

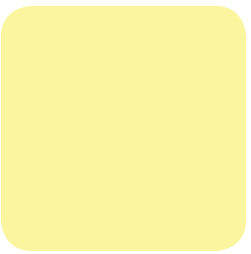
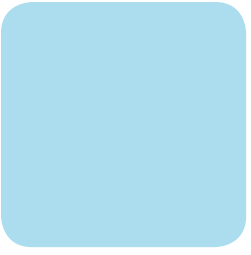


CANCER COLORECTAL : GUIDE À L'INTENTION DES PATIENTS

Réalisé par :

Équipe supra-régionale Cancer colorectal

HM Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Centre affilié à l'Université de Montréal





Présentation de l'équipe

À l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, les patients atteints d'un cancer colorectal sont pris en charge par une équipe interdisciplinaire de professionnels de la santé, ultraspécialisée et dédiée à cette thématique. C'est la façon moderne de pratiquer l'oncologie et surtout, c'est le gage d'une prise en charge optimale basée sur le travail d'une équipe extrêmement bien rodée.

L'équipe HMR est composée des intervenants suivants :

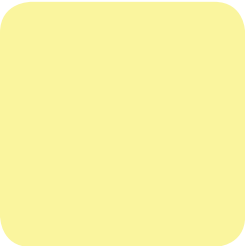
- Infirmières
- Infirmières pivots
- Travailleurs sociaux
- Nutritionnistes
- Bénévoles
- Psychologues
- Pharmaciens
- Stomothérapeutes
- Registraires
- Radio-oncologues
- Oncologues médicaux
- Chirurgiens colorectaux
- Chirurgien hépatobiliaires
- Chirurgiens oncologues

Outre des consultations individuelles, les patients pris en charge par cette équipe vont bénéficier de l'expertise de l'équipe tout entière, car des rencontres régulières permettent à l'équipe de définir les meilleures options thérapeutiques possibles pour un patient donné, pour ensuite les lui communiquer.

On discutera avec le patient de toutes les décisions retenues par l'équipe; c'est essentiel. Dans notre institution, le patient est un partenaire de l'équipe, le plus important en fait!

La force de notre équipe repose essentiellement sur l'expertise et l'interdisciplinarité.

Pierre Dubé
Chirurgien oncologue



Témoignage de Dominique Michel,

porte-parole bénévole
de la Fondation HMR



Quand on m'a annoncé que j'avais un cancer du côlon, lors d'un examen de routine (une colonoscopie), j'étais dans le déni total. Pas moi! Un cancer, moi? Non! Non! J'étais avec une amie et elle était aussi secouée que moi, sinon plus!

Ensuite, j'ai fait la rencontre du chirurgien qui allait m'opérer, le docteur Jean-François Latulippe. Il m'a expliqué minutieusement les détails de l'opération. Il avait l'air si jeune que je lui ai demandé : « Quel âge avez-vous? » « 43 ans. Me trouvez-vous trop jeune? » « Non, pas du tout. Ça me rassure. Après 3 heures et demi de chirurgie, vous ne serez pas fatigué. » Tout s'est très bien passé. Le lendemain matin, on m'a demandé de me lever et de marcher un peu, ce que j'ai fait et cela, plusieurs fois par jour par la suite. Après sept jours d'hospitalisation, je suis retournée à la maison.



Je me dois de souligner l'empathie et la gentillesse du personnel soignant et de toutes les personnes qui travaillent à Maisonneuve-Rosemont.

Un mois après ma chirurgie, j'ai rencontré mon oncologue, le docteur Guy Leblanc, pour la chimiothérapie, un traitement toutes les deux semaines; douze traitements pendant six mois.

La première journée de mon traitement, le docteur Michel-Pierre Dufresne m'installe un cathéter (PICC line) que je garderai pendant la durée totale de ma chimiothérapie. On est toujours un peu inquiet; c'est normal, nous sommes dans l'inconnu.

Tout se passe très bien. Aucune douleur. Le docteur Dufresne, un très grand professionnel, doit installer au moins mille PICC line par jour. Non, c'est faux. C'est juste pour vous faire rire, mais il en installe beaucoup. Je me rends ensuite au département d'oncologie, au rez-de-chaussée de l'hôpital. Des infirmières dévouées s'occupent très bien de nous. J'arrive avec mon oreiller, ma couverture de cachemire, car je suis frileuse, et un livre. Pas nécessaire d'emporter tout ça, l'hôpital s'occupe de tout nous fournir et plus; les fauteuils genre « La-Z-Boy » sont très confortables.

La chimiothérapie nous guérit, mais nous épuise aussi. On doit se reposer, je ne le dirai jamais assez. Nous n'avons pas la force de recevoir de la visite, même de nos amis les plus chers, qui nous aiment et s'informent de notre santé. « Comment ça va? » Vous avez envie de dire « Mal! ». Je vomis, j'ai mal au cœur, je sens une fatigue lourde, la nourriture goûte la tôle... enfin, je suis à bout! Je n'ai plus de son, plus d'image!

Si vos amis ne comprennent pas, tant pis! S'ils vous aiment, ils resteront vos amis. Je n'aime pas donner des conseils, mais...

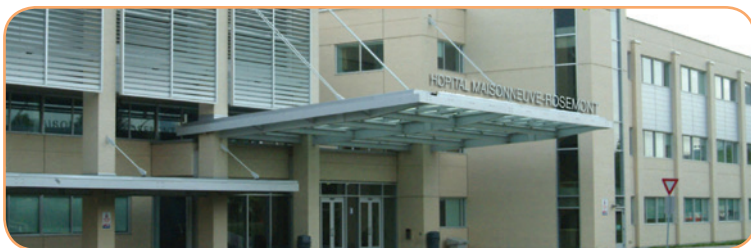
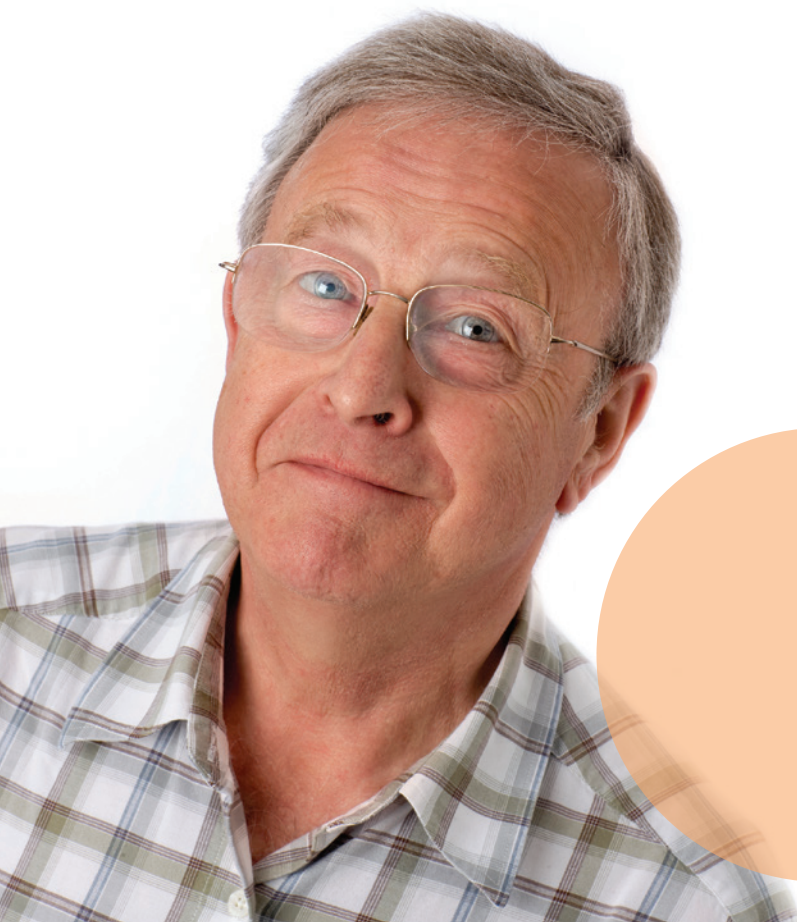


Table des matières

Qu'est-ce que le cancer?	2
Anatomie du côlon et du rectum	5
Cancer du côlon et du rectum : définition et classification	7
Facteurs de risque	9
Diagnostic et investigation	11
Les principes de traitement du cancer	14
Le traitement chirurgical des CCR	20
Les stomies	29
La chimiothérapie	32
Cancer du rectum et radiothérapie	39
Comment se préparer aux différentes étapes du traitement du cancer colorectal	43
Limitation des activités pendant et après le traitement	46
La prévention de la récurrence et le suivi	48
Carcinose péritonéale d'origine colorectale	51
Les métastases hépatiques	54
Le cancer et la famille	58
Suppléments alimentaires et produits de santé naturels	62
La gestion du stress et la relaxation	65
L'alimentation et le cancer du côlon	70
Génétique et dépistage du cancer colorectal (CCR)	75
La recherche clinique en oncologie	80
Ressources et soins de soutien	84

Qu'est-ce
que le cancer?





Julie Beaudet, MD



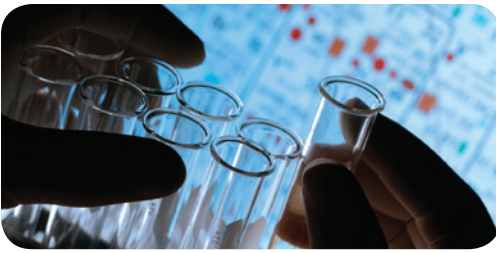
Pierre Dubé, MD

Qu'est-ce que le cancer?

Par Pierre Dubé, MD et Julie Beaudet, MD

Les différents organes du corps humain sont complexes et ont pour but de lui permettre d'entrer en relation avec son environnement et de se développer, de vivre. Les mécanismes chargés de maintenir l'équilibre à l'intérieur d'un individu, c'est-à-dire de le garder en santé, sont encore plus complexes que les organes qui s'y trouvent. C'est l'ADN, regroupée en gènes, qui gère ces mécanismes. À chaque instant, ces mécanismes contrôlent tous les processus qui permettent aux humains de vivre et d'être en équilibre par rapport à l'environnement. Une copie de tous les gènes se retrouve dans chacune des cellules qui forment les différents organes. Les gènes sont donc au cœur de la vie. Ils coordonnent toutes les réactions chimiques et biologiques du corps, en plus de s'assurer du bon fonctionnement des cellules des organes et de prévenir les troubles dans leur fonctionnement. S'il y a des problèmes dans une cellule, certains gènes seront activés pour permettre à la cellule d'être réparée, et cela se produit des millions de fois par jour chez un même individu. Si la réparation de la cellule est impossible, d'autres gènes vont entrer en action pour ordonner sa destruction et ainsi l'éliminer. C'est précisément lorsque ces mécanismes de protection sont déréglés ou défectueux qu'un cancer peut survenir.

Un cancer est donc, comme d'autres maladies, un dérèglement de certains gènes qui entraîne la multiplication incontrôlée de certaines cellules des organes. Ces cellules, qui échappent aux mécanismes de surveillance et de réparation de l'organisme, vont se multiplier, croître et former une masse qu'on appellera un cancer. Si les cellules qui sont responsables du dérèglement proviennent du côlon, on dira qu'il s'agit d'un cancer du côlon; si elles proviennent du sein, d'un cancer du sein et ainsi de suite. Comme le cancer ne tient pas compte de son environnement immédiat, (la personne aux prises avec la maladie), il pourra se propager sans se soucier des besoins de cette personne; si rien n'est fait, cela entraînera des complications susceptibles de mettre la vie de la personne en danger. Tout ce processus se fait en général sur plusieurs années; c'est donc dire que, lorsqu'on est capable de diagnostiquer un cancer, c'est qu'il était présent depuis de nombreux mois, peut-être même des années.



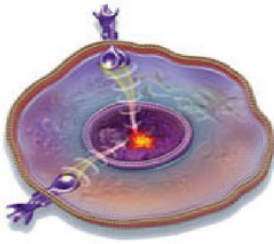
À la lumière de ces explications, on comprend donc que le cancer est toujours une maladie « génétique » car il est dû à un dérèglement de nos gènes. Par contre, le fait que le cancer soit « génétique », ne signifie pas qu'il est héréditaire, c'est-à-dire transmissible des parents aux enfants. En fait, c'est une minorité des cancers qui sont héréditaires car, dans plus de 90 % des cas, les cancers sont acquis à cause des événements imprévisibles de la vie et ils ne sont pas transmis des parents aux enfants. La vaste majorité des cancers sont donc acquis, parce que nos gènes (ADN) sont soumis à différents agents qui peuvent en modifier la fonction et les dérégler. Parmi ces agents, on note par exemple l'alimentation, certaines infections par des virus, certains polluants, certaines habitudes de vie (fumer la cigarette) et surtout une foule d'autres agents que l'on ne connaît pas. Il faut donc que notre ADN soit endommagé à plusieurs reprises pour être dérégulé au point de développer un cancer. Chez certaines personnes, il faut un moins grand nombre de ces attaques pour faire apparaître un cancer, et c'est pour cette raison que certaines familles semblent contracter certains types de cancers et pas d'autres. À l'inverse, certains individus sont protégés par leurs gènes et ils ne contracteront jamais de cancer, peu importe leurs bonnes ou mauvaises habitudes de vie.

Serge N, 62 ans, cancer colorectal, diagnostiqué en 1999

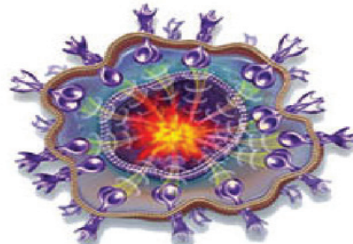
Il n'y avait pas de moments d'incertitude avec mon équipe de traitement. On me disait la vérité et on m'expliquait les choses de façon claire et directe.



Dans moins de 10 % des cas, on observe des cancers héréditaires, c'est-à-dire transmis des parents aux enfants. Ces cancers surviennent généralement à un plus jeune âge (moins de 40 ans) et, souvent, l'histoire familiale laisse déjà entrevoir cette possibilité, car d'autres cas ont en général été diagnostiqués dans la famille. Les individus aux prises avec un cancer héréditaire viennent au monde avec un défaut de certains gènes, les rendant incapables de surveiller et de réparer les cellules qui présentent des problèmes susceptibles de conduire à la formation d'un cancer. Ils sont donc porteurs de gènes qui n'assurent pas une bonne surveillance des cellules, ce qui augmente le risque de contracter un ou des cancers, peu importe les précautions qui auront été prises.



Cellule normale



Exemple de cellule anormale ou cancéreuse

Anatomie du côlon et du rectum





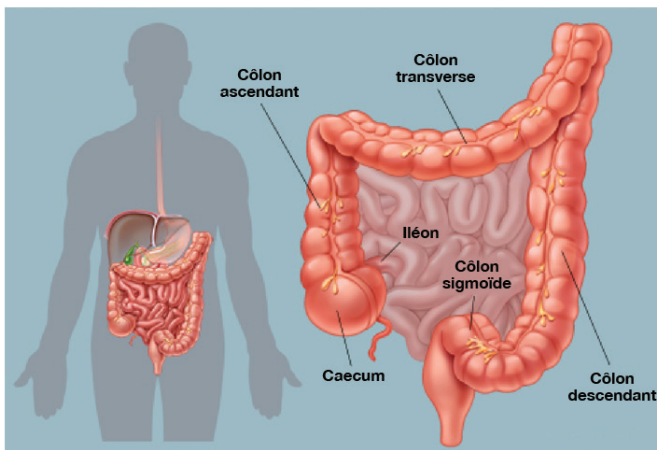
Yves Bendavid, MD

Anatomie du côlon et du rectum

Par Yves Bendavid, MD

Le côlon est une partie du système digestif également appelé le gros intestin. Il se situe entre le petit intestin et le rectum. Le côlon mesure environ 1,5 mètre (4 pieds) et se divise en 4 parties, soit le côlon droit, à droite de l'abdomen, le côlon transverse, qui traverse l'abdomen de droite à gauche en haut de l'abdomen, le côlon gauche, à gauche de l'abdomen et enfin le côlon sigmoïde, qui forme un S en bas à gauche de l'abdomen. La première partie du côlon droit s'appelle caecum (se prononce cécom) et se situe en bas à droite du ventre.

Le rôle principal du côlon est d'absorber l'eau et les sels minéraux du contenu digestif qui y transitent pour transformer les selles essentiellement liquides qui y parviennent en selles solides à leur sortie, par l'anus. Environ 90 % du liquide qui transite par le côlon est réabsorbé par le corps. Le côlon permet également l'accumulation des selles entre les évacuations. Le côlon reçoit du sang par ce qu'on appelle le mésentère, c'est-à-dire une sorte de racine qui contient les artères, les veines et les ganglions qui transportent le sang vers le côlon. Ces artères, ces veines et ces ganglions agissent comme des filtres qui peuvent parfois intercepter des cellules cancéreuses avant qu'elles ne s'en aillent ailleurs dans le corps, ou bien aider à défendre le corps en cas d'infection du côlon.



Droit d'auteur © 2009 Boots UK Limited et WebMD UK Limited. Tous droits réservés.

Cancer du côlon et du rectum : définition et classification





Yves Leclerc, MD



Serge Dubé, MD



Cancer du côlon et du rectum : définition et classification

Par Yves Leclerc, MD et Serge Dubé, MD

Les cancers colorectaux (du côlon et du rectum) sont des cancers très fréquents de la paroi interne du côlon ou du rectum qui apparaissent souvent sans présenter de symptômes. Certaines cellules de la paroi muqueuse se développent alors de façon anormale, finissent par former de petits amas (les polypes) qui, avec les années, peuvent se transformer en cancer. Une fois le polype devenu cancéreux, la lésion grossit, envahit les autres couches de la paroi digestive, peut envahir les structures normales et même libérer des cellules cancéreuses isolées qui peuvent « semer » de la tumeur ailleurs dans le corps (c'est ce qu'on appelle des métastases).

Pour bien comprendre à quel type de tumeur nous avons affaire, les médecins classifient la tumeur maligne en fonction du type de cellule d'origine, de l'étendue locale de la tumeur par rapport à la paroi intestinale et aux organes du voisinage, en fonction du risque d'essaimage de tumeur dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques dans les ganglions proches du côlon (c'est-à-dire le risque qu'elle se propage, qu'elle se disperse) et de la présence ou non de métastases dans d'autres organes (foie, poumons, péritoine).

On fait cette classification (appelée « TNM », de l'anglais Tumor, Node, Metastasis) avant l'opération en se basant sur les résultats de biopsie et les résultats des différents examens de radiologie, puis est complétée après la chirurgie avec l'aide du pathologiste qui aura examiné ce qui aura été enlevé lors de l'opération.

Ce système de classification des tumeurs colorectales permet d'établir un stade d'avancement de la maladie, de stratifier/regrouper les tumeurs selon leur pronostic et d'établir les meilleurs traitements pour chacun des stades de développement. En se basant sur les recommandations de meilleurs soins, et souvent après discussion avec l'équipe multidisciplinaire, on propose un traitement qui tient compte du stade de la tumeur et des caractéristiques du patient.

Marcelle T, 62 ans, cancer colorectal, diagnostiqué en 2003

Essayez de rester toujours positif. Ne broyez pas trop de noir et anticipez l'avenir. Garder une ouverture d'esprit, parlez avec des gens, joignez-vous à des groupes de soutien.

Facteurs de risque





Françoise Heyen, MD

Facteurs de risque

Par Françoise Heyen, MD

Nous sommes tous à risque face à ce type fréquent de cancer, et c'est pour cette raison que les programmes de dépistage sont proposés à tous à partir de 50 ans. Certains facteurs faisant augmenter le risque de contracter des cancers colorectaux ont toutefois été établis. Le fait d'avoir déjà eu soi-même des polypes colorectaux ou d'avoir déjà été traité pour un cancer colorectal est un risque important et justifie le suivi prolongé proposé après la guérison d'un premier cancer. Les antécédents familiaux de polypes ou de cancers colorectaux sont eux-aussi significatifs, surtout s'il s'agit d'un parent proche (père, mère, frère, sœur ou enfant) et encore plus si cette personne était jeune au moment du diagnostic ou si plusieurs membres de la famille sont atteints. Encore une fois, ce risque plus élevé justifiera que vos proches participent à un programme de dépistage du cancer colorectal, selon certains critères.

