathogènes (voir graphique page 8). Il existe plusieurs types de lymphomes – le lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) représente une forme spécifique.

En ce qui concerne le LDGCB, ce sont les lymphocytes B (cellules B), une sous-catégorie particulière de globules blancs, qui sont touchés. Les cellules B possèdent différentes fonctions dans le système immunitaire. Elles produisent entre autres des anticorps qui constituent une défense contre les agents pathogènes. En cas de LDGCB, les cellules B commencent à se multiplier de manière incontrôlée. Chez la plupart des personnes atteintes de LDGCB, la propagation de la maladie se fait d'abord dans les ganglions lymphatiques et les organes lymphatiques. Mais chez environ 40% des patient(e)s, un organe qui ne fait pas partie du système lymphatique est également touché, par exemple l'intestin, le cerveau ou, chez les hommes, les testicules. Le LDGCB fait partie des lymphomes agressifs. Cela signifie que les cellules cancéreuses connaissent une rapide multiplication et provoquent rapidement des symptômes de la maladie, par exemple l'apparition de gonflements douloureux des ganglions lymphatiques. Si un LDGCB n'est pas traité, les personnes atteintes sont susceptibles de mourir en quelques semaines de la maladie. Mais le LDGCB se soigne généralement bien et la majorité des personnes atteintes peut en guérir.

Fréquence du LDGCB

Le LDGCB est le lymphome le plus fréquent en Europe (graphique p. 10). Environ un tiers des personnes qui développent un lymphome sont atteintes d'un LDGCB. Le LDGCB peut survenir à tout âge, y compris chez les enfants, les personnes âgées sont toutefois le plus souvent touchées que les jeunes. Environ la moitié des patient(e)s atteint(e)s du LDGCB ont plus de 60 ans, un quart est âgé de plus de 75 ans. Les hommes sont un peu plus susceptibles de développer un LDGCB que les femmes: pour dix femmes malades, environ douze hommes sont atteints.

Classification et fréquence



Causes et facteurs de risque

Dans la plupart des cas, on ne connaît pas les raisons pour lesquelles une personne développe un LDGCB. Ce qui est clair, c'est que le risque de développer un LDGCB est nettement plus élevé chez les personnes dont le système immunitaire est affaibli. Parmi ce groupe de personnes, on trouve par exemple les personnes atteintes du VIH ou les personnes qui, en raison d'une maladie grave ou après une transplantation d'organe, sont tenues de prendre en permanence des médicaments qui répriment le système immunitaire.

Symptômes

En cas de LDGCB, il y a une forte et rapide multiplication des cellules B dans les organes lymphatiques. C'est pourquoi il y a un gonflement des ganglions lymphatiques et, dans certains cas, de la rate, généralement en quelques semaines. Si les ganglions lymphatiques enflés se trouvent à proximité de la surface du corps (par exemple au cou, dans les aisselles, dans l'aîne), il est possible de palper ou même de voir les gonflements de l'extérieur (voir graphique ci-dessous). Le LDGCB se développe parfois dans les ganglions lymphatiques se trouvant dans le corps, par exemple dans la cage thoracique.

Ganglion lymphatique enflé (au cou)



Graphique reproduit avec l'aimable autorisation de Lymphoma Australia

En principe, le gonflement des ganglions lymphatiques lui-même ne provoque pas de douleurs. Les gonflements peuvent toutefois exercer une pression sur d'autres organes ou vaisseaux et provoquer ainsi des troubles, tels que la détresse respiratoire, la toux, les troubles digestifs, les nausées, les maux de tête ou le gonflement des jambes. La fatigue persistante qui ne peut pas être atténuée par un sommeil suffisant est un autre symptôme du LDGCB.

Les cellules tumorales se propagent aussi dans la moelle osseuse et empêchent ainsi la formation de cellules sanguines chez environ dix pour cent des personnes atteintes de LDGCB. En conséquence, différents troubles peuvent survenir:

- une diminution des globules rouges (érythrocytes) entraîne une anémie. La fatigue, la baisse des performances physiques, les maux de tête, les vertiges ou les difficultés respiratoires en sont les symptômes typiques;
- une diminution des globules blancs (leucocytes) augmente la vulnérabilité aux maladies infectieuses;
- une diminution des plaquettes sanguines (thrombocytes) augmente la vulnérabilité aux hémorragies. Les petites accumulations de sang en forme de points sous la peau, les bleus ou encore des saignements fréquents du nez ou des gencives constituent les symptômes typiques.



Qu'est-ce que les symptômes B ?

Tous les lymphomes, y compris le LDGCB, sont susceptibles d'entraîner des troubles appelés symptômes B.

Ceux-ci comprennent:

- fièvre supérieure à 38 degrés Celsius sans cause apparente, notamment une maladie infectieuse;
- fortes sueurs nocturnes, nécessitant de changer de vêtements de nuit;
- perte de poids involontaire de plus de dix pour cent du poids corporel en six mois.

Exemple de patient(e): symptômes

Madame L. est âgée de 71 ans. Il y a quelques semaines, elle a remarqué pour la première fois un léger gonflement sur le côté gauche de son cou. Ce gonflement a entre-temps légèrement augmenté. Lorsque Madame L. procède à la palpation du gonflement, elle sent un petit nodule non douloureux. Madame L. constate également qu'elle s'essouffle plus vite qu'avant en randonnée – à part ça, elle se sent bien. Puis, elle a soudainement de la fièvre, qui ne disparaît pas pendant plusieurs jours. Lors de la consultation chez le médecin, Madame L. parle du gonflement de son cou. Le médecin soupçonne un ganglion lymphatique hypertrophié et demande une ablation et un examen de ce dernier.

Diagnostic

Les premières étapes du diagnostic d'un LDGCB consistent en un entretien avec la ou le patient(e) par le ou la médecin (anamnèse). On procède ensuite à la réalisation d'un examen physique, au cours duquel une attention particulière est portée aux ganglions lymphatiques et à la taille de la rate.

Analyses de sang

On effectue des analyses de sang pour vérifier l'état de santé. On procède à l'évaluation du nombre et de l'aspect des cellules sanguines contenues dans un échantillon de sang de la patiente ou du patient. Cependant, aucune cellule modifiée n'est généralement identifiable dans l'échantillon de sang dans le cas d'un LDGCB. On détermine également les différentes mesures dans l'échantillon de sang, celles-ci peuvent notamment fournir des indications sur les troubles de la fonction rénale et hépatique ou sur d'éventuelles maladies infectieuses.

Examen des tissus tumoraux

Pour un diagnostic précis, le tissu tumoral doit être examiné. En principe, on prélève pour cela un ganglion lymphatique hypertrophié (biopsie) dans le cadre d'une petite intervention chirurgicale. La manière dont on effectue la biopsie dépend de la partie du corps où le prélèvement du ganglion lymphatique a été réalisé. Chez la plupart des patient(e)s, il est possible de procéder à l'ablation d'un ganglion lymphatique qui se trouve superficiellement sous la peau (par exemple au niveau du cou, dans les aisselles ou dans l'aîne). L'intervention est alors courte et se déroule en ambulatoire, sous anesthésie locale. S'il n'existe aucune hypertrophisation du ganglion lymphatique superficiel chez une personne atteinte, il est possible que le prélèvement d'un ganglion lymphatique s'avère plus complexe. Dans de rares cas, une anesthésie générale est nécessaire.