Dans certaines familles, certains gènes liés à l'apparition précoce de polypes nombreux ou de cancers multiples sont transmis. Puisque le suivi, le pronostic et le traitement doivent être différents chez ces personnes, on recherche maintenant ces gènes de façon spécifique, si le doute est suffisant, après consultation avec un médecin généticien.

Certaines maladies inflammatoires coliques comme la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse prédisposent au cancer colorectal. Le suivi par endoscopie de ces maladies tient compte de cette augmentation du risque.

Par ailleurs, certaines habitudes de vie comme les mauvaises habitudes alimentaires, le tabagisme, la consommation d'alcool, le surpoids et la sédentarité (manque d'exercice) seraient d'autres facteurs d'aggravation du risque. Alors qu'on ne peut rien faire pour corriger le passé, l'adoption de nouvelles habitudes de vie peut contribuer au mieux-être après le traitement. Moins de viande rouge et de viandes transformées (charcuteries, etc.), moins de gras trans ou saturés, plus de fruits, de légumes, d'anti-oxydants et de vitamines, plus d'exercice et le maintien d'un poids-santé sont autant de moyens de limiter les risques.

Diagnostic et investigation





Pierre Dubé, MD



Gabriela Rossa



Diagnostic et investigation

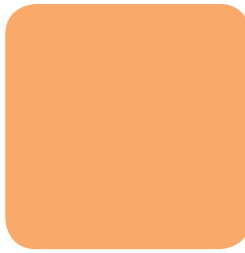
Par Gabriela Rossa, étudiante en médecine, Pierre Dubé, MD

Le diagnostic d'un cancer colorectal se fait le plus souvent par un examen appelé coloscopie. Cet examen est effectué grâce à un coloscope, qui est un instrument composé d'une fibre optique et d'une petite caméra. Pour faire l'examen, le médecin passera le coloscope à travers l'anus afin d'aller observer les parois du gros intestin (le côlon) depuis le rectum jusqu'au caecum (côlon droit). Si des polypes sont aperçus (lésions précancéreuses), ils seront enlevés. Si une lésion suspecte de cancer est identifiée, une biopsie (un prélèvement) sera faite pour que le pathologiste puisse en faire l'étude au microscope. La coloscopie dure de 30 à 60 minutes selon sa complexité.

Pour être optimale et bien montrer les parois internes de l'intestin, la coloscopie nécessite une préparation. D'abord, on recommande un régime particulier, et il faut rester à jeun au moins pendant 8 heures avant l'examen. Pour qu'on ait une bonne visibilité à l'intérieur du côlon, un « nettoyage » de l'intestin devra être fait avec des laxatifs la veille de l'examen et un lavement sera fait le matin même.

La coloscopie est une procédure sécuritaire, mais des complications peuvent survenir dans environ 1 % des cas. Ces risques sont expliqués au patient par le médecin qui fait passer l'examen.

Pendant l'examen, de l'air est insufflé (soufflé) dans l'intestin et il est courant que le patient ressente des crampes. Pour diminuer l'inconfort, des sédatifs et des relaxants sont administrés. Il est donc recommandé d'être accompagné par quelqu'un pour le retour à la maison, car les médicaments reçus peuvent entraîner de la somnolence pendant quelques heures. Dans la journée suivant l'examen, les crampes abdominales et des flatulences peuvent persister. Si des polypes ont été excisés (enlevés) ou si une biopsie a été faite, il peut être normal d'avoir un peu de sang dans les selles. Par contre, si une douleur abdominale importante ou des saignements significatifs avec des caillots survenaient, il faudrait consulter rapidement.



Si un cancer du côlon ou du rectum est diagnostiqué lors de la coloscopie, il faut évaluer l'étendue de la maladie, c'est-à-dire le stade de la maladie. Cette étape est primordiale pour l'élaboration du plan de traitement. Heureusement, le cancer colorectal est le plus souvent diagnostiqué à un stade que l'on peut guérir. Les examens habituellement faits pour évaluer l'étendue de la maladie sont : une radiographie des poumons et une échographie ou un tomodensitogramme de l'abdomen. S'il s'agit d'un cancer du rectum, une résonance magnétique pelvienne et/ou une échographie trans-rectale seront effectuées en plus. On procédera également à un dosage sanguin des ACE (antigènes carcino-embryonnaires). Il s'agit d'une substance qui peut être produite par les cancers colorectaux et que l'on peut retrouver dans le sang des patients aux prises avec ce type de cancer. Cet indicateur (cette substance) sera suivi durant toutes les étapes du traitement.

Une fois l'étendue de la maladie évaluée, il faut établir le bilan de santé en vue de la chirurgie. On fera un bilan sanguin pour s'assurer du bon fonctionnement des différents systèmes (reins, foie, coagulation) et vérifier l'existence d'une anémie pour la traiter au besoin. Cette anémie peut être causée par des saignements digestifs venant de la tumeur, qui passent parfois inaperçus. On fera également un électrocardiogramme pour évaluer le fonctionnement du cœur ainsi que d'autres examens ou consultations selon l'état du patient, son état de santé, son âge et le traitement planifié. Toutes ces démarches ont pour objectif d'optimiser l'état du patient en vue de la chirurgie.

Noël-Yves P, 73 ans, cancer colorectal, diagnostiqué en 2009

Les membres de mon équipe de traitement m'ont donné toutes les informations dont j'avais besoin tout au long de mon traitement. Je leur ai fait confiance et j'ai suivi leurs conseils.

Les principes de traitement du cancer





Pierre Dubé, MD



Les principes de traitement du cancer

Par Pierre Dubé, MD

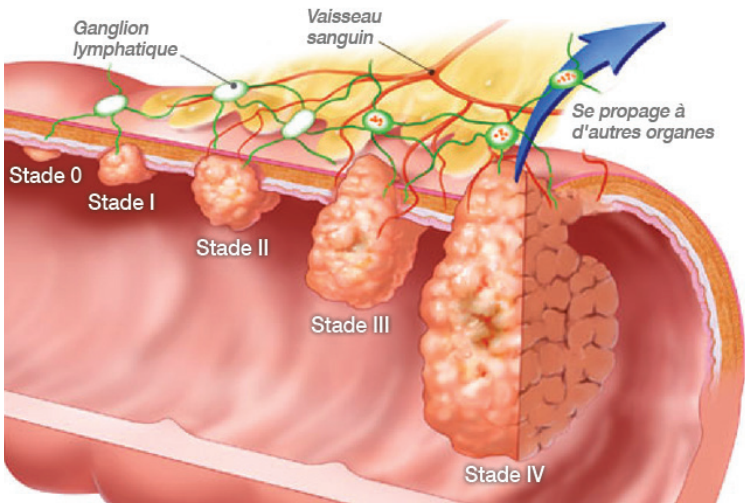
Le traitement des cancers solides, tel que les cancers digestifs, est multimodal car il faut recourir le plus souvent à différentes approches thérapeutiques. On adoptera ces approches en même temps ou les unes à la suite des autres pour qu'elles produisent leur effet. Les différentes options qui composent l'arsenal thérapeutique sont la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie et les thérapies ciblées. Afin de bien comprendre les objectifs des différentes modalités thérapeutiques, il faut comprendre les modes de dissémination des cancers, c'est-à-dire la façon dont ils se répandent.

D'abord, une tumeur primaire se forme. Elle va croître pendant un certain temps avant de se propager. Il s'agit d'une maladie de stade I ou de stade II. Quand les conditions propices à la dissémination des cellules cancéreuses sont présentes, celles-ci peuvent se détacher de la tumeur primaire pour aller se loger dans un ou plusieurs ganglions lymphatiques situés près de la tumeur primaire. Il s'agit alors d'une maladie que l'on qualifiera de régionale, habituellement un stade III. La propagation du cancer sera alors limitée durant un certain temps dans ces ganglions, mais même à ce moment-là, il est possible que les cellules cancéreuses se répandent dans l'organisme. Si des cellules cancéreuses qui étaient dans la tumeur primaire ou dans les ganglions lymphatiques arrivent à se déplacer pour aller se déposer et se développer dans un organe plus éloigné comme le foie, les poumons ou les os, il y aura ce qu'on appelle la formation de métastases. On dira alors que la maladie est métastatique, peu importe qu'il y ait un ou plusieurs nodules dans un ou plusieurs organes éloignés de la tumeur primaire. Il s'agit alors d'une maladie de stade IV.



Stades des cancers du côlon et du rectum

STADE	TUMEUR PRIMAIRE	GANGLIONS ATTEINTS	MÉTASTASES
I	Limitée à la paroi du tube digestif et ne touche pas la surface extérieure	NON	NON
II	Atteint la surface extérieure du tube digestif et peut même la dépasser	NON	NON
III	Peu importe	OUI	NON
IV	Peu importe	Peu importe	OUI



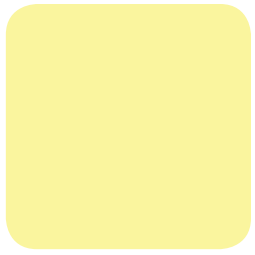
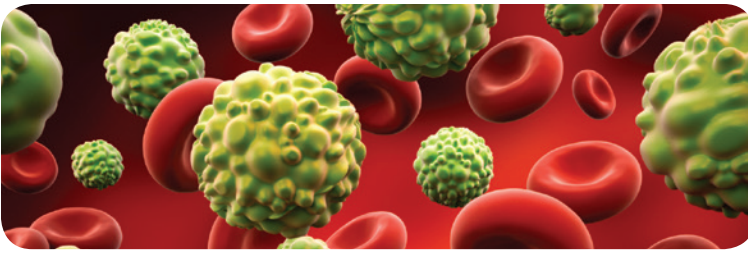
D'après Terese Winslow, National Cancer Institute, 2005



Dans les cas de tumeurs solides, à tous les stades, la chirurgie est généralement nécessaire pour espérer une guérison complète de la maladie. Quand la maladie est diagnostiquée aux stades précoces, il est possible que le seul traitement nécessaire soit la chirurgie. Par contre, il arrive parfois qu'on utilise la radiothérapie en plus de la chirurgie sur la tumeur primaire (appelée contrôle local) et sur les ganglions lymphatiques (appelée contrôle régional), afin de diminuer le risque de récurrence. On appelle cela le contrôle locorégional. À partir du moment où il y a un risque important que des cellules cancéreuses se soient détachées de la tumeur primaire ou des ganglions lymphatiques, on recourra à une chimiothérapie de prévention afin de détruire ces cellules cancéreuses qui circulent dans l'organisme, car elles pourraient devenir des métastases. Quand des métastases sont découvertes, le meilleur traitement est habituellement une combinaison de chimiothérapie et de thérapies ciblées. Dans certains cas, cependant, la chirurgie est possible et elle permet une chance de guérison.

On utilise la chimiothérapie et les thérapies ciblées pour prévenir le risque d'apparition de métastases (maladie de stade III) ou pour traiter une maladie de stade IV qui a été confirmée.

Le but de la chirurgie est d'évaluer à quel point la maladie s'est répandue et de l'éliminer. Un pathologiste (médecin spécialisé dans le diagnostic du cancer) analysera ce qui a été enlevé lors de la chirurgie et confirmera si tout a été enlevé ou non. L'examen au microscope est nécessaire. Une fois toute la maladie éliminée, le but de la chirurgie est de reconstruire l'organe touché pour préserver sa fonction au maximum et, dans la mesure du possible, de réduire au minimum les problèmes esthétiques engendrés par la chirurgie. Dans le cas des cancers colorectaux, la chirurgie peut se faire avec une incision conventionnelle ou par voie laparoscopique (à l'aide d'une caméra). Ces deux approches ont chacune leurs indications et leurs contre-indications, mais dans un grand nombre de cas, les deux options sont possibles.



La radiothérapie utilise différents types de radiations pour produire son effet sur les cellules des tumeurs. La radiothérapie brise l'ADN (donc les gènes) des cellules cancéreuses, ce qui les empêche de se diviser et de grossir. La radiothérapie ne peut pas être administrée en une seule fois, car elle « brûlerait » autant les tissus normaux que les tissus anormaux. En général, le traitement est divisé en petites doses données chaque jour pendant quelques jours ou quelques semaines, selon les indications et la façon dont elle est administrée. Le repos entre les traitements de radiothérapie est donc nécessaire, car il permet aux cellules normales qui sont touchées par les radiations de récupérer et de pouvoir recevoir une nouvelle dose de radiothérapie sans être affectées de façon définitive. Les cellules cancéreuses n'ont pas cette capacité extraordinaire de récupérer, et c'est pour cette raison que la radiothérapie produit son effet anticancéreux. La radiothérapie peut être administrée de façon externe, un peu comme des rayons X ordinaires, ou être administrée plus directement au niveau de la tumeur, comme c'est le cas avec la brachythérapie. Lors de la brachythérapie, on insère des tiges radioactives directement dans la tumeur pour détruire le cancer. Chacune des approches a ses avantages et ses inconvénients, de même que ses indications et contre-indications. Lorsque la radiothérapie est administrée après la chirurgie, on parlera de radiothérapie adjuvante. Lorsque la radiothérapie est administrée avant la chirurgie, on parlera de radiothérapie néo-adjuvante (ou d'induction).

La chimiothérapie est nécessaire soit pour prévenir la formation de métastases, soit pour traiter des métastases. Quand une chimiothérapie est administrée pour prévenir les métastases, on parle alors de traitement de prévention ou de traitement adjuvant. Quand une chimiothérapie est administrée pour traiter des métastases déjà présentes, on dira alors qu'il s'agit d'un traitement thérapeutique. Qu'elle soit administrée à titre préventif ou thérapeutique, la chimiothérapie produit son effet en touchant les cellules à plusieurs niveaux. D'abord, comme pour la radiothérapie, la chimiothérapie peut briser l'ADN des cellules de diverses façons, mais en plus, elle peut toucher les cellules en d'autres endroits et détruire d'autres fonctions essentielles de la cellule. Comme pour la radiothérapie, la chimiothérapie touchera autant les cellules normales que les cellules cancéreuses.

Et comme pour la radiothérapie, il faudra laisser les cellules normales récupérer entre deux traitements afin de limiter les effets secondaires de la chimiothérapie. Ainsi, les cellules normales pourront reprendre le dessus, ce qu'elles font plus rapidement que les cellules cancéreuses. La chimiothérapie est le plus souvent administrée par voie intraveineuse (par les veines), mais dans certains cas, elle peut aussi être administrée par la bouche. Lorsque la voie intraveineuse est choisie, un cathéter intraveineux permanent doit souvent être installé, et il faudra le garder pendant toute la durée de la chimiothérapie. Cela évite de devoir « piquer » le patient pour lui administrer la chimiothérapie.

On utilise les thérapies ciblées depuis quelques années afin de traiter divers cancers. Il s'agit souvent d'anticorps qui ont été produits pour détruire des parties précises des cellules de la tumeur; c'est pour cela qu'on les appelle thérapies ciblées. Parce qu'elles ont une action plus « pointue », plus « ciblée », elles sont en général moins toxique que la chimiothérapie. Elles ont donc moins d'effets secondaires. Elles sont rarement utilisées seules, mais sont le plus souvent combinées à de la chimiothérapie pour produire leur effet maximal.

Stades	Côlon	Rectum
I	Chirurgie seule	
II	Chirurgie (parfois chimiothérapie adjuvante)	Chirurgie et radio-chimiothérapie néo-adjuvante ou adjuvante (combinaison de radiothérapie et chimiothérapie)
III	Chirurgie et chimiothérapie adjuvante	Chirurgie et radio-chimiothérapie néo-adjuvante puis chimiothérapie adjuvante
IV	Chimiothérapie et thérapies ciblées (parfois chirurgie)	

Le traitement chirurgical des CCR





Jean-François
Latulippe, MD



Yves Bendavid, MD



Le traitement chirurgical des CCR

Par Jean-François Latulippe, MD, Yves Bendavid, MD et Margaret Henri, MD

Une étape cruciale vers la guérison

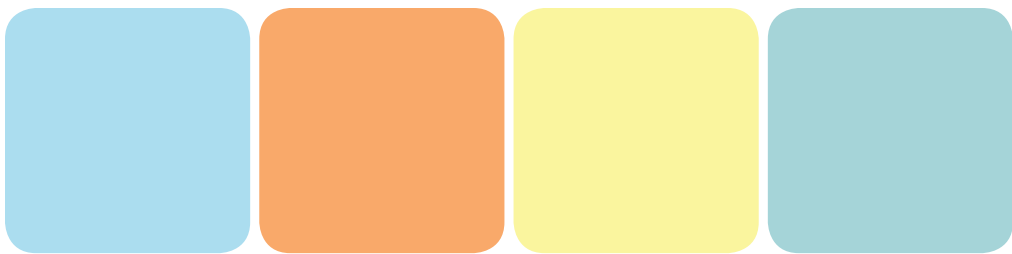
Comme nous l'avons vu dans la section sur les différentes armes dont on dispose pour s'attaquer au cancer, la chirurgie est une étape cruciale pour le traitement du CCR. Elle a généralement pour but d'enlever tout le cancer visible à l'œil nu (qu'on appelle aussi la maladie macroscopique) ainsi que les ganglions qui se situent dans le territoire de drainage du cancer. Parfois, il se peut que votre chirurgien vous propose une chirurgie « palliative », c'est-à-dire une chirurgie qui vise plutôt à soulager vos symptômes comme la douleur, le blocage intestinal causant un ballonnement important ou les saignements digestifs qui vous rendent faible. Dans ce cas, il se peut que le chirurgien n'élimine pas tout le cancer présent.

Avant de vous opérer, le chirurgien devra donc faire différents tests, comme des scans ou une coloscopie, afin de déterminer l'étendue de votre cancer, où il se situe dans le côlon ou le rectum et la meilleure chirurgie pour vous. Il peut vous recommander de faire des traitements de radiothérapie ou de chimiothérapie avant la chirurgie (on appelle ces traitements néo-adjuvants), comme nous vous l'expliquerons.

Une fois qu'un plan de traitement aura été établi avec vous et votre chirurgien, vous serez préparé pour votre chirurgie. Votre état sera alors optimisé si cela est nécessaire. Il s'agit d'une étape importante où vous aurez la chance de poser vos dernières questions avant votre opération.

Ça y est, c'est le grand jour!

Les derniers préparatifs sont faits, votre valise aussi. Il est maintenant temps de vous présenter pour votre chirurgie. Il est normal que cette journée soit stressante pour vous, mais n'oubliez pas que c'est aussi la première étape vers la guérison de votre maladie.



La plupart des patients vont arriver à l'hôpital très tôt le matin même de la chirurgie. Certains devront arriver la veille pour des raisons de distance ou de santé. Il se peut que l'on vous ait prescrit une « préparation intestinale », c'est-à-dire un liquide à boire la veille de la chirurgie, qui a l'effet d'un lavement colique complet et nettoie votre côlon avant la chirurgie. Il se peut également que vous ayez des lavements à vous administrer. Ce ne sont pas toutes les chirurgies qui nécessitent ce genre de préparation, et votre chirurgien vous indiquera si c'est votre cas. Une fois l'heure de votre chirurgie arrivée, vous serez amené dans une salle de préparation à la chirurgie, où vous rencontrerez les infirmières de la salle d'opération, ainsi que l'anesthésiste et ses assistants, afin de discuter de votre chirurgie, de faire les dernières vérifications et de vous faire expliquer les méthodes d'anesthésie disponibles. La chirurgie pour le CCR se fait généralement sous anesthésie générale (endormi) et il se peut qu'on vous propose également une anesthésie épidurale (piqûre dans le dos comme pour les femmes enceintes qui accouchent) pour aider au contrôle de la douleur durant les premiers jours après la chirurgie.

Vous passerez ensuite dans la salle d'opération, où le chirurgien, ses résidents et toute l'équipe se prépareront pour votre chirurgie. Il y a généralement beaucoup de personnes présentes, mais chacune connaît son rôle et est là pour s'assurer du bon fonctionnement de votre chirurgie. Vous serez par la suite endormi par l'anesthésiste; le personnel pourra alors finaliser le positionnement de votre corps et débiter la chirurgie. La plupart des patients ont également une sonde urinaire, qu'on installe afin d'aider à vider leur vessie pendant et après l'opération. Une chirurgie pour le CCR dure en moyenne de 2 à 4 heures, selon la complexité et la technique choisie.

Marcelle T, 62 ans, cancer colorectal, diagnostiqué en 2003

Je suis reconnaissante et j'apprécie tout ce qu'on a fait pour moi.

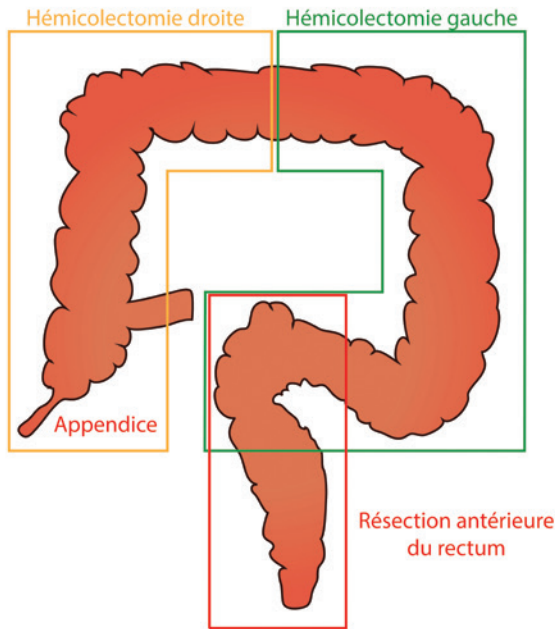


Le principe des résections colorectales pour cancer

Comme nous l'avons expliqué plus haut, les chirurgies du côlon et du rectum consistent à enlever le cancer visible ainsi que les ganglions qui drainent ce cancer. Un cancer peut se situer n'importe où sur le trajet du côlon ou du rectum, et la chirurgie nécessaire pour l'enlever variera en fonction de cette position.

Il existe généralement quatre grandes familles de résection colorectale. La première résection s'appelle hémicolectomie droite (ou colectomie droite) et consiste à enlever tout le côlon situé à droite de l'abdomen, ainsi qu'une partie du côlon transverse, qui traverse du côté droit au côté gauche du corps (voir encadré orange, figure 1). On enlève ainsi environ 2 pieds de côlon (60 cm) et l'appendice, qui fait partie du côlon droit. Vous ne pourrez donc plus faire d'appendicite.

Figure 1



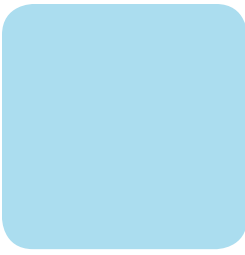


La deuxième chirurgie possible s'appelle hémicolectomie gauche (ou colectomie gauche). Elle consiste à enlever le côlon à gauche de l'abdomen et la dernière partie du côlon transverse (voir encadré vert, figure 1, page précédente). Encore une fois, environ 2 pieds de côlon sont enlevés, mais vous garderez cependant votre appendice, qui est à droite. Lors d'une hémicolectomie gauche, on peut enlever une partie du côlon sigmoïde, ou tout le côlon sigmoïde, selon la position de la tumeur (voir encadré rouge, figure 1, page précédente).

Finalement, on peut avoir à opérer le côlon sigmoïde et le rectum. Selon la distance entre la tumeur et l'anus, on peut avoir à enlever une toute petite partie du rectum ou le rectum en entier. Dans la majorité des chirurgies, que ce soit à droite, à gauche ou au rectum, il est possible de reconnecter les deux parties d'intestin ensemble. On appelle cette couture une « anastomose ». Elle peut être réalisée à la main à l'aide d'une aiguille et de fil, comme en couture ou elle peut être réalisée à l'aide d'une agrafeuse mécanique spéciale. Les deux techniques sont aussi bonnes l'une que l'autre et la méthode choisie dépend de la condition du côlon et de l'avis du chirurgien.

Parfois, la tumeur est située trop bas dans le rectum pour permettre une reconnexion à l'anus, et nous devons faire une stomie permanente (« un sac à la peau ») et enlever l'anus du patient. En d'autres occasions, il se peut que la viabilité de votre côlon à la fin de la chirurgie soit à risque, notamment si vous avez préalablement reçu de la radiothérapie au rectum. Dans ce cas, le chirurgien fait souvent une stomie temporaire pour permettre à votre couture sur le côlon de guérir sans être incommodée par des selles. Pour plus d'informations sur les stomies, reportez-vous à la section correspondante un peu plus loin dans ce livret.

Finalement, la dernière catégorie de résection est la résection endo-anale. Dans ce cas, il s'agit généralement de cancers à un stade précoce ou de pré-cancers sous la forme de polypes qui sont situés assez bas dans le rectum. Comme les polypes sont facilement accessibles via le rectum, le cancer est éliminé par les voies naturelles, c'est-à-dire par l'anus. Pour ce faire, nous utilisons différentes sorte d'écarteurs et de pinces, et parfois des caméras. Le patient récupère très bien après ces petites chirurgies, car il n'y a pas d'incision dans la paroi. Cette option ne s'applique cependant qu'à des types précis de cancers du rectum.



Laparoscopie ou laparotomie? Qu'est-ce que ça veut dire?

Peu importe la résection intestinale que votre chirurgien a prévu de faire, il existe généralement deux méthodes pour la réaliser. La première est la façon classique : le chirurgien pratique une incision verticale sur le centre de votre ventre et travaille sur votre intestin directement avec ses mains et ses instruments. Cette méthode s'appelle laparotomie. L'autre technique disponible est plus récente et consiste à introduire une caméra par votre nombril. Ensuite, après avoir pratiqué deux ou trois trous dans votre ventre, on opère à l'aide de long instruments qui passent à travers votre paroi dans des petits tuyaux qu'on appelle trocarts. Nous gonflons également votre ventre avec de l'air afin d'avoir de la place pour opérer. Ce type de chirurgie s'appelle laparoscopie. Même en laparoscopie, il faudra faire une incision sur votre ventre pour sortir le cancer à la fin de la chirurgie, mais celle-ci sera plus courte.

Les deux techniques ont des résultats similaires pour la guérison du cancer. La chirurgie avec la caméra (laparoscopie) a l'avantage de produire un résultat esthétique plus intéressant, de diminuer la douleur post-opératoire, et de réduire la durée de séjour à l'hôpital et le risque de faire une hernie après l'opération. Celle-ci est cependant une chirurgie plus longue, et le temps d'attente pour être opéré peut aussi être plus long. La chirurgie ouverte est plus rapide et peut souvent être la seule option pour différentes raisons (tumeur trop volumineuse, multiples chirurgies dans le passé, hernie, etc.). Nous vous conseillons de parler de ces options avec votre chirurgien, qui vous expliquera la meilleure méthode à adopter dans votre cas.

Quels sont les risques associés à mon opération?

Comme vous vous en doutez, il n'existe pas de chirurgie sans risque. La plupart des patients ont d'abord peur de l'anesthésie et de ne pas se réveiller. Il faut comprendre que les complications reliées à l'anesthésie pour ce genre de chirurgie sont extrêmement rares et que le risque de « décès sur la table » est pratiquement inexistant. Le médecin anesthésiste vous donnera tous les détails avant de vous endormir pour vous expliquer le processus.

Les complications les plus fréquentes de la chirurgie colorectale se produisent soit pendant, soit après la chirurgie. Elles peuvent être d'ordre médical ou chirurgical. Tout d'abord, comme toute autre chirurgie, il existe un risque d'avoir un problème cardiaque, comme un infarctus, ou pulmonaire, comme une embolie pulmonaire (caillot dans les poumons), ou encore ou une pneumonie. Ce risque est faible et dépend surtout de votre état de santé de base avant la chirurgie. Le risque de caillot dans les poumons ou les jambes (phlébite) peut être diminué par la marche précoce après la chirurgie et l'administration de médicaments pour éclaircir le sang.



Parmi les complications directement liées à la chirurgie, il y a les saignements, qui peuvent être légers ou importants, mais qui mènent rarement à une intervention comme la transfusion ou la réopération. Il peut également arriver que, pendant la chirurgie, un petit trou dans l'intestin se produise si le patient a déjà été opéré, ce qui a laissé d'importantes cicatrices sur ses intestins. Si cette coupure est identifiée pendant la chirurgie, elle peut être réparée facilement. Si elle n'est pas reconnue ou si elle empire après la chirurgie, il se peut que vous présentiez une infection au ventre (comme un abcès ou une péritonite) nécessitant une réopération. Finalement, la connexion que nous faisons au niveau des intestins est étanche chez 80 à 95 % des patients. Les connexions les plus à risque sont celles sur le rectum. Si une couture n'est plus étanche, les selles fuient dans le ventre. Par la suite, il peut donc y avoir un abcès ou une infection importante pouvant nécessiter une chirurgie d'urgence ou même une stomie (sac) temporaire. Cette complication reste rare et se produit généralement 4 à 7 jours après l'opération.

Malgré ces propos inquiétants, il faut comprendre que 90 % des chirurgies se passent sans complication et que la plupart des problèmes se traitent facilement. De plus, toute l'équipe de chirurgie sera disponible pour vous et s'occupera de vous voir régulièrement pour prévenir, diagnostiquer et traiter en temps utile toute complication qui pourrait se présenter. Il est important pour vous de communiquer régulièrement avec les médecins et le personnel, et surtout de les avertir de tout changement dans votre état.



Madeleine Poirier, MD



Margaret Henri, MD

Récupération post-opératoire

Par Madeleine Poirier, MD, Margaret Henri, MD, et Sophie Goyette, Inf clinicienne

Une opération pour un cancer du côlon ou du rectum nécessite une hospitalisation d'environ une semaine, puis une convalescence qui dure en général de 6 à 8 semaines. Lors de votre retour à la maison, il est normal de ressentir une certaine fatigue et de ne pas pouvoir faire toutes vos activités de la vie quotidienne immédiatement. Il sera important de reprendre graduellement vos activités au fil des semaines, au fur et à mesure de votre récupération. Il est recommandé de ne pas soulever d'objets pesant plus de 10 livres pendant 6 à 8 semaines après votre chirurgie, afin de favoriser une bonne guérison de votre plaie abdominale. Le retour au travail est habituellement prévu 8 à 12 semaines après votre chirurgie, selon votre niveau de récupération et selon le métier que vous exercez.

Plusieurs changements de vos habitudes sont à prévoir après une chirurgie pour le cancer colorectal. Tout d'abord, il est fréquent que l'on vous recommande une diète faible en fibres pour les premières semaines suivant votre opération. Si vous tolérez bien les aliments de cette diète, vous pourrez graduellement réintroduire les fibres dans votre alimentation environ 3 semaines après votre chirurgie. Ensuite, si vous avez eu un cancer du côlon, il est fréquent d'avoir des selles plus liquides qu'avant, durant quelques semaines (2 à 4) après la chirurgie. Les selles deviendront plus normales (ou solides) au fil des semaines, au fur et à mesure que votre corps s'ajustera et que vous reprendrez une diète plus normale. Si vous avez eu un cancer du rectum, il est probable que vos selles changent plus radicalement et de façon permanente. Selon la longueur de rectum qu'il vous reste, vous aurez des selles plus liquides mais aussi plus fréquentes tout au long de la journée. Il est aussi possible que vous ayez plus de difficulté à retenir vos selles ou moins de temps pour vos rendre à la salle de bain. Dans certains cas, des accidents (perte de selles) sont aussi possibles. Plusieurs thérapies peuvent vous aider à améliorer vos habitudes de selles après la chirurgie, et votre médecin vous aidera dans ce processus lors de vos rendez-vous de suivi.



Il se pourrait que votre médecin vous informe de la nécessité d'avoir une stomie permanente ou temporaire afin de traiter votre cancer. Les stomies temporaires sont surtout des iléostomies (de l'intestin grêle) et sont installées en moyenne pour 3 à 6 mois. Les selles d'une iléostomie sont abondantes et liquides, mais peu odorantes. Les stomies permanentes sont surtout des colostomies (du côlon) et sont installées pour le restant de votre vie. Les selles d'une colostomie sont solides, moins abondantes mais plus odorantes que celles d'une iléostomie. Si vous avez eu une iléostomie ou une colostomie durant votre chirurgie, le personnel de l'hôpital continuera à vous expliquer ce que les stomothérapeutes vous avaient appris avant la chirurgie. Il vous faut être apte à vider votre stomie avant d'avoir votre congé de l'hôpital. À votre retour à la maison, les soins à domicile de votre CLSC continueront l'enseignement nécessaire afin que vous deveniez complètement indépendant pour les soins liés à votre stomie. Cet apprentissage prend un certain temps; vous devez donc être patient et indulgent avec vous-même. Le fait de porter une stomie ne vous empêchera pas de mener une vie normale. Des ressources sont disponibles afin de vous épauler (par exemple, l'association des stomisés) si vous avez des difficultés. Il suffit d'en parler à votre médecin ou à votre stomothérapeute.

Serge N, 62 ans, cancer colorectal, diagnostiqué en 1999

Garder espoir et croyez en l'équipe qui vous traite; elle peut vous aider et sera là pour vous accompagner durant votre expérience.

Les stomies





Françoise Heyen, MD

Les stomies

Par Françoise Heyen, MD et Marjolaine Dugal, inf stomathérapeute

À l'annonce d'une chirurgie pour éliminer un cancer colorectal, les patients ont souvent peur de se retrouver avec « un sac ». Heureusement, pour la majorité des patients, une telle crainte n'est pas justifiée car le chirurgien peut souvent « reconnecter » les deux extrémités du tube digestif par ce qu'on appelle une anastomose, qui est une sorte de couture. Dans quelques cas, cependant, il n'y a pas d'autre choix que de créer un « anus artificiel » – l'intestin est abouché directement à la peau de l'abdomen pour permettre l'évacuation des selles. Si le petit intestin est connecté à l'abdomen, on appelle cette intervention une iléostomie; si c'est le gros intestin ou le côlon, c'est une colostomie. Selon les circonstances, la stomie sera définitive (pour toujours) ou temporaire (pour quelques mois).

Le chirurgien peut devoir faire une stomie définitive pour des raisons anatomiques ou fonctionnelles : le cancer est très bas et l'opération nécessite d'enlever complètement l'anus et les muscles qui contrôlent l'anus. Dans certaines circonstances, après un traitement de radiothérapie ou lors d'une chirurgie d'urgence, l'anastomose est possible et sera faite, mais sera très fragile. On la protégera alors jusqu'à sa guérison complète en faisant une stomie temporaire pour évacuer les selles, stomie qu'on refermera après quelques mois.

Hugo D, 38 ans, pseudomyxome péritonéal, diagnostiqué en 2010

*Après un diagnostic de cancer, on peut avoir de la colère, mais contre qui?
L'acceptation est clé pour aller vers l'avant et passer à travers.*



La stomie permet l'évacuation des selles dans un appareil collecteur étanche. L'appareil collecteur est formé de deux parties : la collerette protectrice, qui adhère à la peau autour de la stomie, et le sac collecteur étanche, qui ne laisse passer ni les liquides ni les odeurs. Le sac est vidé de son contenu dans la toilette.

Si une stomie est nécessaire, le chirurgien aura discuté de la nécessité de cette procédure avec le patient. L'infirmière stomothérapeute (infirmière spécialisée dans les soins aux personnes ayant une stomie), ou le chirurgien, aura déterminé le meilleur endroit pour la situer au niveau de l'abdomen. En général, l'enseignement des soins de stomie débute un peu avant l'opération et se poursuit dans les jours qui suivent l'opération. Au départ de l'hôpital, le patient stomisé aura la liste du matériel requis, la documentation nécessaire et le soutien de l'infirmière des soins à domicile. Il saura aussi comment joindre l'infirmière stomothérapeute pour ses rendez-vous de suivi ou pour la revoir, au besoin.

La stomie ne doit pas être vue comme une maladie. Après la période de convalescence, le patient stomisé peut reprendre ses activités personnelles, professionnelles et sociales normales sans limitation particulière. Le patient peut aussi se nourrir normalement, avec quelques exceptions (pour ne pas risquer de bloquer la stomie avec certains « morceaux » trop gros ou trop résistants!).

On offre une aide financière (néanmoins limitée) pour l'achat des produits de soins de stomie. Bien sûr, les assurances paieront pour le matériel prescrit. À défaut d'assurances, le gouvernement accorde une subvention annuelle pour couvrir une partie des frais liés à une stomie permanente. Vous n'aurez qu'à compléter un formulaire de demande, et votre chirurgien vous fournira un certificat confirmant le statut permanent de la stomie. La situation est plus complexe pour le remboursement des frais liés aux stomies temporaires, mais encore une fois, certaines mesures d'aide sont prévues.

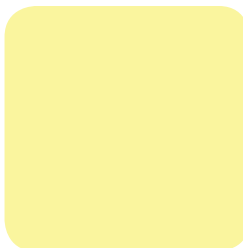
Quoiqu'il en soit, la stomie, si elle est jugée nécessaire, fait partie de la guérison du cancer colorectal, plutôt que de la maladie.

La chimiothérapie





Suzanne Frenette,
pharmacienne



Isabelle Forest,
Inf pivot

La chimiothérapie

Par Isabelle Forest, Inf pivot et Suzanne Frenette, pharmacienne

Qu'est-ce que la chimiothérapie?

La chimiothérapie est un traitement qui peut être injecté soit dans les veines, soit sous la peau, ou administré en comprimés à prendre par la bouche. La chimiothérapie est souvent une combinaison de médicaments qui ont des mécanismes d'action différents. Leur dose est établie en fonction de la surface corporelle de la personne (formule mathématique en fonction de la taille et du poids de la personne, en m^2). Il est donc possible que la dose de votre chimiothérapie soit ajustée en cours de traitement, en fonction de la variation de votre poids.

La chimiothérapie n'est pas administrée selon un nombre précis de traitements mais bien en cycles de durée variable. Une personne peut recevoir ses traitements tous les jours, toutes les semaines, toutes les trois semaines ou tous les mois.

La plupart des médicaments s'administrent par voie intraveineuse. On injecte les médicaments dans la veine, et ils sont ainsi distribués par la circulation sanguine dans tout le corps. Le but de la chimiothérapie est de détruire le maximum de cellules cancéreuses, tout en ayant le minimum d'effets indésirables (aussi appelés effets secondaires). Par contre, alors que la chimiothérapie détruit les cellules cancéreuses, elle peut également, au passage, détruire certaines bonnes cellules. Ces dommages aux cellules saines provoquent alors des effets secondaires.

Marcelle T, 62 ans, cancer colorectal, diagnostiqué en 2003

Ma décision de traitement a été une décision éclairée que j'ai été capable de prendre grâce à ma relation ouverte avec eux.



Effets secondaires généraux

Ce ne sont pas tous les patients qui présenteront des effets secondaires généraux. Le plus souvent, ces effets secondaires sont transitoires et varient d'une personne à l'autre et d'un médicament à l'autre. Attention: il est faux de croire que la présence d'effets secondaires est un signe que le médicament fait effet. Des maux de cœur et des vomissements peuvent survenir surtout le premier jour ou le lendemain d'un traitement de chimiothérapie. Avant le traitement, des médicaments pour prévenir les maux de cœur vous seront prescrits. Après le traitement, vous ne devriez avoir à prendre ces médicaments que durant 1 à 2 jours, selon le cas. Si les médicaments ne soulagent pas vos maux de cœur, contactez votre infirmière pivot ou votre pharmacien.