On procède ensuite à l'examen microscopique du tissu ganglionnaire prélevé à la recherche de cellules tumorales. En outre, on procède la plupart du temps à des tests immunohistochimiques, cytogénétiques et de génétique moléculaire. Cela signifie que l'on analyse les structures à la surface des cellules, les gènes et les particularités moléculaires des cellules tumorales. Ces tests permettent de faire la distinction entre le LDGCB et les autres formes de lymphomes et de caractériser de façon précise les cellules tumorales. Cette analyse précise est essentielle pour pouvoir ensuite choisir le bon traitement.

Procédé d'imagerie médicale

La plupart des patient(e)s subissent ensuite une tomographie par émission de positrons (TEP) combinée à une tomodensitométrie (CT) (TEP/CT) en vue de déterminer quels organes et tissus sont touchés par le lymphome. Les cellules des lymphomes nécessitent beaucoup d'énergie et possèdent un métabolisme très dynamique. Il est possible de les voir dans le TEP/CT à l'aide d'une caméra spéciale et d'un produit de contraste. Le TEP/CT permet donc également la visualisation des petits foyers de lymphome. L'examen TEP/CT se fait en ambulatoire et ne représente pas de contrainte particulière pour le corps. On fait ainsi des examens sur l'ensemble du corps.

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) est également nécessaire chez certain(e)s patient(e)s. L'IRM est particulièrement adaptée à la représentation précise des parties molles, par exemple le cerveau et la moelle épinière.

Réalisation d'une IRM



Biopsie de la moelle osseuse

En fonction du degré de propagation du LDGCB, on effectue également une ponction de moelle osseuse chez certain(e)s patient(e)s. Pendant cette procédure, la personne atteinte est la plupart du temps allongée sur le ventre. Après une anesthésie locale, on introduit une fine aiguille creuse dans l'os pelvien et on prélève un échantillon de moelle osseuse.

Classification des stades de la maladie

L'évaluation de tous les résultats d'examen et la pose du diagnostic définitif peuvent durer quelques semaines. Cette période d'attente est pénible pour de nombreuses personnes atteintes. Cependant, il est important que tous les résultats d'examen soient soigneusement analysés afin de planifier le traitement optimal.

Lorsque tous les résultats des examens sont disponibles, il est possible de déterminer le degré de propagation que la maladie a déjà atteint (stade). Tous les résultats d'examen sont maintenant rassemblés: symptômes B, examen physique (amygdales, ganglions lymphatiques, rate, etc.), TEP/CT, résultats de biopsies, etc. Le stade de la maladie a un impact sur le type de traitement. Dans le jargon médical, les chiffres romains indiquent les stades (I, II, III et IV).

Dans le cas des lymphomes, on ne parle pas de métastases comme pour de nombreux autres types de cancer. La raison en est que les cellules B dans lesquelles un lymphome prend naissance ne se trouvent pas seulement dans un seul organe, mais dans tout le corps.

Classification des stades du LDGCB (conformément à la classification d'Ann-Arbor)

Stade	Définition
Stade 1 (I)	Atteinte d'une seule région ganglionnaire ou d'un organe (par exemple, uniquement les ganglions lymphatiques de la région cervicale ou uniquement la rate).
Stade 2 (II)	Atteinte de plusieurs aires ganglionnaires du même côté du diaphragme (par exemple, les ganglions lymphatiques de la région cervicale et ceux de la cage thoracique).
Stade 3 (III)	Atteinte de plusieurs aires ganglionnaires des deux côtés du diaphragme (par exemple, les ganglions lymphatiques de la région cervicale et ceux de la région de l'aine).
Stade 4 (IV)	Atteinte d'autres organes en plus des ganglions lymphatiques, par exemple, le foie ou la moelle osseuse.

Pour chaque stade, on indique en outre si la personne atteinte souffre de symptômes B:

A = Il n'existe aucun symptôme B.

B = Des symptômes B sont présents.

Exemple de patient(e): stades de la maladie

On constate chez Monsieur F. l'atteinte des ganglions lymphatiques de la région cervicale, du thorax et de l'aine. Il s'agit de trois aires ganglionnaires situées au-dessus et en dessous du diaphragme. Aucune atteinte d'autres organes (stade III).

Monsieur F. a souffert de la fièvre à plusieurs reprises au cours des derniers mois, sans raison apparente. De plus, il a subi une perte de poids de manière involontaire: il pesait 84 kg il y a de cela six mois, maintenant il ne pèse plus que 74 kg (symptômes B).

Monsieur F. est donc atteint d'un LDGCB de stade IIIB.

Avant de commencer le traitement

Le LDGCB est une maladie agressive qui progresse en principe de façon rapide. Les personnes atteintes sont susceptibles de mourir en quelques semaines en l'absence de traitement. C'est pourquoi le traitement devrait commencer dès que possible. Pour pouvoir planifier le traitement, il faut connaître les différents facteurs. Ceux-ci comprennent:

- si et quels organes sont touchés par le LDGCB (stade de la maladie);
- valeurs sanguines (état de santé des organes);
- modifications génétiques en cas de LDGCB;
- l'âge et l'état de santé général de la personne atteinte;
- autres maladies éventuelles dont souffre la personne atteinte (par exemple inflammation du foie, infection par le VIH, etc.);

Examen des organes

Lors du traitement d'un LDGCB, on utilise des médicaments et d'autres méthodes thérapeutiques susceptibles d'endommager des organes tels que les reins, le foie ou le cœur. Il faut donc savoir si ces organes sont en bonne santé avant de commencer le traitement. On procède à différents examens pour déterminer l'état des organes. Les plus importants sont:

- la dérivation de l'activité électrique du cœur (électrocardiographie, ECG) et échographie du cœur (échocardiographie);
- les valeurs rénales dans le sang et l'urine;
- le taux hépatiques dans le sang;

Examens effectués chez les patient(e)s âgé(e)s

La fréquence du LDGCB est élevée chez les personnes âgées: environ un quart des personnes atteintes ont plus de 75 ans. Lorsqu'on doit prendre une décision relative à un traitement, l'âge est un facteur important. Le traitement du LDGCB est intensif et s'accompagne

souvent d'effets secondaires pénibles. De nombreuses personnes âgées supportent moins bien le traitement que les plus jeunes, dans la mesure où les personnes âgées souffrent souvent d'autres maladies. De plus, les organes deviennent moins résistants avec l'âge. C'est pourquoi l'état de santé général des patient(e)s plus âgé(e)s est examiné avec une attention particulière. On prend en considération notamment les facteurs suivants:

- autres maladies physiques;
- maladies psychiques;
- souplesse physique et mobilité;
- état nutritionnel;
- autonomie dans la vie quotidienne.

Ces examens ont pour but d'éviter qu'une personne déjà affaiblie et limitée au quotidien ne reçoive un traitement qu'elle ne supporte pas.

Prévention de la grossesse

Le traitement d'un LDGCB est susceptible de nuire à un fœtus. Le traitement de la tumeur peut en outre avoir un impact sur la production de spermatozoïdes et le cycle normal d'une femme. C'est pourquoi les patientes en âge d'être enceintes et les hommes en âge de procréer devraient utiliser un moyen de contraception pendant le traitement du LDGCB.

Préservation de la fertilité

Le traitement d'un LDGCB est susceptible d'endommager les organes sexuels (ovaires, utérus, testicules, etc.). Chez les jeunes patientes, cela peut les empêcher de tomber enceintes une fois le traitement terminé. Chez les hommes atteints de LDGCB, le traitement peut avoir pour conséquence l'arrêt de la production de spermatozoïdes, rendant l'homme inapte à procréer. Il existe toutefois pour les deux sexes des possibilités de préserver la fertilité (mesures de préservation de la fertilité). La mise en application de ces mesures doit se faire

avant de commencer le traitement. C'est pourquoi on renseigne les patient(e)s atteint(e)s de LDGCB souhaitant peut-être encore avoir des enfants quant aux mesures à prendre à cet effet avant de commencer le traitement.

Exemple de patient(e): préservation de la fertilité

Monsieur W. est âgé de 41 ans lorsqu'on lui diagnostique un LDGCB. Il est marié et a un fils de deux ans. Monsieur W. et sa femme souhaitent avoir d'autres enfants. Avant de commencer le traitement, un médecin spécialiste en reproduction donne des conseils au couple – il s'agit d'un médecin spécialisé dans le conseil et le traitement des personnes souffrant d'infertilité involontaire. M. et Mme W. prennent la décision de faire congeler les spermatozoïdes de M. W. S'il devenait inapte à procréer à la suite du traitement, lui et sa femme seraient en mesure malgré tout d'avoir encore des enfants plus tard grâce aux spermatozoïdes congelés.

Traitement après le diagnostic (traitement de première ligne)

Après le diagnostic d'un LDGCB, on commence le traitement dès que possible. Ce dernier est appelé traitement de première ligne, ce qui signifie qu'il s'agit du premier traitement administré après le diagnostic du LDGCB. Le choix du traitement dépend du stade du lymphome. Jusqu'à 50% des patient(e)s atteint(e)s de LDGCB obtiennent une rémission complète grâce au traitement de première ligne: cela signifie qu'après la fin du traitement, le TEP/CT n'est plus en mesure de détecter de foyers de lymphome. Ces personnes ne nécessitent aucun autre traitement anticancéreux après le traitement de première ligne, mais le suivi reste malgré tout important.

Photo: iStock

Immunochimiothérapie

Le traitement de première ligne d'un LDGCB consiste, pour l'ensemble des patient(e)s, en une combinaison d'immunothérapie et de chimiothérapie (immunochimiothérapie). En principe, cette dernière se fait en ambulatoire: on administre les médicaments à la personne traitée à l'hôpital ou au service ambulatoire d'oncologie et elle rentre chez elle en principe le jour même après le traitement.



Le schéma R-CHOP (voir encadré) est la combinaison de substances actives la plus fréquemment utilisée en cas de LDGCB. Le traitement se fait également avec d'autres médicaments chez certain(e)s patient(e)s. On administre les médicaments à la personne traitée dans une veine (intraveineuse) à des intervalles de deux ou trois semaines. Chaque renouvellement de la thérapie est appelé un cycle. La fréquence avec laquelle on renouvelle l'administration des médicaments dépend de l'âge de la personne atteinte, de son état de santé et du stade du LDGCB. La plupart du temps, six cycles sont administrés, mais il arrive que seuls quatre cycles soient prescrits.



Que signifie R-CHOP ?

En cas de LDGCB, on administre l'anticorps rituximab comme immunothérapie dans le traitement de première ligne. Cette substance active se fixe de manière ciblée sur une protéine spécifique à la surface des cellules B et procède à la destruction de ces dernières. Dans le jargon médical, «R» est l'abréviation du rituximab.

La chimiothérapie consiste en une combinaison de médicaments qui inhibent la division cellulaire de différentes manières (cytostatiques). Dans le cas du LDGCB, on administre simultanément plusieurs cytostatiques différents, ce qui renforce leur effet. «CHOP» est l'abréviation de quatre médicaments: cyclophosphamide (C), doxorubicine ou hydroxydaunorubicine (H), vincristine/oncovine (O) et prednisone (P).

➡ R-CHOP désigne donc un traitement qui consiste en une combinaison des substances actives rituximab, cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine et prednisone.

On procède à la réalisation d'une imagerie après le premier tiers ou la première moitié du traitement de première ligne. Les médecins contrôlent ainsi si et dans quelle mesure les tumeurs ont diminué dans le corps. Si les tumeurs ne répondent pas bien au traitement, on procède à la modification de ce dernier.

On réalise à nouveau une TEP/CT ou une tomодensitométrie une fois le traitement de première ligne terminé. On contrôle ainsi si les tumeurs ont disparu (rémission complète) ou s'il existe encore un tissu lymphomateux résiduel (rémission partielle).

- Si aucune activité des lymphomes n'est plus visible au TEP/CT, c'est la fin du traitement. Vient ensuite la phase de suivi: les patient(e)s sont tenu(e)s de se soumettre à des contrôles médicaux à intervalles réguliers (tous les trois mois au cours des deux premières années);
- Si, à la fin de l'immunochimiothérapie, le TEP/CT révèle encore l'existence de tissu tumoral, il faut procéder à des examens complémentaires (par exemple, une nouvelle biopsie).

Radiothérapie

La radiothérapie est rarement nécessaire dans le traitement du LDGCB. Toutefois, les cellules de lymphome répondent vite et bien à une radiothérapie locale. C'est pourquoi la radiothérapie entre en ligne de compte principalement dans deux situations:

- lorsque des organes particulièrement sensibles, comme par exemple la moelle épinière, sont gravement menacés et que le lymphome doit être rapidement repoussé dans ces zones;
- lorsqu'il existe encore du tissu tumoral après la fin de l'immunochimiothérapie. L'opportunité d'une radiothérapie dans cette situation doit faire l'objet d'une décision individuelle pour chaque patient(e).

Effets secondaires des traitements

Les substances utilisées lors d'une chimiothérapie empêchent la division cellulaire dans tout le corps. Cette action cible les cellules cancéreuses à division rapide, mais elle endommage également les cellules saines. Les organes ayant des cellules qui se renouvellent de manière régulière sont particulièrement touchés, par exemple le tractus gastro-intestinal, les racines des cheveux et la moelle osseuse, dans laquelle s'effectue la production des cellules sanguines. Parmi les effets secondaires les plus fréquents de la chimiothérapie on peut donc mentionner:

- perte d'appétit;
- nausées et vomissements;
- diarrhée et constipation;
- inflammation des muqueuses de la bouche et du pharynx;
- perte des cheveux;
- diminution des globules rouges accompagnée d'une anémie;
- diminution des globules blancs; avec un risque accru d'infections;
- diminution des plaquettes sanguines avec un risque accru d'hémorragies, par exemple saignements de nez;
- fatigue intense et épuisement (asthénie);
- lésions des nerfs avec fourmillements, douleurs ou hypersensibilité à la chaleur ou au froid dans les pieds et les mains (neuropathie périphérique).