Dans de rares cas, une perte de cheveux partielle ou totale peut se produire. La perte de cheveux peut survenir de 2 à 3 semaines après le début du traitement. Ces cheveux repousseront après la fin des traitements. Faites attention à vos cheveux durant cette période. Utilisez un shampoing doux, évitez de brosser vos cheveux vigoureusement, évitez les fixatifs, les teintures et les permanentes.

Les prises de sang

Le sang est composé de trois types de cellules : les globules blancs, les globules rouges et les plaquettes. Les globules rouges transportent l'oxygène, les globules blancs combattent les infections et les plaquettes coagulent le sang. La chimiothérapie peut entraîner ce qu'on appelle une toxicité hématologique, c'est-à-dire un problème avec un des types de cellule. La toxicité hématologique peut se présenter de diverses manières : neutropénie (faible taux de globules blancs), anémie (faible taux de globules rouges) ou thrombocytopénie (faible taux de plaquettes). Avant chaque cycle de traitement, le patient doit subir une prise de sang qui permettra de mesurer les taux de chaque type de cellule. La dose du médicament pourra être ajustée ou le traitement, retardé au besoin, selon le résultat et/ou selon les effets indésirables survenus lors du traitement précédent.

Serge N, 62 ans, cancer colorectal, diagnostiqué en 1999

L'équipe m'a toujours donné de l'espoir—ils ont jamais été négatifs.



Neutropénie (faible taux de globules blancs)

Une diminution de votre niveau de globules blancs surviendra environ 1 à 2 semaines après le début de votre chimiothérapie. Vous pourriez donc être plus à risque de contracter des infections durant cette période. Il est important de vous laver les mains souvent et d'éviter d'être en contact avec des gens qui ont des maladies contagieuses durant cette période. Contactez rapidement votre infirmière pivot ou votre médecin si vous présentez des signes d'infection comme de la fièvre, des frissons, de la toux, des maux de gorge ou de la douleur quand vous urinez.

Anémie (faible taux de globules rouges)

Comme on l'a vu plus haut, un des effets secondaires de la chimiothérapie peut être l'anémie. Parmi les symptômes d'anémie, on note la fatigue, l'essoufflement, la faiblesse, les étourdissements, les maux de tête, l'irritabilité et l'incapacité de se concentrer. Il est possible de traiter l'anémie grave par une ou plusieurs transfusions sanguines.

Thrombocytopénie (diminution des plaquettes)

Une diminution du nombre de plaquettes surviendra environ 1 à 2 semaines après le début du traitement. Vous pourriez alors saigner plus facilement qu'à l'habitude. Utilisez une brosse à dents à poils souples pour éviter de faire saigner vos gencives et vérifiez auprès de votre pharmacien avant de consommer des médicaments contenant de l'Aspirine^{MD}, de l'ibuprofène ou d'autres anti-inflammatoires. Consultez votre médecin ou votre infirmière pivot si vous présentez des ecchymoses (des bleus) de façon inhabituelle ou si vous avez tendance à saigner facilement du nez ou des gencives.

Fièvre

Pendant votre chimiothérapie, comme à tout autre moment, il est possible que vous fassiez de la fièvre. Il n'est pas recommandé de prendre les médicaments suivants si vous faites de la fièvre : acétaminophène (Tylenol^{MD}), ibuprofène (Motrin^{MD}, Advil^{MD}) ou Aspirine^{MD}. Si votre température est supérieure ou égale à 38,3 °C (101 °F), vous devez vous rendre à l'hôpital afin de consulter. Si elle est inférieure ou égale à 38 °C (100,3 °F), attendez une heure et prenez de nouveau votre température. Après une heure, si elle est de 38 °C (100,3 °F) ou plus, veuillez vous rendre à l'hôpital.



Les muqueuses

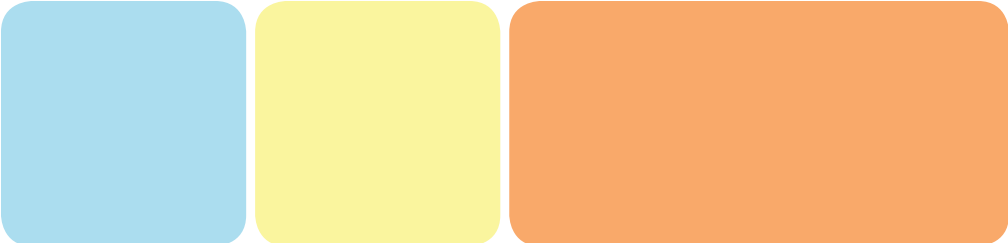
Durant la chimiothérapie, les muqueuses de votre corps peuvent être irritées ou partiellement détruites. Il est important de leur porter une attention particulière. Parmi ces muqueuses, on note l'intérieur de la bouche, de l'estomac, des intestins, de l'anus et de la vulve. Il peut se produire ce qu'on appelle un mucosite bucale – type d'inflammation des muqueuses de la bouche. Elle se manifeste par des irritations, de la douleur, des rougeurs, des taches blanches et des ulcères.

Des ulcères peuvent apparaître dans la bouche environ 7 à 10 jours après le début du traitement. Il est important de vous brosser les dents régulièrement et d'utiliser un rince-bouche à base d'eau et de sel, avec ou sans soda. Gargarisez-vous 4 fois par jour, après les repas et au coucher, et évitez de manger ou de boire durant 1 heure après vous être gargarisé. Évitez les rince-bouche commerciaux qui contiennent de l'alcool. Si, malgré tout, des ulcères, de la sensibilité ou des rougeurs apparaissent à l'intérieur de votre bouche, contactez un membre de votre équipe chargée des soins sans délai. Un traitement médicamenteux sous forme de rince-bouche pourrait vous être prescrit.

La mucosite de l'estomac, pour sa part, se manifeste par des brûlements. Votre médecin pourrait vous prescrire des médicaments pour protéger votre estomac. Il est toujours préférable de contacter la pharmacie de l'hôpital avant de prendre des médicaments en vente libre, afin de vous assurer qu'ils sont compatibles avec votre chimiothérapie ou tout autre médicament que vous prenez.

La diarrhée et la constipation

Certains traitements de chimiothérapie peuvent causer des diarrhées. Comme pour le cas de brûlements d'estomac, il est toujours préférable de contacter la pharmacie de l'hôpital avant de prendre des médicaments en vente libre pour contrôler la diarrhée. Par contre, vous devrez vous rendre à l'urgence si vous présentez de 6 à 10 selles par jour accompagnées de crampes abdominales, si vous avez du sang ou du mucus dans vos selles, si vous avez de la fièvre, êtes déshydraté ou étourdi et que tout ceci dure plus de 24 heures.



Souvent, chez les personnes qui présentaient un problème de constipation avant de subir la chimiothérapie, cette dernière peut s'aggraver. Il est possible de prendre des laxatifs en vente libre, mais il est préférable de consulter la pharmacie de l'hôpital avant de le faire. Si vous passez 3 jours sans selle, avisez un membre de votre équipe chargée des soins.

Les neuropathies

À la suite de certains traitements, des neuropathies (des engourdissements ou des picotements aux mains ou aux pieds) peuvent survenir. Votre infirmière ou votre pharmacien en discutera avec vous. Pour certains traitements, on fera une prise de sang et un test d'urine, et on prendra votre tension artérielle avant chaque cycle de traitement. Si vous faites de l'hypertension, des médicaments pourraient vous être prescrits.

L'hydratation

Il est très important de bien s'hydrater durant les traitements de chimiothérapie. Le soir du traitement et durant les 2 jours qui suivent, boire de 8 à 10 verres d'eau par jour, soit l'équivalent de 4 à 5 bouteilles de 500 mL. Dans le cas de certaines chimiothérapies, on pourra vous conseiller de boire jusqu'à 12 verres d'eau par jour. Cette hydratation permet de protéger vos reins et d'éliminer les déchets de votre corps.

Les produits cytotoxiques

La chimiothérapie utilise un médicament cytotoxique, qui est une substance nocive pour les cellules du corps humain, ayant donc la capacité de les détruire. Lorsque nous recevons de la chimiothérapie, notre sang et nos liquides biologiques (vomissements, urine, selles, sécrétions vaginales et sperme) deviennent eux aussi cytotoxiques. En général, ces liquides demeurent cytotoxiques durant 96 heures (4 jours) après le traitement. Il est donc important de prendre des mesures de sécurité pour protéger les autres membres de la famille. Une exposition occasionnelle n'est pas dommageable lorsqu'on se protège adéquatement.

Noël-Yves P, 73 ans, cancer colorectal, diagnostiqué en 2009

J'ai été emballé par les médecins et l'équipe traitante de l'HMR, L'infirmière pivot a été un pilier et c'est avec son aide que j'ai été capable de à passer à travers—elle m'a aidé à me préparer mentalement.



Mesures de précautions à prendre

À la maison, on devrait fermer le couvercle de la cuvette de la toilette après utilisation et actionner la chasse d'eau deux fois pour éliminer la contamination durant les 96 heures qui suivent la chimiothérapie. La lingerie et la literie du patient peuvent être nettoyées avec le lavage régulier, sauf s'ils sont souillés par des selles, de l'urine, des vomissements ou des médicaments. Ils devraient alors être placés dans un sac de plastique bien fermé en attendant d'être lavés. Ils doivent être lavés séparément du lavage régulier et ce, deux fois de suite (double lavage), pour éliminer toute substance cytotoxique. Le port du condom est fortement suggéré lors de relations sexuelles durant les 4 premiers jours suivant le traitement de chimiothérapie.

Il est également très important d'utiliser une méthode de contraception afin de ne pas concevoir d'enfant durant le traitement. Les femmes enceintes ou qui allaitent doivent éviter d'être en contact direct avec la chimiothérapie. Si vous devez manipuler les excréta (urine, selles, vomissements), des médicaments cytotoxiques (comprimés, capsules ou liquide) ou des vêtements ou de la literie souillés d'un patient ayant reçu un traitement de chimiothérapie durant les 96 dernières heures, portez des gants de caoutchouc que vous réserverez à cet usage seulement.

Les cathéters

Il se peut qu'on vous installe un cathéter en vue de vous administrer votre chimiothérapie. Plusieurs types de cathéter sont disponibles et votre équipe traitante discutera avec vous du cathéter approprié dans votre cas. On note entre autres le cathéter veineux court, aussi appelé jelco, et le PICC line. Durant l'installation du jelco, on insère le cathéter dans la veine et on retire l'aiguille. La canule en plastique demeure alors dans votre veine pour la durée du traitement et sera retirée à la fin. Le PICC line, pour sa part, est un long cathéter (tubulure très souple) installé dans une veine de l'avant-bras et poussé jusqu'à ce que son extrémité interne atteigne une veine centrale (une des grandes veines menant directement au cœur). Ce cathéter est installé par un médecin, en radiologie. La procédure d'installation dure environ 20 minutes, et il n'est pas nécessaire qu'on vous endorme. Pour votre confort, le médecin gèlera localement le site d'insertion du cathéter au moment de son installation. Avec le PICC line, il est possible d'administrer la chimiothérapie en continu.

Cancer du rectum et radiothérapie





Peter Vavassis, MD



Cancer du rectum et radiothérapie

Par Peter Vavassis, MD

La radiothérapie est utilisée dans les cas de cancer rectal de stade II ou III. Ceci désigne habituellement un cancer qui touche à la graisse autour du rectum ou un cancer qui a attaqué les ganglions de la région rectale. La radiothérapie est alors appliquée avant ou après la chirurgie. Des études ont démontré que la radiothérapie pré-chirurgicale (avant la chirurgie) est plus efficace et entraîne moins d'effets secondaires.

La radiothérapie est souvent administrée en combinaison avec la chimiothérapie pour la rendre plus efficace. Par contre, c'est l'équipe traitante qui décidera si une telle combinaison est possible, en tenant compte de l'état général du patient, de sa capacité à tolérer ce genre de traitement, ainsi que des caractéristiques particulières de sa maladie. La chimiothérapie débute habituellement lors de la première journée de radiothérapie, par une méthode qu'on appelle une « infusion continue ».

Le patient reçoit un contenant rempli de chimiothérapie qui est connecté à son corps par un tube intraveineux (dans les veines) et qui se videra tranquillement au cours d'une semaine. Cette façon d'administrer la chimiothérapie est généralement jugée la plus efficace lorsqu'elle est combinée à la radiothérapie. Il est possible toutefois que les médecins du patient choisissent une autre méthode pour administrer la chimiothérapie.

Toute radiothérapie débute par la visite de consultation. C'est lors de cette rencontre initiale que le radio-oncologue évalue la maladie du patient. Il juge parfois nécessaire de commander d'autres examens afin de compléter l'investigation. Une fois cette étape terminée, le patient est prêt à recevoir ses traitements.

Avant de débiter la radiothérapie, le patient doit subir ce qu'on appelle un scan de planification. C'est ainsi que le radio-oncologue peut voir la tumeur et décider de la dose et de l'orientation des rayons. Pour le scan, ainsi que tous les traitements par la suite, le patient est habituellement couché sur son ventre et maintenu par des coussins d'immobilisation qui ont pour but de l'empêcher de trop bouger.



Environ une semaine après ce scan, les traitements débutent. Chaque jour de la semaine, le patient se présente au département pour environ 30 minutes afin de recevoir sa radiothérapie. Il est positionné de la même façon que lors du scan de planification. On ne ressent pas les rayons pendant le traitement. Toutefois, au fur à mesure que la dose de radiothérapie s'accumule, les patients commencent à ressentir les effets secondaires. La section « Effets secondaires de la radiothérapie » à la page suivante, énumère les possibles conséquences de la radiothérapie.

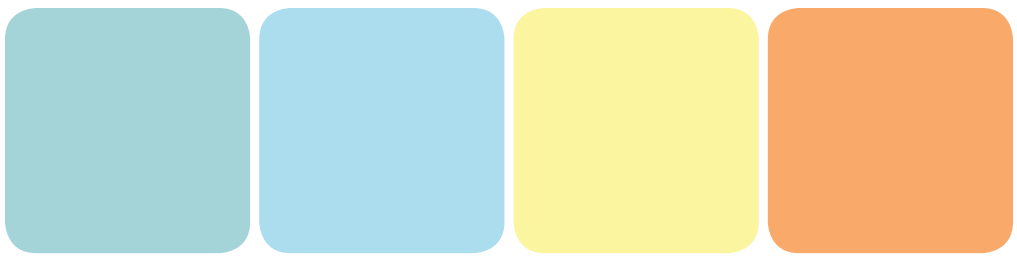
Les traitements durent habituellement 5 à 6 semaines (25 à 30 séances). Pour certains cas exceptionnels, une radiothérapie courte et concentrée (de seulement 5 séances) peut être appliquée. Le radio-oncologue jugera si le patient est un bon candidat pour cette radiothérapie dite « hypofractionnée ».

D'un point de vue technique, le patient recevra habituellement entre 45 Gy et 54 Gy de radiothérapie. Le Gy (qu'on prononce Gray) est l'unité d'énergie de radiation qui est absorbée par le corps. Elle représente l'énergie absorbée par un kilogramme de matière lorsqu'elle est exposée à 1 joule d'énergie. Lors de la radiothérapie « hypofractionnée », le patient ne reçoit que 25 Gy, mais concentrés sur seulement 5 séances, ce qui se traduit par une dose équivalente à la dose habituelle.

Si la radiothérapie est administrée avant la chirurgie, le patient est alors opéré 1 à 2 mois après la fin des traitements. Ce délai permet au patient de récupérer et à la tumeur de rétrécir grâce aux traitements de radiothérapie. Si la radiothérapie est administrée après la chirurgie, elle débute environ 1 à 2 mois après la chirurgie, pour permettre au patient de récupérer de son opération.

Marcelle T, 62 ans, cancer colorectal, diagnostiqué en 2003

L'empathie, le service et la disponibilité de l'équipe qui est présente et à l'écoute m'a aidé.



Effets secondaires de la radiothérapie

Probables

- Irritation de la peau, possiblement avec desquamation (chute de la surface de la peau)
- Perte de poils pubiens
- Selles plus fréquentes et plus liquides, possiblement de la diarrhée
- Irritation de la région anale et rectale, avec douleur à la défécation
- Sang dans les selles (rectorragies)
- Fatigue
- Stérilité (femmes pré-ménopausées)

Moins probables

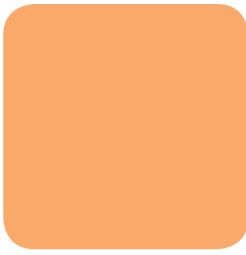
- Envie d'uriner plus fréquente (pollakiurie)
- Envie d'uriner accentuée la nuit (nycturie)
- Inconfort ou douleur au passage de l'urine (dysurie)

Rares

- Stérilité (hommes)
- Fracture de la hanche
- Douleur et saignement rectal persistant (nécessitant médication ou intervention chirurgicale)
- Rétrécissement ou blocage de l'intestin (pouvant nécessiter une hospitalisation ou même une intervention chirurgicale)
- Perforation intestinale (pouvant nécessiter une intervention chirurgicale)
- Formation de fistule (passage anormal entre deux organes, par exemple la vessie et le rectum), ce qui nécessite habituellement une intervention chirurgicale

Comment se préparer aux différentes étapes du traitement du cancer colorectal





Pierre Dubé, MD



Isabelle Forest,
Inf pivot


Comment se préparer aux différentes étapes du traitement du cancer colorectal

Par Pierre Dubé, MD et Isabelle Forest, Inf pivot

Le traitement du cancer colorectal combine en général plusieurs traitements ou modalités thérapeutiques, qui sont le plus souvent planifiés autour de la chirurgie. Dans presque tous les cas, il faudra se préparer pour une intervention chirurgicale et, chez environ la moitié des patients, il faudra en plus se préparer à recevoir une chimiothérapie. En ce qui concerne la radiothérapie, elle sera proposée à une majorité de patients porteurs d'un cancer du rectum, mais pratiquement jamais aux patients porteurs d'un cancer du côlon. Dans cette section, nous verrons comment se préparer à ces différentes modalités thérapeutiques.

Mais d'abord, disons que, d'une manière générale, la meilleure façon de se préparer est de bien s'informer sur les différents traitements proposés. Il est primordial de bien comprendre les étapes thérapeutiques proposées, d'en comprendre les objectifs, les bienfaits, les inconvénients et les risques afin d'avoir des attentes réalistes. Le patient est désormais un partenaire du plan de traitement et, pour rendre sa participation à ce plan la plus constructive possible, il doit bien tout comprendre, car il aura à faire des choix. Une bonne connaissance du processus thérapeutique vous rendra la vie beaucoup plus facile et surtout, contribuera à diminuer le risque de complication et à augmenter les chances de guérison.

Comment être informé et éviter les pièges en cette ère de communication électronique? La première source d'information, la plus fiable et la mieux adaptée est l'institution qui vous traite. L'information et les conseils qui vous seront donnés par les différents professionnels que vous allez rencontrer sont adaptés à votre état de santé et aux ressources du milieu. La première consigne est donc de profiter de ces experts en posant toutes vos questions et en participant aux différentes séances d'information qui vous sont offertes. De plus, différents documents, comme celui que vous lisez en ce moment, vous seront remis. Ils peuvent vous être très utiles. Sur le Web, vous trouverez aussi beaucoup d'information. Certains sites sont fiables et utiles, mais d'autres présentent de l'information de façon irrégulière et sont souvent une source de confusion (et d'inquiétude) pour de nombreux patients.



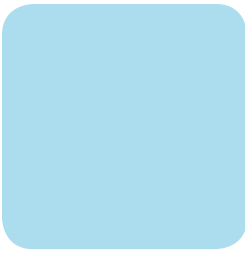
De plus, l'information brute que vous trouverez sur ces sites, même les meilleurs, est générale, et il est souvent difficile pour un patient de comprendre ce qui s'applique à sa maladie. De plus, il existe souvent des différences entre ce qui est décrit sur ces sites et ce qui vous est proposé. Il faut donc se servir de cette information électronique comme d'une base pour les discussions que vous aurez avec les professionnels qui s'occupent de vous, plutôt que comme une « recette » thérapeutique à appliquer.