Il est possible de traiter efficacement certains effets secondaires, en particulier les nausées, la constipation et la diarrhée. Avant de subir la chimiothérapie, l'ensemble des patient(e)s reçoivent des médicaments visant à prévenir les nausées.

Les effets secondaires de la radiothérapie dépendent de la partie du corps irradiée. Une rougeur de la peau, semblable à un coup de soleil, apparaît souvent au niveau de la zone irradiée. Des diarrhées peuvent survenir s'il y a également irradiation de la muqueuse intestinale.

Traitement en cas de rechute

Entre 30 et 40% des patient(e)s ne peuvent pas être guéri(e)s par le seul traitement de première ligne. Chez ces patients, il y a soit la progression de la maladie malgré le traitement (LDGCB progressif primitif), soit une rechute de la maladie après un succès thérapeutique (récidive, LDGCB récidivant). En cas de suspicion d'une récidive, il convient de s'assurer qu'il s'agit bien d'une rechute du LDGCB et non d'une autre maladie. C'est pourquoi on procède à nouveau au prélèvement du tissu tumoral chez les patient(e)s (biopsie) et à la réalisation d'un TEP/CT afin de pouvoir déterminer l'ampleur de la rechute.

S'il est établi que le traitement de première ligne a été peu efficace ou qu'il y a récidive, on administre un traitement de deuxième ligne. Cela signifie qu'il s'agit du deuxième traitement administré après le diagnostic du LDGCB. Pour le traitement de deuxième ligne, il existe les possibilités suivantes:

- chimiothérapie à haute dose avec transplantation autologue de cellules souches;
- nouvelle immunochimiothérapie en combinaison avec d'autres substances actives comme lors du traitement de première ligne.

Le choix de l'un ou l'autre de ces traitements dépend de différents facteurs, par exemple de l'évolution de la maladie jusqu'à présent, des traitements précédents ainsi que de l'âge et de l'état de santé de la personne atteinte. Étant donné qu'il existe de nombreuses possibilités de traitement pouvant mener à une guérison même en cas de rechute, les options font l'objet d'une discussion dans un centre de lymphome par des médecins spécialisés dans les maladies lymphomateuses.

Chimiothérapie à haute dose avec transplantation autologue de cellules souches

La possibilité de réaliser une transplantation autologue de cellules souches chez un(e) patient(e) dépend avant tout de son âge et de son état de santé. La chimiothérapie à haute dose précédant la transplantation de

cellules souches est physiquement et psychologiquement éprouvante. Il y a de forts risques pour que la thérapie à haute dose entraîne de graves complications chez la plupart des patient(e)s ayant plus de 75 ans ou chez les patient(e)s ayant des antécédents médicaux graves – c'est pourquoi on ne pratique généralement pas de chimiothérapie à haute dose avec transplantation de cellules souches chez ces personnes.



Transplantation de cellules souches: comment ça fonctionne ?

Les cellules souches hématopoïétiques se trouvent dans la moelle osseuse. Elles donnent naissance à toutes les cellules du système sanguin, notamment les globules rouges et blancs et les plaquettes sanguines. En principe, les cellules souches sont saines chez les personnes atteintes de LDGCB.

Lors d'une transplantation de cellules souches, toutes les cellules sanguines de l'organisme sont d'abord détruites au moyen d'une chimiothérapie intensive (chimiothérapie à haute dose). On administre ensuite aux patient(e)s des cellules souches qui s'implantent dans la moelle osseuse et à partir desquelles des cellules sanguines saines se développent en quelques semaines.

Il existe deux formes de transplantation de cellules souches:

- dans le cas d'une transplantation autologue de cellules souches, les cellules souches greffées proviennent des patients eux-mêmes. On procède à leur prélèvement dans le sang avant la chimiothérapie à haute dose puis à leur congélation (cryoconservation) avant de les restituer ensuite aux patients;
- dans le cas d'une transplantation allogénique de cellules souches, les cellules souches greffées proviennent d'une autre personne. Les membres de la famille peuvent être des donateurs de cellules souches dans de nombreux cas. Si ceux-ci ne sont pas compatibles, les cellules souches peuvent également provenir d'un donneur étranger.

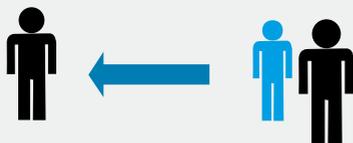
Autologue, syngénique, allogénique



Autologue:
cellules souches du patient



Syngénique:
cellules souches provenant d'un
jumeau



Allogénique:
cellules souches provenant d'un autre
individu de la même espèce

On effectue d'abord deux à trois cycles de chimiothérapie classique lors d'une transplantation autologue de cellules souches. L'idée est ainsi de réduire autant que possible le nombre de cellules cancéreuses (charge tumorale). La chimiothérapie à haute dose qui s'ensuit, avec greffe autologue de cellules souches, nécessite une hospitalisation de plusieurs semaines. Toutes les cellules immunitaires des patient(e)s sont détruites au moyen d'une chimiothérapie à haute dose de cytostatiques. Les cellules souches leur sont ensuite restituées par perfusion.

Les personnes traitées ne sont plus en mesure de se défendre contre les agents pathogènes et présentent un risque élevé de maladies infectieuses après une chimiothérapie à haute dose. C'est pourquoi elles doivent séjourner dans des chambres spéciales, isolées de l'environnement (chambres d'isolement), jusqu'à ce que les cellules souches transplantées produisent à nouveau des cellules sanguines. En Suisse, on pratique les transplantations autologues de cellules souches uniquement dans quelques grands hôpitaux disposant de professionnels dûment formés et des services spécialisés.

Les effets secondaires d'une chimiothérapie à haute dose suivie d'une transplantation de cellules souches ressemblent à ceux des autres chimiothérapies. Les effets secondaires les plus dangereux sont provoqués par la répression du système immunitaire, avec un risque accru de maladies infectieuses, et par les hémorragies dues à un manque de plaquettes sanguines.

De nos jours, on pratique rarement les transplantations allogéniques de cellules souches en cas de rechute d'un LDGCB.



**Exemple de patient(e):
transplantation autologue de cellules souches**

Madame G., 62 ans, a reçu un traitement par immuno-chimiothérapie contre un LDGCB il y a trois ans. Après le traitement, le LDGCB a disparu et Madame G. s'est bien rétablie. Mais il y a quelques semaines, elle a de nouveau remarqué un gonflement dans la région de l'aîne et les examens ont révélé une rechute du LDGCB. Le médecin recommande maintenant à Madame G. de suivre une nouvelle chimiothérapie et une chimiothérapie à haute dose avec transplantation autologue de cellules souches. Les conditions à cet effet sont bonnes: le traitement de première ligne a eu l'effet escompté chez Madame G. et, hormis le LDGCB, elle est en bonne santé et résistante.

Thérapie par cellules CAR-T

La thérapie par cellules CAR-T a juste quelques années d'existence, et elle se pratique en Suisse uniquement dans quelques grands hôpitaux. On utilise une thérapie par cellules CAR-T chez les personnes atteintes de LDGCB pour lesquelles le traitement de première ligne et le traitement de deuxième ligne n'ont pas fonctionné ou ont eu un effet insuffisant. Comme pour la transplantation de cellules souches, l'utilité d'une thérapie par cellules CAR-T chez une personne dépend avant tout de son âge et de son état de santé. La réalisation et l'utilité d'une thérapie par cellules CAR-T sont possibles également chez des patient(e)s plus âgé(e)s sont possibles. Un tel traitement permet de guérir environ 40% des personnes concernées.

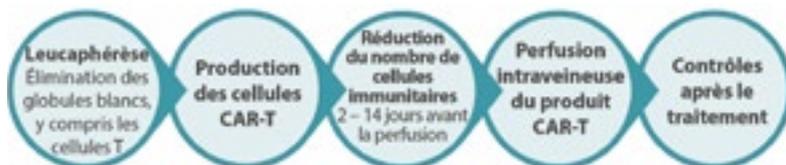


Comment fonctionne la thérapie par cellules CAR-T?

Le sang contient différents types de cellules de défense, dont les cellules T. Celles-ci ne contribuent normalement guère à la destruction des cellules cancéreuses. Cependant, une thérapie génique permet la modification des cellules T de manière à ce qu'elles soient en mesure de reconnaître, d'attaquer et de détruire les cellules cancéreuses. En laboratoire, on dote les cellules T de ce que l'on appelle les récepteurs antigéniques chimériques (CAR pour Chimeric Antigen Receptor), d'où l'appellation cellules CAR-T.

Le déroulement d'une thérapie par cellules CAR-T est similaire à celui d'une transplantation autologue de cellules souches. Cependant, dans le cas de la thérapie par cellules CAR-T, il y a filtration des cellules T du sang du patient, puis modification en laboratoire avant leur réintroduction dans la circulation de la personne traitée. Les cellules T modifiées attaquent alors les cellules LDGCB et les détruisent.

Déroulement du processus de traitement par cellules CAR-T



Pour préparer une thérapie par cellules CAR-T, on procède à la filtration des cellules T du sang de la personne atteinte. Cette procédure (leucaphérèse) s'effectue à l'hôpital et sa durée est de quelques heures. On procède à l'envoi, à la modification par génie génétique, à la cryoconservation des cellules prélevés dans un laboratoire spécialisé puis à leur renvoi à l'hôpital. La durée de ce processus est d'environ quatre semaines.

Avant la restitution des cellules T modifiées (cellules CAR-T) à la personne, on lui fait subir une chimiothérapie pendant environ trois jours. Les cellules CAR-T sont ensuite réintroduites dans le système circulatoire du/de la patient(e) par perfusion, ce qui prend environ 30 minutes. Les cellules CAR-T sont en mesure de rester longtemps dans le corps et ainsi combattre le lymphome grâce à la chimiothérapie. La personne atteinte reste hospitalisée plusieurs semaines afin de pouvoir être traitée immédiatement en cas d'effets secondaires indésirables.

Le «Syndrome de libération de cytokines» (CRS pour Cytokine Release Syndrome) est l'effet secondaire le plus fréquent d'une thérapie par cellules CAR-T. La fièvre, les frissons et l'hypotension représentent les symptômes typiques. Le CRS est la conséquence d'une forte réaction immunitaire de l'organisme due aux cellules CAR-T. Dans la plupart des cas, le CRS est léger et il est possible de bien le traiter. Chez certain(e)s patient(e)s, il est toutefois en mesure de prendre des proportions qui mettent leur vie en danger, ce qui peut nécessiter, dans certains cas, des traitements aux soins intensifs. Le risque accru de maladies infectieuses, la fatigue intense et les troubles du système nerveux tels que les maux de tête, les vertiges, les troubles du sommeil et la confusion sont d'autres effets secondaires de la thérapie par cellules CAR-T.

La brochure intitulée «Cellules CAR-T pour les lymphomes» de lymphome.ch fournit de plus amples informations sur ce traitement.

Nouvelle immunochimiothérapie et /ou radiothérapie

Chez certain(e)s patient(e)s atteint(e)s de LDGCB dont la maladie est en progression ou récidive, la réalisation de la transplantation de cellules souches ou la thérapie par cellules CAR-T est impossible. C'est surtout le cas lorsque les personnes atteintes sont fragiles ou souffrent d'autres maladies graves. En cas de première rechute, il existe de nos jours différentes options thérapeutiques médicamenteuses. On utilise la plupart du temps des traitements combinés avec différentes substances actives. Cela inclut les anticorps, la chimiothérapie, les conjugués anticorps-médicaments et les immunomodulateurs.

Exemple de patient(e): immunochimiothérapie en tant que traitement de deuxième ligne

Monsieur N. est âgé de 77 ans. Il a reçu un traitement par immunochimiothérapie contre un LDGCB il y a deux ans. Lors d'un contrôle, le médecin de famille remarque que Monsieur N. a perdu beaucoup de poids au cours des derniers mois. Les examens révèlent une rechute du LDGCB. Une transplantation de cellules souches ou une thérapie par cellules CAR-T n'entre pas en ligne de compte pour Monsieur N., étant donné son état affaibli – il est tombé à deux reprises chez lui l'année dernière – et de ses difficultés respiratoires en raison d'une maladie pulmonaire. Il est donc recommandé à Monsieur N. de suivre une nouvelle immunochimiothérapie. Les médecins vont adapter le présent traitement à l'état affaibli de Monsieur N.

Autres options de traitement

Si le traitement de deuxième ligne n'est pas suffisamment efficace ou s'il est suivi d'une nouvelle rechute, il existe d'autres options de traitement. Les personnes ayant déjà reçu une transplantation autologue de cellules souches sont éventuellement en mesure de suivre un traitement par cellules CAR-T, et inversement. Il est possible d'utiliser plusieurs autres traitements médicamenteux ciblant les tumeurs, notamment les anticorps dits bispécifiques. Ces substances actives s'accrochent simultanément à la surface d'une cellule tumorale et à une cellule immunitaire. Il y a donc activation de la cellule immunitaire afin qu'elle puisse attaquer et tuer la cellule tumorale.

Dans le cas des transplantations allogéniques de cellules souches, les cellules souches greffées ne proviennent pas de la personne malade, mais d'un donneur ou d'une donneuse. Le risque d'effets secondaires graves est nettement plus élevé lors d'une transplantation allogénique de cellules souches que lors d'une transplantation autologue de cellules souches, parce que les cellules greffées risquent d'attaquer les tissus de la personne traitée. En cas de LDGCB, la réalisation d'une transplantation allogénique de cellules souches se fait seulement dans des cas isolés et uniquement si les autres traitements n'ont pas eu l'effet escompté et en l'absence de problèmes médicaux graves.

Suivi

Lorsqu'un traitement arrive à son terme, on organise le suivi. Au cours des premières années après la fin d'un traitement, il est judicieux d'effectuer des contrôles réguliers chez le médecin afin de pouvoir détecter et traiter rapidement un éventuel LDGCB récidivant. La plupart des rechutes surviennent au cours des deux premières années après le traitement de première ligne. C'est pourquoi les contrôles médicaux se font tous les trois mois pendant cette période. Par la suite, il est possible de prolonger la période entre les rendez-vous à six ou douze mois.