Pour se préparer à la chirurgie, si le temps le permet, il faut être dans la meilleure condition physique possible. Le mieux pour un fumeur est d'arrêter de fumer. Le soutien de votre médecin de famille peut être précieux dans ce cas. Si on est sportif, on poursuit ses activités physiques dans la mesure du possible et, si on ne l'est pas, on peut se mettre à la marche 3 ou 4 fois par semaine jusqu'à l'opération. On évite le contact avec des personnes atteintes de maladies contagieuses (par exemple le rhume) et on évite les excès. Si la radiothérapie a été utilisée avant la chirurgie, vous avez probablement vu apparaître de l'inflammation au niveau du pli interfessier (pli de peau sous les fesses) et de la diarrhée. Si c'est le cas, des mesures appropriées vous auront été proposées pour atténuer ces problèmes. Suivez bien les instructions. Dans certains cas, vous devrez rencontrer une stomiothérapeute, c'est la spécialiste des stomies (des sacs). Elle vous enseignera les éléments appropriés et déterminera avec vous l'endroit où la stomie devrait être faite si elle est nécessaire.

Pour se préparer à la chimiothérapie, il faut avant toute chose être bien informé. Tout ce que l'on vous expliquera ne vous arrivera pas. D'ailleurs, une majorité de patients observent peu ou pas d'inconvénients majeurs liés à la chimiothérapie. Dans la plupart des centres, des séances d'information sont proposées. Elles sont essentielles. Pour atténuer les inconvénients de la chimiothérapie, il faut s'assurer de bien récupérer après la chirurgie dans les cas d'une chirurgie récente. En suivant les instructions de votre chirurgien, vous devrez reprendre le plus rapidement possible les activités de la vie quotidienne et vous remettre en forme en allant marcher 3 ou 4 fois par semaine. On commence par des petites distances, que l'on augmentera graduellement jusqu'à 25 minutes ou plus. Dans le cas des fumeurs qui auront réussi à arrêter de fumer avant la chirurgie, on maintient le cap! Si des soins particuliers sont requis pour les plaies, il faut suivre les instructions afin de s'assurer de la meilleure guérison possible et de ne pas retarder le début de la chimiothérapie.

Limitation des activités pendant et après le traitement





Madeleine Poirier, MD

Limitation des activités pendant et après le traitement

Par Madeleine Poirier, MD

Limitation des activités

Avant que vous commenciez les traitements de chimiothérapie, un arrêt de travail pourra vous être remis si vous le souhaitez. Il n'est pas obligatoire de cesser de travailler mais selon votre occupation, on le suggère souvent. La majorité des personnes ne travaillent pas durant les traitements. Toutefois, il arrive que certaines personnes obtiennent une entente avec leur employeur afin de travailler à temps partiel. Vous pouvez discuter de toutes ces modalités avec votre oncologue ou votre infirmière pivot. Quant à vos activités quotidiennes, il est conseillé de les poursuivre dans la mesure de vos capacités. Vous pourrez encore une fois aborder cet aspect de votre traitement avec votre infirmière pivot.

Suivi

Avant chaque traitement de chimiothérapie, vous subirez une prise de sang et vous rencontrerez l'oncologue. Si votre tolérance au traitement est bonne, le médecin pourra décider de vous rencontrer à tous les deux traitements à la place. Vous pourrez toutefois communiquer avec votre infirmière pivot entre ces rencontres. Si une visite médicale est nécessaire, cette dernière pourra l'organiser.

Pour ce qui est des examens radiologiques et du suivi de ceux-ci, chaque cas est unique et sera par conséquent discuté avec votre oncologue. Il est possible que des examens de contrôle soient demandés pendant la durée de la chimiothérapie, ou uniquement lorsque les traitements seront terminés.

Hugo D, 38 ans, pseudomyxome péritonéal, diagnostiqué en 2010

Je reste positif, je vie la vie de façon intense et je ne prends rien pour acquis. J'ai la chance d'être en vie grâce à l'HMR et je profite du moment présent. Le cancer m'a aidé à « remettre les pendules à l'heure ».

La prévention de la récidive et le suivi

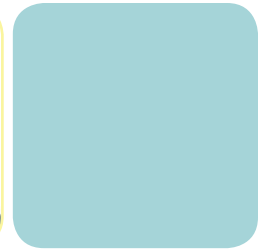




Pierre Dubé, MD



Guy Leblanc, MD



La prévention de la récurrence et le suivi

Par Pierre Dubé, MD et Guy Leblanc, MD

En réalité, le seul moyen efficace pour prévenir une récurrence (le retour de la maladie) est de suivre le plus possible le plan de traitement qui est proposé. Après la chirurgie, si une chimiothérapie de prévention (adjuvante) est proposée, c'est pour diminuer le risque de récurrence. Toutes les autres mesures ont bien peu d'impact pour empêcher le cancer de revenir. Par contre, manger sainement en évitant les gras animaux et en augmentant sa consommation de fruits et légumes, faire de l'exercice régulièrement, cesser de fumer et viser un poids santé, voilà qui peut diminuer le risque de contracter un autre cancer qui n'aurait aucune relation avec le cancer colorectal qui vient d'être traité. Ce mode de vie sain peut aussi diminuer le risque de maladies cardiovasculaires et de diabète, et atténuer les manifestations de l'âge. Une épreuve comme celle d'un cancer colorectal est peut-être un signe du destin qui « convaincra » certaines personnes d'adopter de bonnes habitudes de vie.

Dans de rares cas, des mesures spécifiques à prendre pourront être proposées pour prévenir la récurrence. Il s'agit le plus souvent de cancers colorectaux que l'on dira héréditaires. La question sera soulevée par l'équipe médicale lorsque l'histoire familiale est très chargée en matière de cancers, surtout s'ils surviennent à un jeune âge, et si certaines maladies comme la polyposse familiale ont touché la famille.

Le suivi sera effectué par l'équipe médicale. Il vise à garantir que le patient récupère bien du traitement, qu'il reprend ses activités, que les effets secondaires s'améliorent ou qu'ils sont bien gérés. Ensuite, les objectifs du suivi sont de diagnostiquer le plus tôt possible une éventuelle récurrence pour la traiter de façon appropriée, et pour traiter des polypes coliques qui pourraient un jour, s'ils ne sont pas traités, devenir un deuxième cancer du côlon ou du rectum qui n'aurait aucun lien avec ce premier cancer. En effet, un individu qui contracte un cancer colorectal est un peu plus à risque que la population générale de voir apparaître un polype ou un cancer colorectal qui n'aurait rien à voir avec ce premier épisode.



Le suivi consiste en des visites médicales, des coloscopies et des examens radiologiques. Lors des visites médicales, on s'assurera d'appuyer le patient dans sa convalescence et de tenter de dépister les signes et les symptômes qui nécessiteraient des tests supplémentaires. Si la coloscopie complète a été faite avant la chirurgie, elle sera répétée entre 1 et 3 ans après la chirurgie. Si elle n'a pas été faite avant la chirurgie, elle devra être faite dans l'année suivant la chirurgie. Si des polypes sont trouvés à la coloscopie, ils seront enlevés/coupés, et l'examen devra être répété à chaque année jusqu'à ce qu'il soit normal. Dès que la coloscopie est normale, elle sera répétée tous les 3 à 5 ans.

Tous les 3 à 6 mois, on fait une prise de sang pour vérifier l'hémoglobine et l'ACE (antigène carcino-embryonnaire), et on fait une échographie ou un CT-scan pour évaluer le foie. Ce sont les seuls examens qui sont effectués systématiquement durant quelques années (en général 3 à 5 ans). Si des problèmes particuliers survenaient, des examens supplémentaires pourraient être demandés.

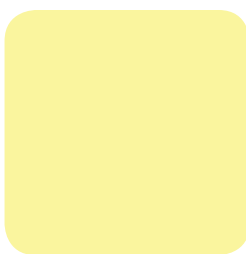
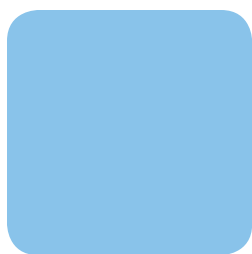
Le suivi peut être fait par le médecin de famille ou par le chirurgien, et parfois par les deux.

Marcelle T, 62 ans, cancer colorectal, diagnostiqué en 2003

Ma vie est aussi active qu'avant. Je profite de chaque journée et je suis reconnaissante de toutes les belles choses dans ma vie.

Carcinose péritonéale d'origine colorectale





Lucas Sidéris, MD

La carcinose péritonéale isolée et un nouveau concept thérapeutique : la CHIP

Par Lucas Sidéris, MD

La carcinose péritonéale est un type de cancer métastatique qui envahit le péritoine (membrane à l'intérieur de l'abdomen). On appelle cancer métastatique un type de cancer qui se développe à distance du site du cancer original, en raison des cellules cancéreuses ayant voyagé dans le corps à travers le sang ou les ganglions et s'installant dans cette région pour créer une tumeur.

Traditionnellement, ce type de cancer était traité à l'aide de chimiothérapie systémique (dans les veines), d'une chirurgie palliative (qui vise l'amélioration ou la disparition des symptômes, et non la guérison) et de traitements de soutien pour atténuer les symptômes du patient.

Depuis quelques années, on propose une nouvelle approche à certains patients. On l'appelle la chimio-hyperthermie intra-péritonéale, ou CHIP. Avec cette technique, on commence par éliminer tout signe de maladie visible par chirurgie (il est possible que des organes, des viscères ou le péritoine soient enlevés). Cette chirurgie est combinée à une chimiothérapie qui est injectée directement dans l'abdomen – intra-péritonéale (et non injectée dans les veines) – immédiatement après la chirurgie, sur la table d'opération, et qui est chauffée pour une plus grande efficacité. La recherche a démontré que, quand on chauffe la chimiothérapie, elle devient deux fois plus efficace et que, quand on l'injecte directement dans l'abdomen, il est possible d'utiliser une chimiothérapie de 20 à 400 fois plus forte que si elle était injectée dans les veines.

Ce ne sont pas tous les patients qui peuvent subir cette intervention très éprouvante pour le corps. On utilise des critères bien précis, liés tant au patient lui-même qu'à la maladie, afin de savoir si cette procédure lui convient. Les patients doivent être en relativement bonne santé, car cette chirurgie est très longue (de 4 à 16 heures) et éprouvante pour le corps. Il est possible de perdre entre 100 et 4000 mL de sang durant l'intervention. Il ne faut pas que les patients souffrent d'autres maladies afin de minimiser les risques de complications. Ils doivent également être prêts à accepter le risque de complications associé à cette intervention (entre 30 et 40 % des patients peuvent présenter des fistules, des hémorragies, des complications pulmonaires ou une baisse de globules blancs) et être assurés d'avoir un bon soutien familial durant leur convalescence (de 3 à 6 mois, parfois plus).



Le critère le plus important est lié à la maladie. Le cancer de la personne doit être entièrement résécable, c'est-à-dire que tout le cancer visible doit pouvoir être enlevé durant une chirurgie. Également, toute personne qui présente des métastases à l'extérieur du péritoine (poumons par exemple) ou qui présente des symptômes de sa maladie (gastro-intestinaux par exemple) n'est pas admissible. Votre chirurgien ou votre oncologue contactera un des spécialistes qui utilise cette technique et discutera avec lui de votre cas afin de savoir si ce traitement vous convient.

En général, avant de recourir à la technique CHIP, on administre de la chimiothérapie intraveineuse au patient; si la maladie ne régresse pas avec cette chimiothérapie, le patient ne pourra pas subir la CHIP. Finalement, la présence d'une carcinose d'origine pancréatique est également une contre-indication à cette procédure. La CHIP est une procédure très « agressive »; il faut la réserver à une clientèle bien particulière afin d'avoir du succès et d'engendrer une possible guérison. Discutez-en avec votre chirurgien ou votre oncologue pour savoir si cette méthode est indiquée dans votre cas.

Serge N, 62 ans, cancer colorectal, diagnostiqué en 1999

Appréciez tous les moments de la vie et faites ce que vous aimez; pour moi, la musique m'a beaucoup aidé à réduire mon stress, surtout en convalescence.

Les métastases hépatiques





Lucas Sidéris, MD



Michel Morin, MD

Les métastases hépatiques

Par Gabriel Chan, MD, Lucas Sidéris, MD et Michel Morin, MD

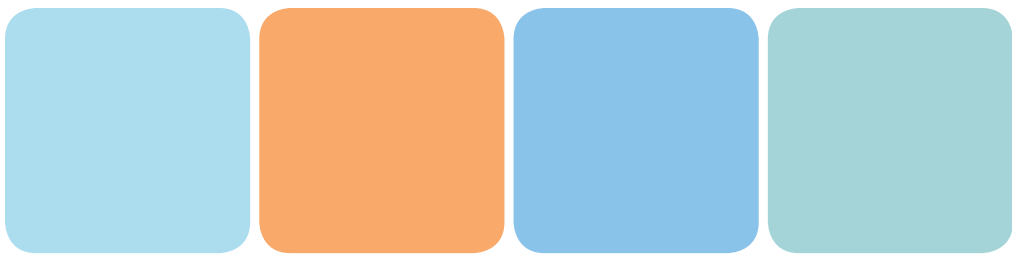
Le foie est le site le plus commun où se développent des métastases pour les néoplasies du côlon ou du rectum. Elles peuvent être diagnostiquées en même temps que le cancer primaire intestinal ou plusieurs mois ou années après. Dans tous les cas, une cure complète reste possible, mais dépend de plusieurs facteurs anatomiques et biologiques. En général, 1 patient sur 10 atteint de métastases hépatiques est opérable. Pour les autres patients, l'approche du traitement sera différente.

Chez les patients pour qui l'opération n'est pas possible, on administre alors de la chimiothérapie (ou ce qu'on appelle une thérapie ciblée) et, tous les 3 mois, le patient subira une imagerie médicale (CT scan) afin que l'équipe de médecins puisse réévaluer l'état de la maladie.

Selon l'efficacité du traitement et la façon dont le cancer du patient réagit, il y a quatre scénarios possibles :

- 1- Le patient répond complètement au traitement : on arrête alors la chimiothérapie (ceci n'arrive que pour un très petit nombre de patients).
- 2- On note une réponse partielle de la maladie et le patient tolère bien le traitement : on continue le traitement et on procède à de nouvelles imageries 4 à 6 mois plus tard.
- 3- On note une réponse partielle de la maladie, mais le patient ne tolère pas bien le traitement : on allège le traitement (diminue la dose de chimiothérapie) ou on cesse le traitement temporairement (ceci risque toutefois de faire progresser la maladie plus rapidement).
- 4- La maladie progresse malgré le traitement : on change alors la chimiothérapie afin de voir si un autre médicament ferait davantage effet ou, si tel est le désir du patient, on cesse le traitement afin de maintenir sa qualité de vie.

Chez les patients qui présentent de métastases, mais pour qui l'opération est possible, on procède alors à 4 à 6 mois de chimiothérapie avant l'opération. La chimiothérapie peut être administrée sous forme de pilules qu'on prend à la maison, ou sous forme intraveineuse, à l'hôpital. Ceci dépend de l'agent choisi par le médecin et son patient.



Le principal but de la chirurgie hépatique est de complètement réséquer (éliminer) toutes les lésions dans le foie, et de garder un volume suffisant de l'organe fonctionnel pour permettre au patient de vivre normalement. Ainsi, le nombre de lésions hépatiques et leur site deviennent très importants. Il est donc nécessaire de tenir compte de l'état de base du foie (par exemple, une cirrhose ou la toxicité causée par la chimiothérapie pourrait compliquer la décision finale de procéder à une opération), et de la présence d'autres lésions néoplasiques dans les intestins, les poumons ou ailleurs. Enfin, la décision de procéder à une chirurgie doit être prise par une équipe spécialiste de la chirurgie hépatique dans un centre hospitalier universitaire ou affilié. Il est également important de décider de l'ordre des chirurgies et des traitements : une résection hépatique après la chimiothérapie ou une chirurgie de l'intestin en même temps que la chirurgie hépatique. Les cas complexes d'oncologie doivent être discutés dans le cadre d'une réunion d'équipe multidisciplinaire.

Les investigations des métastases hépatiques incluent les imageries abdominales, comme une résonance magnétique ou une tomodensitométrie axiale. Le plan chirurgical est basé sur ces images. En plus des investigations préopératoires habituelles, il est nécessaire de vérifier l'absence d'autres métastases, dans les poumons et ailleurs. Une radiographie des poumons ou un scan thoracique sont souvent utilisés. Aussi, un PET scan (tomographie par émission de positons) en médecine nucléaire est utile, car il permet de vérifier la présence d'autres métastases. Ce système de classification des tumeurs colorectales permet d'établir un stade d'avancement de la maladie, de stratifier/regrouper les tumeurs selon leur pronostic et d'établir les meilleurs traitements pour chacun des stades de développement. En se basant sur les recommandations de meilleurs soins, et souvent après discussion avec l'équipe des chirurgiens ou oncologues, on propose un traitement particulier, qui tient compte du stade de la tumeur et des caractéristiques du patient. La chirurgie hépatique actuelle est une opération majeure, et le patient doit être en assez bonne forme pour la tolérer. L'objectif de ce traitement est une guérison complète. Les risques opératoires les plus communs incluent un saignement important pendant la chirurgie et des infections comme la pneumonie, une infection urinaire ou les infections des plaies. Le risque de mortalité après une chirurgie hépatique est normalement inférieur à 5 %. Le risque d'une insuffisance hépatique est également rare, grâce à toutes les précautions prises pour sélectionner les candidats chirurgicaux, mais il subsiste toujours une inquiétude pendant les premiers jours après l'opération. La majorité des chirurgies hépatiques sont réalisées à l'aide d'une longue incision sous les côtes.



Une chirurgie par laparoscopie est parfois possible et peut être pratiquée selon l'expertise de chaque équipe chirurgicale. La durée du séjour à l'hôpital après une résection hépatique est d'environ 7 à 10 jours. Il pourra se prolonger selon l'état du patient ou les complications post-opératoires. La douleur est le symptôme le plus important après l'opération. Souvent, pendant les trois à cinq premiers jours suivant l'opération, on administre une épidurale au patient ou on lui installe une pompe qui distribue un anesthésiant et qu'il peut contrôler lui-même. La récupération à la maison continue après le congé de l'hôpital. Il est souvent nécessaire d'attendre deux à trois mois avant tout retour au travail ou à des activités sportives.

À l'heure actuelle, après une telle chirurgie, un tiers des patients pourra espérer une guérison à long terme. Un autre tiers des patients présentera une récurrence de la maladie dans le foie ou ailleurs pendant les 5 premières années, mais resteront vivants avec la maladie, sous traitement de chimiothérapie, ou parfois au terme d'une autre chirurgie.

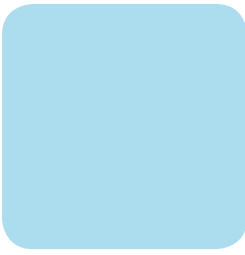
Noël-Yves P, 73 ans, cancer colorectal, diagnostiqué en 2009

Si j'ai un conseil à donner à quelqu'un qui vient de recevoir un diagnostic de cancer c'est de ne pas vous laisser défaire au début.

« Regardez en avant et foncez ... le combat se fait jusqu'au bout. »

Le cancer et la famille





Anne Sabourin,
psychologue

Le cancer et la famille

Par Anne Sabourin, psychologue

Le diagnostic

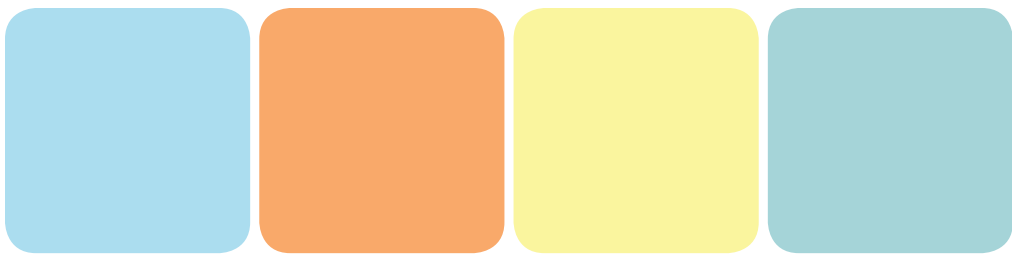
Le diagnostic de cancer peut entraîner une pléiade d'émotions chez la personne recevant le diagnostic, mais également parmi son entourage, sa famille. Parmi ces émotions, on peut noter le choc, le déni, la confusion, la colère, l'anxiété, la tristesse et finalement, l'acceptation. En soi, le diagnostic de cancer est un stress majeur dans la vie d'une personne et d'une famille. Malheureusement, dans notre système de santé actuel, peu de soutien est offert aux membres de la famille afin de les aider à gérer leurs émotions et les changements que le cancer peut provoquer dans leur vie. La guérison émotionnelle peut être un long processus d'ajustement et peut prendre plus de 2 ans.

L'impact sur la personne

Après un diagnostic de cancer, la personne atteinte doit maintenant être à l'écoute de ses propres besoins et apprendre à demander de l'aide à son entourage. Ce qui n'est pas toujours une chose facile. Ces patients doivent tenir compte de leurs besoins importants, apprendre à s'arrêter, faire face à leurs sentiments, communiquer leurs besoins à leur entourage et laisser aller le sentiment de culpabilité qui accompagne trop souvent ces moments.

L'impact sur la famille

Pour les membres de la famille, les choses changent également après un diagnostic de cancer. Ils devront apprendre à s'occuper de leurs propres besoins, offrir un soutien émotif et tangible à la personne atteinte, changer leur style de vie et possiblement assumer davantage de responsabilités familiales. Durant ces changements, les membres de la famille devront à la fois faire face à leurs propres réactions émotives telles que la peur, la colère, l'abandon, l'impuissance et la culpabilité.



L'impact sur le couple

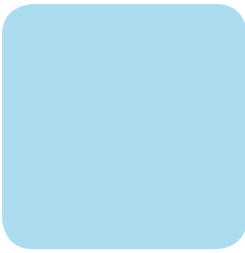
Lors d'un diagnostic de cancer, une redéfinition du couple est souvent nécessaire. Le style de vie change, les projets en cours sont mis en veilleuse ou doivent être abandonnés. Le partenaire doit jouer un nouveau rôle dans le couple et prendre davantage soin de son conjoint. En raison des émotions vécues de part et d'autre, il y a plus de chances de conflits. Les relations avec les amis changent, et la personne atteinte est souvent plus anxieuse et a un plus grand besoin d'être rassurée. Ainsi, la communication s'intensifie et le niveau de stress au sein du couple augmente.

Ainsi, il est important de garder la ligne de communication ouverte au sein du couple, de partager ses émotions et de discuter calmement. Éviter les situations stressantes, continuer à avoir du plaisir ensemble et garder un semblant de routine peut également minimiser l'impact de ces moments difficiles sur le couple.

Les conséquences du cancer sur la sexualité

Un diagnostic de cancer ne veut pas dire l'arrêt de toute activité sexuelle. Par contre, si la personne atteinte reçoit de la chimiothérapie, elle peut souffrir d'effets secondaires comme une baisse de la libido, des bouffées de chaleur, des nausées, de l'insomnie, de la fatigue, des changements d'humeur, de la sécheresse vaginale et de la douleur lors de relations sexuelles. Il est important de comprendre que le traumatisme psychologique de la maladie amène une profonde altération de l'image de soi, marquée par une perte de sentiment de féminité pour la femme, et une possible perte d'attraction physique et du pouvoir de séduction. Une personne peut être rejetée par son partenaire ou se sentir coupable de ne pas pouvoir satisfaire son ou sa partenaire comme auparavant.

Afin de réapprovoiser la sexualité, le patient doit se sentir à l'aise avec lui-même. Il peut se regarder de façon positive, se toucher, se redécouvrir, se faire plaisir. Il peut inclure son partenaire dans le processus de guérison, tout en ayant une communication franche avec ce dernier. Il est essentiel que les partenaires puissent se parler, s'écouter et qu'ils se respectent mutuellement, tout en laissant le temps aux modifications physiques et psychologiques de se faire. L'équilibre et la satisfaction émotionnelle et physique progressives passent par la confiance en soi et en l'autre, et par la tendresse.



Le cancer et les enfants

Quand un membre de la famille est atteint de cancer, la nouvelle est difficile à accepter. Quand un parent doit annoncer à son enfant qu'il souffre de cancer, il peut être difficile de trouver les bons mots, quel que soit l'âge de l'enfant. Pratiquez-vous à donner vos explications à l'avance si vous en ressentez le besoin, et expliquez aux enfants que le cancer n'est pas contagieux. Veillez à conserver l'équilibre entre l'optimisme et le pessimisme lors de vos explications. Gardez le contact avec vos enfants s'ils ne sont plus à la maison et prenez au sérieux les sentiments qu'ils éprouvent. Il est important de répondre à leurs questions de façon honnête, de les aider à comprendre le traitement et de les préparer aux effets possibles de ces traitements.

Marcelle T, 62 ans, cancer colorectal, diagnostiqué en 2003

Même au moment de mon diagnostic, j'ai toujours pensé que je m'en sortirais.

Suppléments alimentaires et produits de santé naturels





Suzanne Frenette,
Pharmacienne

Suppléments alimentaires et produits de santé naturels

Par Suzanne Frenette, pharmacienne

Suppléments alimentaires

Si vous éprouvez des difficultés à manger ou à digérer, il pourrait vous être conseillé de prendre des suppléments alimentaires à faible dose, comme des vitamines. Il est important de discuter avec votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre des suppléments à dose élevée, puisqu'ils peuvent avoir des effets nocifs. Voici quelques questions à poser à votre médecin avant de prendre un supplément alimentaire :

- Quels sont les bienfaits? Les suppléments alimentaires peuvent avoir des bienfaits, s'ils sont pris adéquatement, mais peuvent aussi entraîner des risques s'ils sont pris en association avec certains traitements anticancéreux.
- Quels sont les effets indésirables possibles? Si vous recevez une radiothérapie, certains suppléments alimentaires peuvent causer une sensibilité de la peau et des réactions graves. Si vous recevez une chimiothérapie, les suppléments pourraient accroître le risque d'interaction entre les médicaments. Les spécialistes du cancer recommandent souvent d'éviter de prendre des suppléments alimentaires jusqu'à ce que le traitement anticancéreux soit terminé.
- Y a-t-il d'autres risques? Les suppléments alimentaires peuvent-ils être néfastes si je dois subir une intervention chirurgicale associée au cancer? Contrairement à ce qu'on observe pour les médicaments, ce sont souvent les patients qui choisissent de prendre des suppléments alimentaires, sans avoir demandé l'avis des médecins, des infirmières ou des pharmaciens ou après avoir reçu peu de conseils de leur part. Même les personnes bien informées peuvent avoir de la difficulté à trouver des renseignements fiables au sujet de l'utilisation sécuritaire des suppléments alimentaires et des risques potentiels qui y sont associés.

Consultez votre médecin ou votre pharmacien

Quel que soit votre traitement, il est plus sûr de discuter avec votre médecin ou votre pharmacien de la quantité de chacun des suppléments que vous prévoyez prendre. Si vous prenez déjà des suppléments et que vous voulez continuer à le faire, il est important de le dire à votre médecin et à votre pharmacien en oncologie.



Produits naturels

Selon un récent sondage sur l'opinion publique mené par Santé Canada, 71 % des Canadiens affirment avoir déjà eu recours à un produit de santé naturel.

Cependant, le fait qu'un produit soit naturel ne garantit pas qu'il ne sera pas dangereux. En effet, comme tous les médicaments, les produits naturels peuvent interagir avec les traitements pharmacologiques ou avoir des effets indésirables. Comme la qualité des produits de santé naturels offerts sur le marché varie grandement, il peut être difficile de faire un choix judicieux.

Vous devez informer votre pharmacien en oncologie si vous utilisez des produits de santé naturels. Il pourra ainsi évaluer les risques et les bienfaits des produits et vous aider à prendre les meilleures décisions qui soient relativement à votre santé.

La gestion du stress et la relaxation





Anne Sabourin, psychologue

La gestion du stress et la relaxation

Par Anne Sabourin, psychologue

Recevoir un diagnostic de cancer crée sans aucun doute un stress énorme dans la vie d'une personne et de son entourage. C'est pourquoi il est important de savoir comment gérer son stress, et la relaxation peut certainement être un outil important dans cette quête. Afin de bien comprendre les bienfaits que la relaxation peut avoir sur les patients atteints de cancer, il importe d'en savoir davantage sur le fonctionnement de notre système nerveux. Notre système nerveux, aussi appelé système nerveux autonome ou SNA, est constitué des systèmes sympathiques et parasympathiques. Leurs rôles sont différents et ils ont habituellement des incidences opposées sur les organes de notre corps.

Le système nerveux sympathique

Le système nerveux sympathique correspond à la mise en état d'alerte de l'organisme et à la préparation à l'activité physique et intellectuelle. Il contrôle également notre réponse de combat ou de fuite dans une situation de stress intense. Il dilate les bronches et les pupilles, accélère le rythme cardiaque et respiratoire et diminue l'activité du système immunitaire. Le système nerveux sympathique gère également la tension musculaire, la stimulation des hormones de stress comme le cortisol et l'adrénaline, et le ralentissement de la digestion et de l'élimination.

Le système nerveux parasympathique

Le système nerveux parasympathique, pour sa part, correspond à la mise au repos de l'organisme, à la détente de l'activité cardiaque et respiratoire et au ralentissement général des fonctions de l'organisme. C'est par l'entremise de ce système que les fonctions végétatives ou de récupération, comme la digestion ou l'élimination, sont activées ou intensifiées. Ce système contrôle l'élimination des déchets, mobilise le système immunitaire et s'assure avant tout de ramener le corps dans un état d'homéostasie, c'est-à-dire de maintenir la stabilité de différents paramètres du corps humain (le taux de sucre, la température du corps, le taux de sel dans le sang, etc.). Il est également responsable de la détente du corps, des émotions et de la pensée.



La relaxation – Objectifs visés

La relaxation vise plusieurs objectifs. Entre autres, on vise la détente mentale et musculaire. La personne doit prendre conscience de son corps et de ses pensées et viser l'équilibre entre son corps, son âme et son esprit. Parmi les autres buts de la relaxation, on note la réduction de la tension musculaire, la réduction des pensées non désirées et la perception de contrôle sur ses pensées et son environnement. En somme, on veut que la personne ait le sentiment que tous les soucis de la vie ont perdu leur importance et une sensation générale de bien-être.

La relaxation – Conditions idéales

Pour tirer le maximum d'une séance de relaxation, il est important d'être dans une pièce calme où la lumière est tamisée et la température ambiante, confortable. On doit porter des vêtements confortables, ni trop chauds, ni trop légers. Il est possible de se détendre soit en position assise (fauteuil confortable, nuque bien calée, bras et jambes décroisés), soit en position couchée (la tête quelque peu soutenue et une légère couverture sur le corps). Mais avant tout, il est important de garder les paupières fermées, le corps immobile et de se concentrer sur ses sensations.

La relaxation – Différentes étapes

Quelle que soit la méthode de relaxation choisie, elle est constituée des mêmes étapes. Elle débute par la concentration sur la respiration. L'inspiration et l'expiration sont lentes et profondes. Ensuite, la personne passe en revue chacun de ses muscles, de la tête aux pieds. Ceci engendre une élimination graduelle de toutes les tensions musculaires et une focalisation sur l'esprit et le mental. Les deux dernières étapes sont la répétition d'affirmations positives et le retour sur la respiration.

Hugo D, 38 ans, pseudomyxome péritonéal, diagnostiqué en 2010

Les préposés, les infirmières et les médecins ont été extraordinaires; leur professionnalisme, compassion et compétence ont fait qu'on a même réussi à avoir du « fun » pendant tout ça!

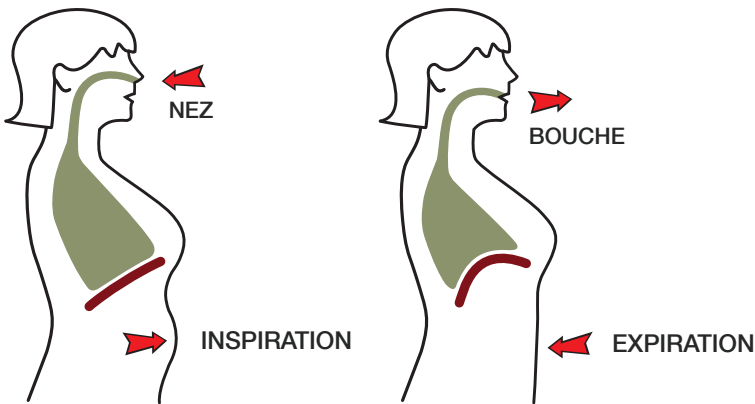


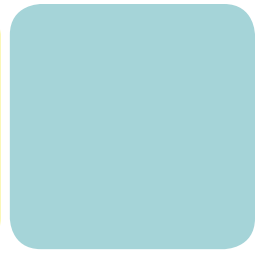
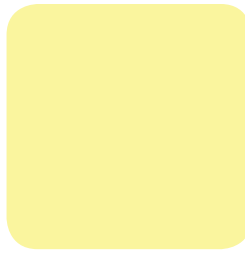
La visualisation est la capacité mentale que nous avons de nous représenter un objet, une émotion ou une sensation. Elle est une composante importante de la relaxation. Pendant la visualisation, la personne se concentre sur sa respiration, visualise des images relaxantes et fait le vide afin de se déconnecter du monde extérieur. En fait, la personne essaie de faire une pause mentale et de projeter une transformation heureuse ou un succès. La visualisation peut se pratiquer n'importe où et n'importe quand. Cinq minutes de pause mentale suffisent.

La respiration

La respiration est au centre de la relaxation; il en existe deux types : la respiration thoracique et la respiration diaphragmatique.

La respiration thoracique est la plus familière et la plus connue chez l'adulte. Par contre, ce type de respiration ne remplit les poumons qu'à moitié et met le corps en état de stress continu. Pour sa part, la respiration diaphragmatique est une technique naturelle, utilisée instinctivement par les bébés, qui remplit d'air le bas des poumons et diminue les tensions musculaires (voir l'image).





Les différents types de relaxation

La relaxation passive est une technique durant laquelle la personne est à l'écoute de son corps et de ses sensations. On porte alors attention à toutes les sensations physiques, de la tête aux pieds. Il faut être à l'écoute de sa respiration et à l'écoute des changements physiques. Certaines personnes peuvent ressentir de la chaleur, une lourdeur et des picotements dans leur corps. Cette technique demande un laisser-aller; il faut lâcher prise.

À l'opposé, la relaxation active est une technique où l'on alterne la tension musculaire et le repos. Elle est basée sur la technique de Jacobson (progressive musculaire). Grâce à cette méthode, on contracte un muscle en particulier, on retient la tension durant 20 à 30 secondes, puis on relâche. Cette technique doit être appliquée en cinq étapes, à cinq régions du corps : les mains et les bras, les épaules et le menton, le visage, la poitrine et le ventre et, finalement, le bassin et les jambes. Après avoir contracté et relâché ces cinq groupes, la personne termine sa séance de relaxation par la respiration diaphragmatique.

Dans le cadre de la méditation consciente, qui est une autre technique de relaxation, on n'a conscience que du moment présent, sans réfléchir à ce qui passe autour de soi ou à son futur proche. Au lieu de s'inquiéter de ce qui s'est passé ou de ce qui va arriver, la méditation consciente vous fait concentrer sur ce qui est en train d'arriver pendant la méditation. En d'autres termes, cette technique cultive un état de calme via l'attention sur un point unique dans le moment présent.

Il existe également d'autres formes de relaxation telles que la musicothérapie, le reiki, l'aromathérapie, l'hypnose, le massage et les bains. Tous peuvent avoir des bienfaits pour la personne qui désire se détendre.

L'alimentation et le cancer du côlon





L'alimentation et le cancer du côlon

Par Hai Dao, diététiste et Fatma Boushaki, diététiste

L'alimentation avant et après la chirurgie intestinale

Comme lorsqu'on souffre de toute maladie, il est important de bien s'alimenter lorsqu'on est atteint d'un cancer colorectal. Nous permettrons ainsi à notre corps de ralentir la perte de poids engendrée par la maladie, afin d'être en meilleure forme au moment de la chirurgie. Une bonne alimentation peut également renforcer votre système immunitaire, diminuer les risques d'infection, favoriser une bonne cicatrisation des plaies et vous aider à mieux récupérer et reprendre vos forces plus rapidement une fois de retour à la maison.

Mais qu'est-ce qu'on entend par « bonne alimentation »? Bien s'alimenter avant ou après une chirurgie, ça veut dire : prendre trois repas par jour au moins, en plus de collations au besoin, et prendre des repas équilibrés et variés comprenant les quatre groupes d'aliments du Guide alimentaire canadien (lait et produits laitiers; viandes, volaille, poissons ou substituts de viande; fruits et légumes; pain et produits céréaliers). Accordez une importance particulière aux protéines : vous devez les inclure à chaque repas et collation, surtout lorsque vous avez une perte de poids avant l'hospitalisation et des plaies à guérir après l'opération.

Si vous manquez d'appétit lors des repas, pensez à prendre des collations à teneur élevée en protéines afin de compenser. Du yogourt, un lait frappé, des craquelins et du fromage ou des céréales avec du lait seraient de bons exemples. Vous pouvez également vous procurer différents suppléments nutritifs disponibles sur le marché (Boost^{MD}, Ensure^{MD}, etc.), à prendre entre les repas.

Certains aliments doivent être évités après la chirurgie, afin de prévenir les flatulences, la diarrhée ou un blocage intestinal. Certaines fibres peuvent engendrer ces problèmes et devraient être évitées temporairement. Parmi celles-ci, on note le pain et les céréales à grains entiers, les légumes crus, les légumineuses et les noix et graines. Il faut également éviter de consommer trop de fruits avec pelure comme les pommes, les poires, les raisins ou les prunes, ou contenant de nombreuses graines comme les fraises ou les framboises. Il faut également éviter de consommer trop d'aliments ou de breuvages sucrés comme les bonbons, les boissons gazeuses, le chocolat ou les gâteaux, tartes, sirops, etc.



Si vous souffrez de diabète, il est important de contrôler votre taux de sucre car un diabète bien contrôlé diminue les risques d'infections et favorise une meilleure cicatrisation. Ainsi, si vous avez un surplus de poids ou souffrez d'un léger diabète, il est important de s'abstenir de consommer des aliments sucrés comme la cassonade, les confitures, la mélasse, le miel, les sirops et le sucre, des beignes, biscuits, gâteaux et tartes ainsi que des breuvages sucrés comme les boissons énergétiques, aux fruits ou les boissons gazeuses.

En somme, évitez les aliments à haute teneur en gras (panés, frits, sauces grasses, crème), mangez sainement et de façon équilibrée (trois repas par jour). Ne sautez pas de repas. Bougez davantage. Augmentez graduellement votre niveau d'activité physique et si vous êtes sédentaire, faites de 5 à 10 minutes d'activité physique, 3 fois par jour. Vous en ressentirez les bienfaits.