Vivre sainement après le traitement du LDGCB

Les mesures suivantes peuvent réduire le risque de séquelles tardives:

- ne pas fumer;
- maintenir un poids normal ou réduire le surpoids;
- avoir une alimentation saine et équilibrée, avec beaucoup de légumes, fruits et produits à base de céréales complètes;
- exercer une activité physique régulière.

Après avoir traité un LDGCB, les séquelles tardives suivantes, entre autres, sont plus fréquentes:

- d'autres cancers, par exemple la leucémie, le cancer du poumon, le cancer de la vessie ou le lymphome hodgkinien. Chez les femmes ayant été irradiées dans la région thoracique, il y a augmentation du risque de cancer du sein. Les personnes ayant reçu un traitement contre le LDGCB devraient par conséquent recourir si possible à des mesures de dépistage précoce du cancer (dépistage du cancer du sein, du cancer colorectal, du cancer de la peau, etc.);
- maladies cardiaques telles que l'insuffisance cardiaque, l'angine de poitrine ou crise cardiaque. Un style de vie sain permet de réduire le risque de maladies cardiaques. Lors des contrôles médicaux, il convient de vérifier de façon régulière si la tension artérielle et les taux de graisse dans le sang sont normaux et s'il n'existe aucun signe de diabète, étant donné que ces facteurs augmentent le risque de maladies cardiaques;
- maladies du système nerveux accompagnées des troubles de la sensibilité et des douleurs (neuropathie);
- restriction de la fonction rénale;
- maladies du sang (anémie ou troubles de la coagulation sanguine);
- dysfonctionnement de la thyroïde;
- infertilité;
- fatigue chronique et épuisement (asthénie);

Exemple de patient(e): suivi

Madame R. a reçu un traitement contre le LDGCB il y a plus de dix ans. À l'époque, elle a été irradiée au niveau du cou, là où se trouve la thyroïde. Madame R. s'est bien remise du traitement et, depuis la maladie, elle veille à faire régulièrement du sport. Cependant, ces derniers mois, elle ressent souvent de la fatigue et voit ses performances diminuer. Elle est essoufflée lorsqu'elle monte les escaliers et n'est plus en mesure de suivre son groupe de marche nordique. De plus, elle souffre de constipation, ce qui n'arrivait presque jamais auparavant. Les examens effectués par le médecin révèlent un faible fonctionnement de la glande thyroïde (hypothyroïdie) – une conséquence probable de l'irradiation. Les troubles de Madame R. s'améliorent nettement après un traitement aux hormones thyroïdiennes.

Traitements et mesures de soutien

L'objectif principal de la plupart des patient(e)s lors du traitement d'un LDGCB est de combattre intensivement les cellules cancéreuses. Ces traitements sont très éprouvants sur les plans physique et psychologique et entraînent en général de nombreux effets secondaires. C'est pourquoi différentes formes de soutien sont utilisées dans le traitement d'un LDGCB. Ces mesures ne ciblent pas de manière directe les cellules cancéreuses, on souhaite ainsi plutôt atteindre d'autres objectifs:

- empêcher ou atténuer les effets secondaires du traitement anticancéreux;
- prévenir les complications de la maladie ou des traitements;
- soulager les symptômes physiques et psychiques des patients;
- améliorer le bien-être et la qualité de vie.

Thérapie de soutien

Le terme de thérapie de soutien comprend les mesures implémentées pendant le traitement du cancer afin d'en atténuer les effets secondaires et d'en prévenir les complications. Sans mesures de soutien, l'administration de certains traitements anticancéreux serait impossible. Les médicaments empêchant les nausées et les vomissements pendant la chimiothérapie et les substances actives permettant de soulager la diarrhée ou la constipation sont par exemple très importants.

Il y a diminution significative du nombre de globules blancs dans le sang lors du traitement d'un LDGCB. Cet état est appelé neutropénie. Une importante neutropénie augmente le risque d'évolution sévère des maladies infectieuses. Parfois, la neutropénie a également pour conséquence de retarder le prochain cycle de chimiothérapie ou de devoir réduire la dose de cytostatiques. Cela entraîne une augmentation du risque de non fonctionnement de la chimiothérapie. Pour éviter cela, plusieurs patient(e)s reçoivent des facteurs de croissance (thérapie G-CSF, facteur de stimulation des colonies de granulocytes) qui stimulent et accélèrent la régénération des globules blancs.

Alimentation et activité physique

Un style de vie sain contribue au bien-être physique et émotionnel. L'alimentation constitue un aspect important de la vie, aussi lors du traitement du LDGCB. Une alimentation équilibrée peut contribuer à mieux préparer l'organisme aux traitements et à lui permettre de mieux récupérer après ceux-ci. Pendant le traitement, de nombreux patient(e)s souffrent de perte d'appétit, de nausées ou de troubles gustatifs, ce qui leur ôte l'envie de manger. Consulter un nutritionniste peut s'avérer utile pour éviter une carence en nutriments et une perte de poids importante. Un état nutritionnel normal, sans perte de poids importante, améliore les chances d'une personne de bien supporter les traitements lourds et peut avoir un impact favorable sur l'évolution de la maladie et la qualité de vie.

En cas de cancer, l'activité physique, l'entraînement sportif ou la kinésithérapie peuvent contribuer au bien-être. Une activité physique régulière atténue les symptômes tels que la fatigue (asthénie), l'anxiété ou la dépression, améliore la sensation corporelle et augmente la qualité de vie. Il est en outre important pour de nombreuses personnes atteintes d'un cancer de faire l'expérience qu'elles sont encore performantes sur le plan physique en pratiquant l'activité sportive. L'activité physique et l'entraînement doivent toutefois correspondre aux possibilités et aux besoins de la personne atteinte et ne pas la surmener.

Psycho-oncologie

De nombreuses personnes en traitement contre un LDGCB souffrent de problèmes psychiques. Les incertitudes qui accompagnent le diagnostic de cancer peuvent par exemple déclencher des craintes, des dépressions ou des troubles du sommeil. Lorsqu'il y a des problèmes psychiques et sociaux à la suite d'un cancer, une consultation auprès d'un(e) psycho-oncologue peut s'avérer utile. Les professionnels de la santé aident les patient(e)s à surmonter la maladie et à gérer les troubles psychiques et physiques. Les proches et l'environnement social jouent également un rôle important à cet égard. L'amélioration de l'état psychique et donc de

la qualité de vie des personnes atteintes constitue l'un des principaux objectifs d'une consultation psycho-oncologique. De nombreux hôpitaux proposent une consultation psycho-oncologique.

Exemple de patient(e): Psycho-oncologie

Monsieur M., âgé de 54 ans, a reçu un traitement par immuno-chimiothérapie contre le LDGCB. Le traitement a été très éprouvant sur le plan psychique pour Monsieur M., qui a développé des troubles du sommeil et des angoisses – notamment à l'idée que sa partenaire le quitte et qu'il ne puisse plus travailler comme menuisier. La psycho-oncologue discute de ces angoisses avec Monsieur M. et lui propose différentes mesures, par exemple un entretien à trois avec lui et sa partenaire. Avec l'aide de la psycho-oncologue, Monsieur M. prévoit également de reprendre son activité professionnelle à temps partiel dans un premier temps.

Méthodes complémentaires

En plus des traitements anticancéreux proposés par la médecine conventionnelle, de nombreuses personnes atteintes d'un cancer ont recours à d'autres méthodes de traitement issues de la médecine complémentaire. Il existe une grande variété d'offres dans ce domaine: les techniques de relaxation, la thérapie respiratoire, la médecine traditionnelle chinoise avec l'acupuncture, la médecine anthroposophique avec le traitement par le gui, la méditation ou les compléments alimentaires, pour n'en citer que quelques-unes. Les méthodes de médecine complémentaire n'agissent pas directement contre les cellules tumorales et n'ont aucun impact direct sur la guérison d'une personne. Elles peuvent toutefois favoriser le bien-être et avoir ainsi un effet de soutien. Pour de nombreuses personnes qui utilisent les méthodes de médecine complémentaire, il est également important qu'elles soient ainsi en mesure de contribuer elles-mêmes à leur traitement. Il existe dans certains grands hôpitaux des centres de médecine complémentaire et intégrative où les personnes atteintes de cancer ont la possibilité d'obtenir une consultation.



Principes importants lors de l'utilisation de la médecine complémentaire

- En cas d'utilisation d'autres méthodes de traitement et/ou de prise de médicaments supplémentaires, veuillez informer vos médecins traitants;
- Renseignez-vous sur le mode d'action des méthodes que vous souhaitez utiliser;
- Demandez conseil, par exemple, auprès des grands hôpitaux qui proposent une consultation pour les méthodes complémentaires;
- Demandez à savoir suffisamment tôt qui prendra en charge les coûts du traitement proposé par la médecine complémentaire. La plupart de ces traitements ne sont pas pris en charge par l'assurance de base, mais nécessitent une assurance complémentaire;
- Méfiez-vous des offres qui promettent une guérison ou qui déconseillent de suivre un traitement proposé par la médecine conventionnelle.

Traitement palliatif / soins palliatifs

Les soins palliatifs renforcent l'autodétermination des personnes gravement malades en soulageant leurs souffrances et en leur permettant d'avoir la meilleure qualité de vie possible. Les soins palliatifs se concentrent sur les personnes dont la guérison de la maladie est impossible et ne constitue plus un objectif primaire.

Les traitements et les soins palliatifs sont surtout utilisés dans le cas du LDGCB lorsque les patient(e)s atteint(e)s ne répondent plus aux traitements du lymphome. Les principaux objectifs des soins palliatifs sont les suivants:

- soulager les symptômes de la maladie, par exemple la douleur, les difficultés à respirer ou l'anxiété;
- maintenir la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la fin;
- accompagner les patient(e)s en fin de vie et dans le processus de la mort;
- impliquer et soutenir les proches des patient(e)s.

Dans le cadre des soins palliatifs, il est possible que les chimiothérapies ou les radiothérapies soient également utiles si elles atténuent les symptômes et ne sont pas trop éprouvantes pour la personne concernée. Cela dit, les soins palliatifs comprennent non seulement les traitements médicaux, mais aussi les soins, le soutien social, psychologique et spirituel et l'accompagnement des proches. Les aspects importants à cet égard sont la planification et la coordination à l'avance des soins administrés à la personne malade. C'est pourquoi il est possible d'administrer les soins palliatifs tôt dans l'évolution de la maladie.

Glossaire

Allogénique	terme employé pour désigner le tissu greffé qui ne provient pas du receveur ou de la receveuse mais d'une autre personne
Anamnèse	saisie des antécédents médicaux
Anémie	manque de globules rouges
Anticorps	protéines produites par les cellules immunitaires qui jouent un rôle important dans la défense contre les agents pathogènes; ils sont également utilisés comme médicaments
Asthénie	fatigue intense qui survient souvent en cas de cancer ou à la suite d'un traitement anticancéreux
Autologue	terme employé pour désigner le tissu greffé qui provient du receveur ou de la receveuse lui-même / elle-même
Biopsie	prélèvement de tissu tumoral, en vue de pouvoir procéder à son examen
Cellules souches / transplantation allogénique de cellules souches	voir encadré page 26
Chimiothérapie	traitement des cancers à l'aide des cytostatiques
Chimiothérapie à haute dose	chimiothérapie intensive au cours de laquelle il y a destruction de toutes les cellules sanguines dans l'organisme
Conjugué anticorps-médicament	médicament consistant en une combinaison d'une substance active et d'un anticorps
Cryoconservation	conservation par congélation
Cytostatiques	Médicaments qui tuent les cellules cancéreuses ou les empêchent de croître
Érythrocytes	globules rouges; ils transportent l'oxygène dans le sang
Fertilité	fécondité

Ganglions lymphatiques

les petits organes ovales dans lesquels s'effectue la filtration de la lymphe (liquide tissulaire); ils font partie du système lymphatique et du système immunitaire

Imagerie par résonance magnétique (IRM)

procédé d'imagerie médicale particulièrement adapté à la représentation des parties molles

Immunochimiothérapie

combinaison d'immunothérapie et de chimiothérapie

Immunomodulateurs

médicaments qui stimulent ou répriment le système immunitaire

Immunothérapie

traitement avec des médicaments ayant un effet sur le système immunitaire

Leucaphérèse

filtration des globules blancs du sang

Leucocytes

globules blancs; ils sont notamment importants pour ce qui est de la défense contre les agents pathogènes

Lymphocytes

forme spécifique de globules blancs

Lymphocytes B

forme spécifique de globules blancs

Lymphome

cancer qui prend naissance dans le système lymphatique

Maladie infectieuse

maladie provoquée par des agents pathogènes, par ex. des bactéries ou des virus

Neuropathie

maladie touchant le système nerveux

Neutropénie

manque de globules blancs dans le sang

Progrédient

progressif

Psycho-oncologie

spécialité médicale centrée sur les conséquences psychiques et sociales des cancers

R-CHOP

voir encadré page 22

Radiothérapie

traitement par rayons

Récidive	rechute
Rémission complète	en cas de cancer: désigne une disparition complète des cellules tumorales après le traitement anticancéreux
Soins palliatifs	voir texte page 38
Symptômes B	voir encadré page 12
Syndrome de libération des cytokines (CRS)	un effet secondaire spécifique causé par la thérapie par cellules CAR-T, avec fièvre, frissons et hypotension
Système lymphatique	ensemble des organes lymphatiques (par exemple la rate, les ganglions lymphatiques et la moelle osseuse); le système lymphatique fait partie intégrante du système immunitaire
Thérapie de soutien	traitement de soutien
Thérapie par les cellules CAR-T	voir encadré page 29
Thrombocytes	Plaquettes sanguines nécessaires à la coagulation du sang
Tomodensitométrie (CT)	procédé d'imagerie médicale permettant la réalisation des images en coupe du corps à l'aide des rayons X
Tomographie par émission de positrons (TEP)	procédé d'imagerie médicale qui présente les processus métaboliques dans les organes
Traitement de deuxième ligne	deuxième traitement administré après le diagnostic (après le traitement de première ligne)
Traitement de première ligne	traitement administré en premier lieu juste après le diagnostic