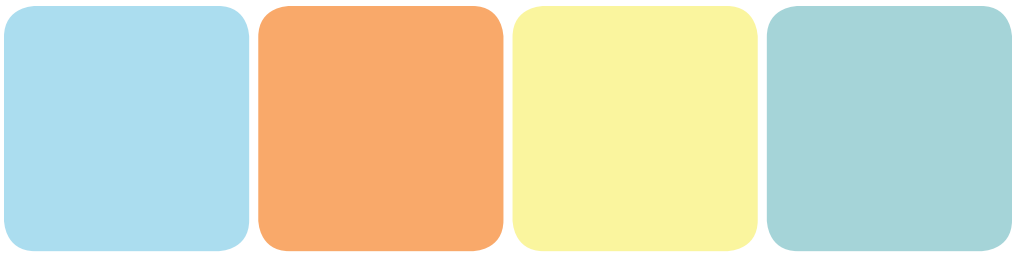
L'alimentation chez la personne iléostomisée ou colostomisée

Pour les patients chez qui on a procédé à une iléostomie ou à une colostomie, des précautions particulières sont de rigueur. Ces personnes doivent consommer moins de fibres durant les 2 semaines suivant leur chirurgie (2 à 4 pour les personnes iléostomisées) et viser à reprendre progressivement une alimentation habituelle. Il est important d'avoir un horaire de repas régulier, de mastiquer et de manger lentement et de boire beaucoup d'eau afin d'éviter la déshydratation.

Ce régime temporaire réduit en fibres a pour but de vous aider à vous habituer au fonctionnement de l'iléostomie ou de la colostomie, de réduire les gaz et la quantité de selles évacuées et dans le cas de l'iléostomie, d'épaissir les selles.

Serge N, 62 ans, cancer colorectal, diagnostiqué en 1999

Entourez-vous de gens positifs. Tout le personnel de l'HMR est devenu pour moi ma famille – de mes médecins et infirmières aux secrétaires et même les préposés!



Parmi les produits céréaliers, il est préférable, au début, d'opter pour des produits faits de farine blanche, des céréales raffinées, du riz blanc, des pâtes blanches et du couscous.

De leur côté, les légumineuses ont une grande capacité de fermentation, et engendrent facilement des gaz et des inconforts digestifs. Il est donc préférable de les éviter dans les premières semaines.

Étant donné que les fruits et les légumes regorgent de fibres, après votre chirurgie, choisir ceux qui sont le moins gazogènes et fibreux comme l'aubergine, la patate douce, les champignons, la tomate pelée (cuite ou crue), le navet pilé ou les haricots. Quant aux fruits, les abricots, les bananes, les poires et les pêches (sans la pelure), le kiwi ou les mandarines pourraient être des bons choix.

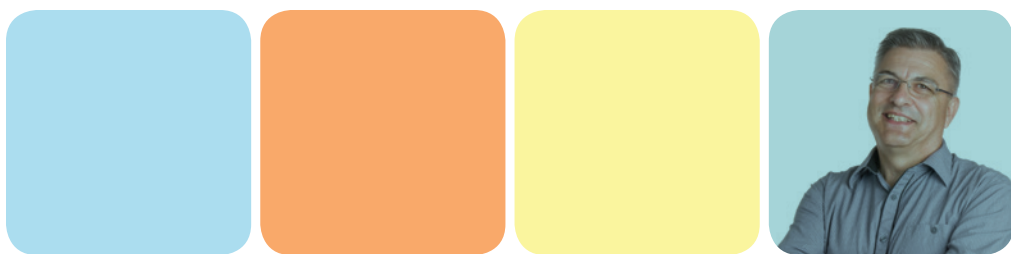
Les œufs, viandes, volailles, poissons et fruits de mer ne contiennent généralement pas de fibres et sont donc recommandés principalement pour leur teneur en protéines et en fer. Il est important de les inclure dans vos repas.

Le lait et les produits laitiers sont des aliments riches en protéines, aident à la réparation des tissus et favorisent donc la guérison de la plaie après une chirurgie. Tous les produits laitiers peuvent être consommés selon la tolérance et les habitudes de la personne.

Il faut par contre être prudent lors de la consommation de noix, de maïs soufflé, de grande friture, d'épices fortes, de boissons alcoolisées et de café et de thé en grande quantité. Ils pourraient causer des gaz ou de l'inconfort.

Chez les patients iléostomisés, il est normal qu'on observe des selles fréquentes et liquides au début, ce qui entraîne des pertes importantes d'eau, de sel et de potassium, et augmente le risque de déshydratation. Il est donc très important d'être attentif aux symptômes de déshydratation et de suivre les conseils de votre médecin ou de votre infirmière, afin de combler les pertes occasionnées par les selles nombreuses et liquides.

Une fois que vous vous serez familiarisé avec les soins de votre stomie et lorsque vos selles seront plus épaisses, vous pourrez réintroduire graduellement les aliments évités et reprendre votre alimentation habituelle. Il est prudent d'essayer un seul aliment à la fois pour évaluer la tolérance à celui-ci. Si un aliment vous cause des inconforts (crampes, gaz), réessayez-le quelques semaines plus tard.



Prenez trois repas par jour à des heures régulières afin de régulariser l'évacuation de selles et de vous sentir mieux. Reportez-vous au Guide Alimentaire Canadien, à la section V (p. 13), pour guider vos choix vers une alimentation saine et équilibrée.

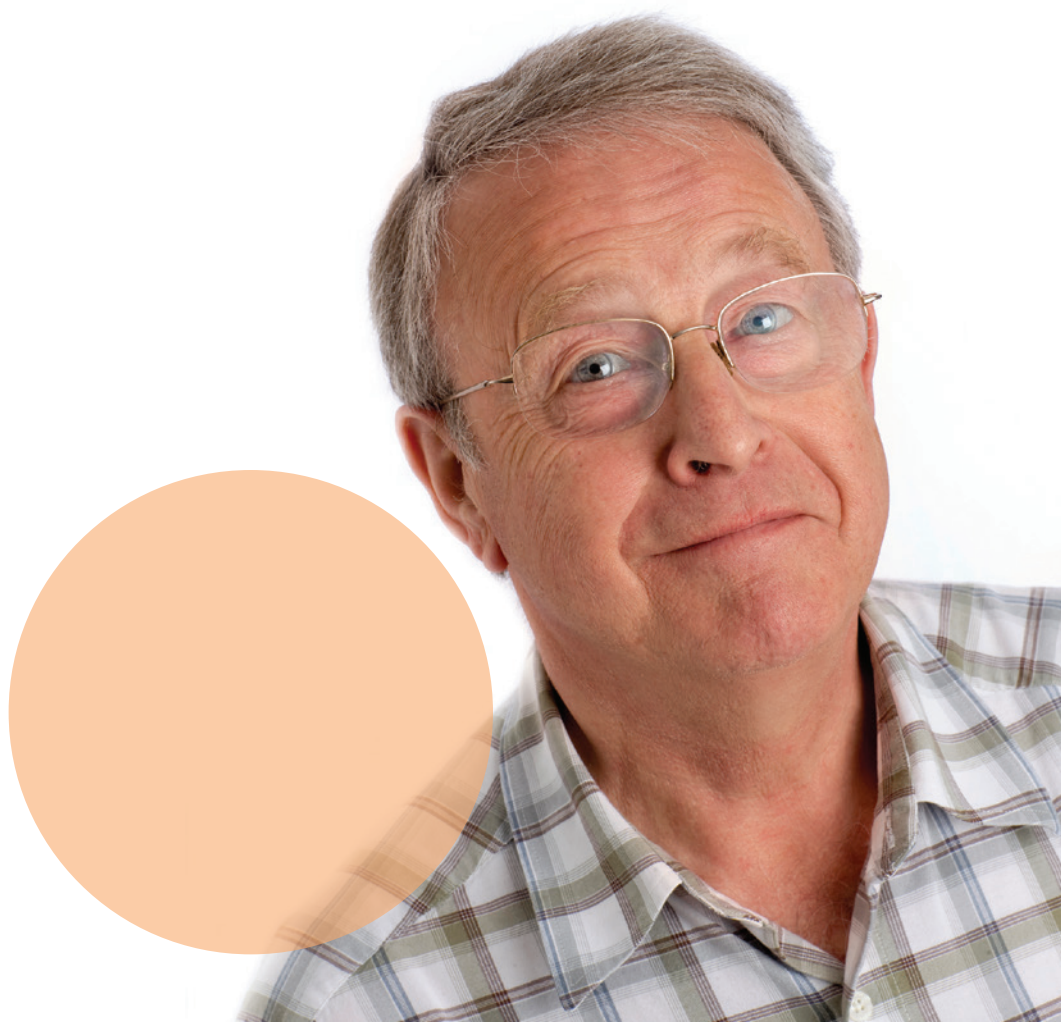
La personne porteuse d'une stomie n'a plus le contrôle musculaire lui permettant d'empêcher l'émission de gaz. Lorsqu'il y a excès de production de gaz, le sac se gonfle d'air. Cela peut créer un inconfort abdominal, des gonflements et des bruits embarrassants. Bien qu'il soit impossible d'éliminer complètement la production de gaz, les précautions suivantes peuvent faciliter les choses :

- éviter ou diminuer la consommation d'aliments gazogènes;
- manger lentement et bien mastiquer;
- limiter la consommation de bière, d'alcool et de boissons gazeuses; et diminuer l'aérophagie (le fait d'avaler de l'air) en évitant de fumer, de trop parler en mangeant, de boire à la paille ou à même la bouteille, et de mâcher de la gomme.

Le fait d'avoir une stomie vous rend susceptible d'avoir une obstruction ou un blocage alimentaire. Il est important de suivre les conseils de votre médecin ou de votre infirmière afin de prévenir ces blocages.

En conclusion, tout patient atteint d'un cancer du côlon ou colorectal devrait bien s'alimenter afin d'avoir un poids idéal en préparation d'une chirurgie, ou suite à une stomie, afin de maintenir un poids santé et d'éviter des complications liées à cette procédure. Après une stomie, il est possible, grâce au soutien de l'équipe de soins, de la famille et si, la personne le désire, de groupes de soutien pour patients stomisés, de vivre une vie pleinement épanouie.

Génétique et dépistage du cancer colorectal (CCR)





Guy Leblanc, MD

Génétique et dépistage du cancer colorectal (CCR)

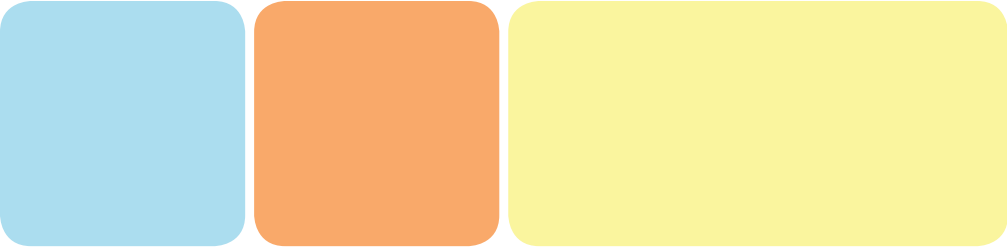
Par Guy Leblanc, MD

Le cancer du côlon est-il héréditaire?

Une des réactions normales après l'annonce d'un diagnostic de cancer du côlon est de vous demander si les gens de votre famille sont à risque et si vous pouvez avoir transmis votre maladie à vos enfants. Il est important de comprendre que la majorité des cancers du côlon, soit près de 75 % des cas, ne sont pas familiaux. Ils surviennent de manière sporadique ou irrégulière, chez des personnes par ailleurs en bonne santé. Ce sont les mutations (changements) aléatoires survenant dans l'ADN qui expliquent ces cancers.

Parmi les 25 % restants (ces cancers d'origine familiale), environ 5 % sont des cancers héréditaires qui sont dus à la transmission directe d'un gène entre le parent et son enfant. Il existe principalement deux syndromes héréditaires liés au CCR : la polypose adénomateuse familiale rectocolique (PAF) et le cancer colique héréditaire sans polypose (CCHSP). Ces maladies sont rares (1/10 000 naissances et 1/5 000 naissances, respectivement) et, souvent, les familles sont identifiées et sont suivies de très près par une équipe de médecins. Nous parlerons un peu plus loin de chacun de ces cancers.

Si vous avez bien fait le calcul, il reste donc environ 20 % des cas de cancer qui surviennent dans des familles ayant au moins un parent proche atteint d'un CCR, mais sans être associés à un vrai syndrome génétique. Ces familles présentent des facteurs de risque légers de cancer dans leurs gènes, et certains facteurs environnementaux (diète, exercice, milieu urbain) contribuent au développement de la maladie. Voilà pourquoi on dit que le CCR peut être familial. En fait, si vous avez un parent du premier degré (père, mère, frère, sœur ou enfant) atteint d'un CCR, vous avez environ deux fois plus de chances d'en contracter un dans votre vie. On estime que le risque d'avoir un cancer du côlon au cours d'une vie pour une personne sans antécédent familial de CCR est de 1 sur 20. Ainsi vos proches parents ont un risque d'un peu moins de 1/10 d'avoir un cancer du côlon ou du rectum dans leur vie. C'est pourquoi nous recommandons à vos proches de se faire dépister pour le CCR.



Plus le cancer s'est développé jeune (avant 60 ans) dans la famille ou plus vous avez de parents du premier degré (mère, père, frère, sœur ou enfant) ou du deuxième degré (tantes, oncles, grands-parents) avec un cancer du côlon, plus votre risque est élevé. Les membres d'une famille au sein de laquelle au moins trois personnes ont eu un cancer du côlon devraient faire dépister par leur médecin les syndromes que nous allons expliquer ci-après.

La polypose adénomateuse familiale rectocolique (PAF)

La polypose adénomateuse familiale rectocolique (PAF), aussi appelée en anglais *familial adenomatous polyposis* (FAP), est un syndrome rare (entre 1/8 000 et 1/14 000 naissances) qui est causé par la transmission d'un gène défectueux appelé APC. Lorsque ce gène est présent chez un individu, il se développe des centaines, voire des milliers de boules de chair appelées polypes dans le côlon et le rectum, qui représentent des petites tumeurs. Étant donné que ces polypes sont présents en quantité très importante, il est impossible de tous les enlever; si les patients ne sont pas traités, ils auront 100 % de chances de contracter un cancer du côlon, souvent avant l'âge de 40 ans. Heureusement, ce type de cancer ne représente que 1 % des CCR chaque année.

Les membres des familles touchées par cette maladie sont suivies de près et doivent subir des examens de coloscopie chaque année à partir de l'âge de 10-12 ans. Lorsque des polypes importants commencent à se former, il leur est généralement suggéré de se faire opérer pour enlever tout le côlon et le rectum, afin d'éliminer le risque de cancer. Si vous avez reçu un diagnostic de PAF, nous vous suggérons fortement de discuter de cette chirurgie avec votre médecin.

Le cancer colique héréditaire sans polypose (CCHSP)

Le cancer colique héréditaire sans polypose (CCHSP), aussi appelé en anglais *hereditary non polyposis colorectal cancer* (HNPCC) ou syndrome de Lynch, est un autre syndrome rare (1/5 000 naissances) qui représente 2 à 3 % des CCR chaque année. Il est causé par la transmission d'un gène défectueux de la famille MLH et MSH, qui sont des gènes servant à réparer l'ADN. Puisque la réparation ne se fait pas bien, il y a plus de mutations spontanées, et les patients risquent de voir apparaître des polypes agressifs ou un cancer du côlon.

Contrairement à la PAF, la quantité de polypes qui se forment n'est pas anormale, mais ces polypes se transforment plus rapidement et plus souvent en cancer. Si les patients ne sont pas suivis ou traités, environ 80 % d'entre eux vont finir par contracter un cancer au cours de leur vie.



Non seulement les personnes atteintes du syndrome de Lynch ont un historique familial de cancer du côlon, mais d'autres cancers sont associés à ce syndrome, à savoir les cancers de l'endomètre (utérus), du petit intestin, du rein ou de l'uretère. Il faut qu'au moins trois membres de la famille, répartis sur au moins deux générations – avec au moins un cas de cancer avant 50 ans – aient été touchés pour qu'on juge que cette famille présente un risque plus élevé de CCR ou d'autres cancers associés (voir ci-dessus). Si votre famille répond à ces critères, vous devriez être aiguillés vers un dépistage génétique et suivis de près pour le cancer du côlon et de l'utérus (endomètre). La colectomie totale (chirurgie visant à enlever tout le côlon et le rectum) n'est pas une procédure courante pour ce type de syndrome, mais est pratiquée au besoin si le dépistage met en évidence une tumeur.

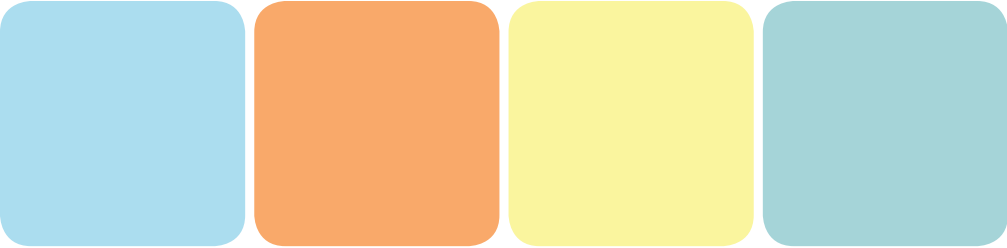
Le dépistage du cancer du côlon

Vous entendez sûrement de plus en plus parler de dépistage du CCR dans les journaux. En effet, le Québec, comme plusieurs endroits dans le monde, est en train de préparer un large programme de dépistage du CCR qui devrait permettre de détecter les cancers plus tôt. Comme le cancer du côlon débute toujours sous la forme d'un petit polype, qui grossit avec le temps jusqu'à devenir une masse cancéreuse, nous savons que, si nous détectons et enlevons les polypes avant qu'ils ne se transforment, ou si nous identifions les cancers à un stade plus précoce, nous allons sauver des vies.

Il est important de faire la différence entre un examen de dépistage et un examen diagnostique. Si vous avez eu des saignements dans vos selles et que votre médecin vous recommande de subir une coloscopie, il s'agit alors d'un examen de diagnostic et non de dépistage. Le dépistage s'applique aux gens sans aucun symptôme de cancer, mais qui ont entre 50 et 75 ans. Ce sont chez ces personnes en bonne santé que nous désirons rechercher les polypes ou les cancers, afin de pouvoir les enlever avant même que les patients en ressentent les effets.

Marcelle T, 62 ans, cancer colorectal, diagnostiqué en 2003

Il ne faut pas avoir peur de s'exprimer et de dialoguer avec l'équipe soignante.



Le dépistage peut se faire à l'aide de plusieurs techniques. La méthode choisie pour le programme au Québec est l'analyse de sang microscopique dans les selles. En effet, la plupart des gros polypes ou des cancers sont très fragiles à la surface et saignent facilement. Cependant, comme ils ne saignent que quelques gouttes par jour, il n'est pas possible de voir le sang dans les selles à l'œil nu. On doit utiliser un test chimique pour vérifier si du sang est présent. Pour ce faire, le patient doit récolter une petite quantité de ses selles dans une petite enveloppe spéciale, qui est ensuite envoyée dans un laboratoire pour être analysée. Si du sang est détecté, les patients sont contactés pour subir un examen de coloscopie, qui consiste à vérifier à l'aide d'une caméra flexible l'intégralité du côlon à la recherche de polypes. Cette méthode s'est avérée efficace pour réduire les décès par CCR. Actuellement, le programme québécois est encore en processus d'installation. Cependant, vous pouvez demander à votre médecin de vous faire passer le test de dépistage de sang dans les selles. Cet examen devrait être répété au moins tous les deux ans.

Il existe d'autres tests de dépistage, comme la sigmoïdoscopie flexible (examen effectué avec une courte caméra dans le côté gauche du côlon), la coloscopie complète (examen à la caméra de tout le côlon), le lavement baryté double contraste (LBDC) et la coloscopie virtuelle. Votre médecin pourra vous conseiller sur le test de dépistage vous convenant le mieux.