Informations complémentaires

Adresses et liens utiles

Organisations de patients

Lymphome.ch Patientennetz Schweiz

Weidenweg 39, 4147 Aesch

+ 41 61 421 09 27

info@lymphome.ch

www.lymphome.ch

facebook.com/lymphome.ch Patientennetz Schweiz und

facebook.com/Lymphome.ch - Échange entre proches (Groupe privé)

Lymphoma Coalition

8 Stavebank Road N

Mississauga ON, Canada

Réseau international d'organisations de patients

atteints de lymphome

www.lymphomacoalition.org

Patients atteints de myélome MPS Suisse

Wiggerrainstrasse 14a

9404 Rorschacherberg

www.multiples-myelom.ch

AYA Cancer Support CH

Programmes de soutien pour les adolescents

et les jeunes adultes touchés par le cancer

www.ayacancersupport.ch

IG CrF Groupe d'intérêt Cancer related Fatigue

Flurhofstrasse 7, 9000 St. Gallen

+ 41 71 242 70 29

sarah.stoll@krebsliga-ostschweiz.ch

Adresses complémentaires

Ligue suisse contre le cancer

Effingerstrasse 40, 3001 Berne

+ 41 31 389 91 00

helpline@krebsliga.ch

www.liguecancer.ch

Sur ce site Internet, vous trouverez également les coordonnées des ligues régionales contre le cancer.

palliative.ch

Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs

Kochergasse 6, 3011 Berne

+ 41 31 310 02 90

info@palliative.ch

www.palliative.ch

Sur ce site web, vous trouverez également les coordonnées des sections régionales.

Aide et soins à domicile Suisse

Effingerstrasse 33, 3008 Berne

+ 41 31 381 22 81

info@spitex.ch

www.spitex.ch

Sur ce site, vous trouverez également les coordonnées des associations cantonales et autres organisations (voir section Les membres).

Inclusion Handicap

Association faitière des organisations suisses de personnes handicapées

Mühlemattstrasse 14a, 3007 Bern

+ 41 31 370 08 30

info@inclusion-handicap.ch

www.inclusion-handicap.ch

**ASSM Académie Suisse
des Sciences Médicales**

Laupenstrasse 7, 3001 Bern
+ 41 31 306 92 70
mail@samw.ch
www.samw.ch

Sur ce site, vous trouverez des modèles de directives anticipées ou des informations sur les bases juridiques de la médecine au quotidien.

Réseau de compétences sur les lymphomes malins

Gleueler Str. 176-178, D-50935 Köln
+ 49 221 478-96000
info@lymphome.de
www.lymphome.de

**Onkopedia - Portail de lignes directrices
sur les maladies du sang et les cancers**

www.onkopedia.com

Études cliniques

German Lymphoma Alliance e.V. GLA-Geschäftsstelle

c/o DGHO Service GmbH
Alexanderplatz 1, 10178 Berlin
office@german-lymphoma-alliance.de
www.lymphome.de/gla

Kofam

Centre de coordination de la recherche sur l'être humain
c/o Office fédéral de la santé publique OFSP
3003 Berne
kofam@bag.admin.ch
www.kofam.ch

**Groupe suisse de recherche
clinique sur le cancer (SAKK)**

Effingerstrasse 33, 3008 Berne
+ 41 31 389 91 91
info@sakk.ch
www.sakk.ch

Fondation Isrec pour la recherche sur le cancer

Rue du Bugnon 25A, 1005 Lausanne
+ 41 21 653 07 16
www.isrec.ch

Groupe international d'étude des lymphomes extranodaux (IELSG)

Via Vincenzo Vela 6, 6500 Bellinzona
+ 41 58 666 73 04
ielsg@ior.usi.ch
www.ielsg.org

clinicaltrials.gov

Base de données mondiale sur les essais cliniques
www.clinicaltrials.gov

Swissmedic

Autorité suisse d'autorisation et de surveillance des produits
thérapeutiques
Hallerstrasse 7, 3012 Bern
+ 41 58 462 02 23
www.swissmedic.ch

Grossesse et fertilité

Fertiprotekt

Réseau pour les mesures de protection de la fertilité
Informations et conseils sur la fertilité,
avant et après chimiothérapie et radiothérapie
www.fertiprotekt.com

Désir d'enfant après un cancer

Informations sur le cancer et le thème
du désir d'enfant - planification de l'avenir.
<https://tinyurl.com/mwxdrhx7>

Conseils nutritionnels

Association suisse des diététicien(ne)s ASDD

Certains hôpitaux proposent aussi des conseils nutritionnels.
<https://svde-asdd.ch/>

Méthodes complémentaires

Méthodes complémentaires en cas de cancer

Informations sur les méthodes de traitement complémentaires
en cas de cancer
Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V
www.komplementaermethoden.de

Transplantation de cellules souches

Fondation SFK pour la promotion de la transplantation de cellules souches et de la moelle osseuse

Eidmattstrasse 51, 8032 Zürich
+ 41 44 383 04 00
www.knochenmark.ch

SBST Swiss Blood Stem Cell Transplantation and Cellular Therapy

Informations sur la transplantation autologue et allogénique de
cellules souches du sang
www.sbst-patientinfo.ch

Source

- Onkopedia-Leitlinie. Lenz G, et al.:
Lymphome diffus à grandes cellules B (Version de juin 2022).
<https://tinyurl.com/zmamp46u>
- Leitlinienprogramm Onkologie (Ligne directrice S3):
Diagnostic, traitement et suivi des patient(e)s adultes
atteint(e)s d'un lymphome diffus à grandes cellules B
et d'entités apparentées, version longue 1.0, 2022.
www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/dlbcl
- Deutscher Krebsinformationsdienst. Lymphome: hodgkinien,
non hodgkinien et myélome multiple (version de décembre 2022)
[www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/lymphome/
index.php](http://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/lymphome/index.php) (en allemand)
- Réseau de compétences sur les lymphomes malins.
Chapuy B, et al.: Lymphome diffus à grandes cellules B.
<https://lymphome.de/diffus-grosszelliges-b-zell-lymphom>
(en allemand)
- Ligue suisse contre le cancer Les lymphomes à cellules B –
Un guide de la Ligue contre le cancer (Brochure, version 2020).
www.krebsliga.ch/ueber-krebs/krebsarten/non-hodgkin-lymphome
- Site Internet Hirslanden: Thérapie par cellules CAR-T.
www.hirslanden.ch/de/corporate/behandlungen/CAR-T-Zellen.html
(en allemand et en anglais)

Merci de nous soutenir – votre don est précieux!

Nous mettons gratuitement nos brochures et notre matériel d'information à la disposition des personnes atteintes de lymphome, de leurs proches et de leurs amis. Nous sommes toutefois très reconnaissants si vous pouviez contribuer aux frais d'impression et d'affranchissement avec un don.



Merci beaucoup!

Votre Lymphome.ch Patientennetz Schweiz

Banque Raiffeisen Aesch-Pfeffingen, CH 4147 Aesch BL

Lymphome.ch, CH 4147 Aesch BL

IBAN: CH33 8080 8008 5554 0552 4

Swift/BIC: RAIFCH22779







lymphome.ch
patientennetz
schweiz

**Weidenweg 39
4147 Aesch
+ 41 61 421 09 27
info@lymphome.ch**