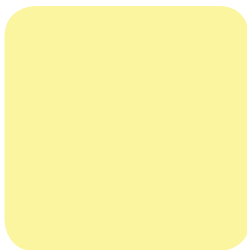
Pour conclure, si vous avez des antécédents familiaux de cancer du côlon ou des symptômes de sang dans les selles ou de changements dans la grosseur de vos selles, vous devriez consulter en vue de passer une coloscopie complète de diagnostic. Par ailleurs, si vous ne présentez pas de facteurs de risque, mais que vous avez entre 50 et 75 ans, vous devriez vous assurer de faire un dépistage du CCR, soit par l'analyse de sang dans les selles, soit par une sigmoïdoscopie, une coloscopie virtuelle ou une coloscopie optique. Ce geste pourrait vous sauver la vie et, qui sait, sauver celle des membres de votre famille.

La recherche clinique en oncologie





Pierre Dubé, MD



La recherche clinique en oncologie

Par Pierre Dubé, MD, Cathy Valois, Inf et Sophie Pérona, Inf

Je suis en traitement pour un cancer colorectal, et on m'a proposé de participer à un essai clinique en me disant que ça pourrait être bon pour moi. Devrais-je y participer? Avant de décider de participer à un essai clinique, il faut d'abord bien comprendre ce que c'est et ensuite, décider si l'essai clinique qui nous est proposé nous convient.

Il existe différents types d'essais cliniques, que l'on appelle des phases. Ils sont divisés en essais de phase I, phase II, phase III et phase IV. Le type d'essai clinique le plus fréquemment proposé aux patients est l'essai clinique de phase III. Avec ce type d'essai clinique, on compare une nouvelle approche thérapeutique (qu'on appelle « bras à l'étude ») au meilleur traitement standard reconnu en dehors des essais cliniques (qu'on appelle « bras contrôle »). Pour être accepté par les organismes réglementaires, les comités d'éthique et les médecins qui vous proposeront un essai clinique de phase III, le bras à l'étude doit répondre à trois critères bien précis :

1. Il doit être considéré comme étant au moins aussi bon que le bras contrôle (le traitement standard en dehors des études).
2. Il ne doit pas présenter de risques indus pour le patient qui va accepter de participer à l'étude.
3. Il doit être raisonnable de penser que les patients soumis au bras à l'étude pourraient éventuellement tirer profit de l'approche thérapeutique testée.

Par contre, il faut bien comprendre que, si on fait une étude de phase III, c'est qu'on ne sait pas encore si l'approche thérapeutique étudiée sera plus efficace que le traitement standard reconnu. C'est donc la raison qui justifie l'étude et la participation du patient à cette étude. Les études de phase III visent donc à évaluer si les nouvelles approches thérapeutiques sont plus efficaces que les traitements standards reconnus, tout en veillant à réduire au minimum les risques qu'encourt un patient qui choisirait de participer à une étude.



Pour éviter les biais (attitude favorable ou défavorable envers une hypothèse qui n'a pas été démontrée et qui empêche un individu d'évaluer correctement les preuves), ni le patient qui participe à une étude de phase III ni son médecin ne sauront si le traitement étudié est vraiment administré au patient, ou si celui-ci reçoit seulement le traitement standard auquel on le compare. S'il est visé par le bras à l'étude, le patient recevra le meilleur traitement standard reconnu en plus du traitement à l'étude. S'il est dans le groupe de contrôle, le patient recevra aussi le meilleur traitement standard reconnu mais, au lieu du traitement à l'étude, il recevra un traitement placebo, si c'est possible d'en concevoir un – ce qui est habituellement le cas.

Ce qu'il est important de savoir, c'est que ni le médecin ni le patient ne peut décider à quel bras sera assigné le patient qui participe à une étude de phase III. Le bras de l'étude qui sera attribué au patient se fait au hasard. Rien ni personne ne peut influencer ce choix, qui est habituellement effectué par un ordinateur. Il existe d'autres types d'études cliniques.

Les études de phase II ont deux objectifs. D'abord, elles servent à évaluer si une approche thérapeutique semble efficace pour un problème de santé donné; ensuite, elles servent à déterminer plus en détail la tolérance et les effets secondaires d'une nouvelle approche thérapeutique. Dans ce type d'étude, il n'y a habituellement qu'un seul bras, qui est le bras contenant le traitement à l'étude. On dira le plus souvent de ces études que ce sont des études de faisabilité, et elles seront proposées à un patient si et seulement s'il n'existe pas d'autre traitement efficace connu qui pourrait lui être proposé.

Les études de phase I sont plus complexes. Elles sont réservées à un très petit nombre de patients, et elles servent à déterminer la combinaison thérapeutique qui peut être administrée à des patients. Comme les études de phase II, les études de phase I seront proposées à des patients qui n'ont pas d'autre alternative que de participer à l'étude s'ils souhaitent tenter quelque chose.



Le processus se déroule comme suit : le patient est d'abord pris en charge par une équipe interdisciplinaire qui lui est dédiée. Il n'aura pas de privilège particulier par rapport aux patients qui ne participent pas à un essai clinique, mais l'équipe de recherche agira comme un intermédiaire extrêmement efficace entre le patient et le système de santé. Il se peut en outre que, si le patient fait partie du bras à l'étude, le traitement soit plus efficace sur lui. Dans certains cas, il pourrait même arriver que sa participation à l'étude soit la seule façon d'obtenir un traitement innovateur potentiellement efficace. Finalement, on sait désormais que les patients qui participent à un essai clinique ont plus de chances que les autres de se sentir mieux, probablement parce qu'ils sont suivis de plus près et peut-être aussi à cause de l'effet placebo.

À l'inverse, pour certains patients, il est possible que les études cliniques ne soient pas une bonne option. Par exemple, si le fait de participer à une étude inquiète vraiment le patient, si le patient ne se sent pas à l'aise avec le concept, si le patient ne comprend pas bien la démarche ou s'il juge certaines contraintes liées à l'étude inacceptables, il vaut mieux qu'il ne participe pas à l'étude.

Finalement, si un patient choisit de participer à une étude, même après avoir donné son consentement par écrit, il peut se retirer à tout moment de l'étude s'il le juge à propos.

Ressources et soins de soutien





Ressources et soins de soutien

Nicole Tremblay, conseillère clinicienne en soins infirmiers associée au programme-clientèle d'oncologie

Caroline Provencher, adjointe aux chefs du programme-clientèle d'oncologie

Denis Sirois, travailleur social au programme-clientèle d'oncologie

Robert Langlois, psychologue au programme-clientèle d'oncologie

Louise Compagna, chef clinico-administratif du programme-clientèle d'oncologie

Peu importe notre bagage personnel, le fait de recevoir un diagnostic de cancer colorectal peut nous bouleverser. Apprendre qu'un de nos proches en est atteint cause aussi de la souffrance. Peur, colère et tristesse sont des émotions souvent présentes dans cette situation. Bien que cela soit difficile à imaginer, les émotions heureuses sont aussi là, en arrière-plan. Il ne s'agit ni de cacher sa peine, ni de réprimer sa colère, ni d'éviter de penser à la maladie, mais plutôt de faire face à la réalité. Et la principale ressource dont vous disposez est d'abord vous-même – les forces personnelles sur lesquelles vous pouvez miser. Qu'est-ce qui vous a déjà aidé par le passé à faire face aux aléas de la vie, petits ou grands?

Dans les moments difficiles, il peut être ardu de déterminer ce qui fait notre force. Faites-en part à votre entourage. Que dit-on de bien à votre sujet?

Il y a également le réseau des proches, de la famille, des amis, de la famille élargie, qui veulent aider, mais qui ne savent pas toujours comment. Et il y a nous, les équipes soignantes, l'équipe interprofessionnelle composée de médecins, pharmaciens, infirmières pivots, infirmières, psychologues, travailleurs sociaux, nutritionnistes, stomothérapeutes, physiothérapeutes, etc. Vous n'êtes pas seul, bien que cela puisse être votre sentiment dominant par moments. Les professionnels de l'équipe spécialiste du cancer colorectal sont là pour vous. Mais nous avons besoin de vous pour nous guider.



Les pages suivantes vous invitent à définir vos besoins de soutien et vous proposent des ressources pour y répondre. Tout au long de l'expérience liée au cancer, du diagnostic à la période de survivance, différents besoins psychosociaux peuvent tour à tour se manifester. Pour garantir votre bien-être physique et psychologique, vous devez apprendre à les reconnaître et à les exprimer, et vous efforcer d'y répondre. En définissant vos besoins, vous communiquerez plus facilement avec l'équipe soignante. De plus, ceci orientera nos interventions en matière de soins de soutien. L'une des intervenant(e)s clés est l'infirmière pivot, qui a pour fonction de coordonner les soins, d'évaluer les besoins, d'informer et d'enseigner, ainsi que de soutenir la personne et ses proches.

Ces besoins ont été établis au terme de recherches qui servent de référence aux intervenants en oncologie pour offrir le soutien (Fitch, 1994, cité dans Fitch, 2008). Ce cadre de référence se compose de 7 types de besoins, regroupés en 6 catégories. Il sert d'assise théorique à la « liste canadienne des problèmes ». Cette même liste fait partie d'un outil servant à dépister la détresse émotionnelle des personnes atteintes de cancer.

Dépistage de la détresse

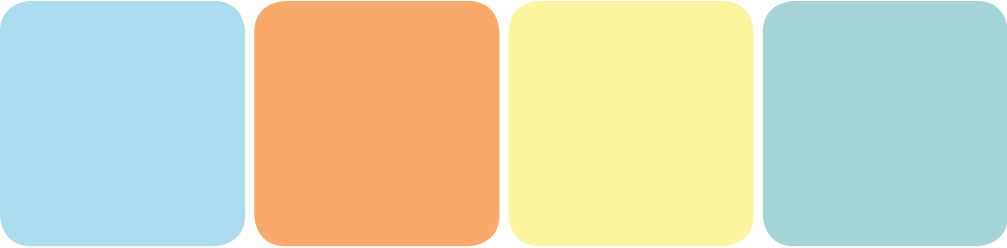
L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, comme d'autres centres de traitement du cancer, forme ses professionnels au dépistage systématique de la détresse des personnes atteintes de la maladie à des moments clés de la trajectoire. Voici certains de ces moments critiques : l'attente d'un diagnostic lorsqu'on soupçonne la maladie, la période entourant le diagnostic, pendant les traitements, après les traitements ou durant la phase de survie, lors d'une rechute, pendant la phase palliative et les derniers moments de la vie, ainsi que le moment du deuil pour la famille. On reconnaît qu'il peut exister durant ces périodes une certaine vulnérabilité émotionnelle.

Le dépistage peut vous être proposé par un membre de l'équipe soignante. Il constitue un point de départ de l'évaluation de vos besoins psychosociaux. Mais, dépistage ou non, l'évaluation de vos besoins est utile. À cet égard, vous êtes (avec vos proches), le capitaine qu'il nous faut consulter pour choisir le bon cap.

Besoins pratiques

Besoin d'aide directe en vue d'accomplir une tâche ou une activité particulière, ce qui impose moins d'exigences à la personne.

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Travail/études | <input type="checkbox"/> Finances |
| <input type="checkbox"/> Se rendre au rendez-vous | <input type="checkbox"/> Logement |



Pour les besoins d'ordre pratique, l'équipe soignante et le travailleur social sont les professionnels les plus susceptibles de vous renseigner sur les services disponibles. Le travailleur social peut guider vos démarches auprès d'un employeur, auprès d'assureurs, ou auprès d'un organisme bénévole ou communautaire. Dans tous les cas, votre participation ou celle d'un proche est indispensable. Parmi les autres besoins d'ordre pratique, on retrouve la préparation de son congé de maladie ou de son retour au travail. Cela exigera de vous des efforts, alors que vous ressentez encore probablement une certaine fatigue.

Comment préparer son absence ou son retour?

Renseignez-vous dès que possible sur les démarches à accomplir auprès de l'employeur/de l'école.

Déterminez les impacts sur le revenu/les études et les stratégies pour y faire face. Refaites le budget.

Discutez avec au moins un collègue ou l'employeur de la façon dont vous souhaiteriez qu'on aborde le sujet de votre santé avec vous. Les gens peuvent être mal à l'aise. Si on vous guide sur la conduite à adopter, ce sera plus facile pour vous.

Lors d'un retour au travail, ou aux études, déterminez les tâches liées au travail que vous pourriez avoir le plus de mal à accomplir. Envisagez des options et proposez-les aux responsables. Discutez-en, si c'est possible ou approprié, avec votre employeur ou un responsable pédagogique avant votre retour. L'aménagement des conditions et du poste de travail est possible et autorisé par la loi. Des dispositifs permettent, par exemple, une reprise du travail progressive, des aménagements de poste ou une mutation vers un autre poste sans pénalité financière.

Certaines personnes envisageront une réorientation professionnelle suite à un cancer. Sachez que des spécialistes du marché de l'emploi peuvent vous aider. Divers outils sont aussi accessibles sur le Web.

Pour certains, le plus difficile pour un retour au travail semble de devoir composer avec la fatigue, qui peut persister encore plusieurs mois après la fin des traitements. À cet effet, consultez la section sur la fatigue à la page 95. D'autres sont habités par l'anxiété, les troubles du sommeil et les sentiments dépressifs. Nous vous invitons à consulter la section sur la gestion du stress à la page 65.



Hébergement

- Société canadienne du cancer (pendant la durée des traitements de radiothérapie et de chimiothérapie pour les patients qui vivent à l'extérieur de Montréal)
- Fondation Québécoise du cancer (idem)
- Gîtes privés situés près d'HMR (pour les proches du patient pendant les traitements en externe ou l'hospitalisation)
- Conseillers en hébergement, en prévision d'une relocalisation vers une résidence privée avec services
- Convalescence au niveau privé (conseiller en hébergement ou aiguillage direct vers des ressources privées)
- Référence directe ou, par le biais des conseillers en hébergement, aiguillage vers des ressources de type familial

Aide aux activités de la vie quotidienne et domestiques

- Fondation Jacques Bouchard (prêt de matériel : chaise d'aisance, marchette, bracelet de sécurité; préposés aux soins, répit à la famille)
- CLSC
- Agences privées
- Entreprises d'économie sociale

Transport

- Société canadienne du cancer (aide financière)
- Organismes communautaires financés qui participent au transport bénévole aux fins médicales (selon la liste de l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal)
- Transport adapté offert par la Société de transport de Montréal (STM) et autres municipalités
- Taxi (pour les patients bénéficiaires de la sécurité du revenu)

Aide financière

- Cancer Recovery Foundation of Canada (s'adresse aux personnes atteintes de cancer et dont la situation financière s'avère très précaire – paiement de factures)
- Société canadienne du cancer (aide financière au transport et don de matériel médical pour les patients à faible revenu)

- 
- Appel à certaines communautés, selon l'éthnicité du patient, pour des activités de financement privées (principalement auprès des lieux de culte)

Aide matérielle et alimentaire

- Référence au répertoire des services communautaires du grand Montréal (Jeunesse au soleil, Société de Saint-Vincent-de-Paul)
- Référence au répertoire de ressources alimentaires pour personnes à faible revenu du grand Montréal (multiples ressources d'aide alimentaire selon le lieu de résidence du patient)

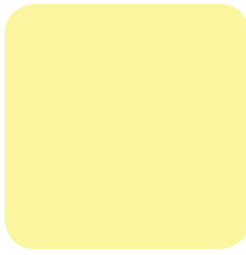
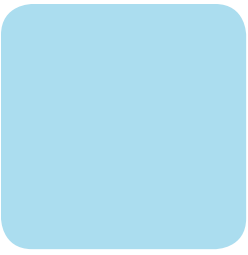
Besoins d'ordre social / familial

Besoins liés aux relations familiales, à l'acceptation sociale et à l'implication active dans des relations

- Se sentir comme un fardeau
- Préoccupations envers la famille / les amis / les enfants
- Se sentir seul(e)

Parmi les facteurs entravant l'adaptation à la maladie, on rapporte souvent l'absence de soutien social. Inversement, le fait de se sentir soutenu par sa famille et ses proches facilite très souvent l'adaptation. Le fait de demander de l'aide peut être perçu pour plusieurs comme un signe de faiblesse ou de manque. À ce stade-ci, si nous prenons conscience de nos pensées et de nos comportements relatifs à la demande ou à l'obtention d'aide, cela peut nous révéler certaines choses sur nous-mêmes. Les questions suivantes peuvent vous aider à voir plus clair :

- Suis-je capable de demander de l'aide?
- Est-ce que j'hésite à le faire et pourquoi?
- De quoi ai-je besoin?
- Ai-je besoin, dans cette situation précise, d'une aide pratique ou d'être écouté sans être conseillé? Qui peut m'aider?
- Si quelqu'un le fait à ma place, est-ce que cela doit être fait exactement comme je le ferais?
- Est-ce que j'ai peur de déranger? Pourquoi?
- Est-ce que je me définis comme quelqu'un de très autonome?



Si vous avez de la difficulté avec ce type de besoins, vous devrez peut-être en discuter avec l'équipe soignante.

Groupes d'entraide ou de soutien

- Société canadienne du Cancer
5151, boulevard de l'Assomption
Montréal (Québec) H1T 4A9
Tél. : (514) 255-5151
- Fondation canadienne des maladies inflammatoires de l'intestin
3767, boulevard Thimens, Bureau 223
Saint-Laurent (Québec) H4R 1W4
Tél. : (514) 342-0666
1 800 461-4683
- Association canadienne des personnes stomisées (ACPS)
344, Bloor St. West, Bureau 501
Toronto (Ontario) M5S 3A7
Tél. : (416) 595-5452
1 888 969-9698
- Association canadienne du cancer colorectal (ACCC)
1350, rue Sherbrooke Ouest, Bureau 300
Montréal (Québec) H3G 1J1
Tél. : (514) 875-7745
1 877 50-COLON
- Fondation québécoise du cancer
2075, rue de Champlain,
Montréal (Québec) H2L 2T1
Tél. : (514) 527-2194
1 877 336-4443
- Cancer Recovery Foundation of Canada
107-16 Esna Park Drive
Markham, ON L3R 5X1
Tel.: 905-477-7743
1-866-753-0303
info@cancerrecovery.ca



Besoins d'ordre émotionnel et psychologique

Besoin d'être à l'aise, d'éprouver un sentiment d'appartenance, d'être compris et d'être rassuré durant les périodes de stress et de bouleversement. Besoins liés à la capacité de composer avec l'expérience de la maladie et ses conséquences, notamment le besoin d'éprouver un contrôle de soi optimal et une estime de soi positive.

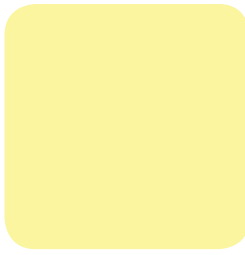
- Peurs / inquiétudes
- Tristesse
- Colère / frustration
- Adaptation à la maladie
- Changement d'apparence
- Intimité / sexualité
- Perte d'intérêt face aux activités habituelles

Lorsque des pensées et des émotions négatives nous envahissent, une tendance naturelle nous pousse à vouloir les chasser. Personne n'aime la souffrance. De plus, les personnes touchées par le cancer entendent souvent qu'il est important de demeurer optimiste ou de nourrir des pensées positives. Or, non seulement ce n'est pas toujours possible, mais c'est à vrai dire impossible. Face à une situation difficile, il importe plutôt d'être en contact avec nos vraies émotions. Ceci permet de les apprivoiser, de pouvoir les exprimer pour qu'après, on soit mieux placé pour les gérer ou les mettre de côté. Sans cela, ces émotions peuvent s'amplifier et envahir le quotidien. En fait, les personnes qui évitent systématiquement les émotions douloureuses connaissent peut-être, à court terme, un soulagement de leur souffrance. Toutefois, à plus long terme, leur anxiété aura tendance à s'aggraver. Si vous avez de la difficulté avec ce type de besoins, vous devrez peut-être en discuter avec l'équipe soignante. Les stratégies de réduction du stress sont utiles; nous vous invitons à nouveau à consulter la section qui traite de ce sujet.

En plus des ressources identifiées à la section précédente, voici d'autres ressources.

Ressources pour personnes stomisées au Québec

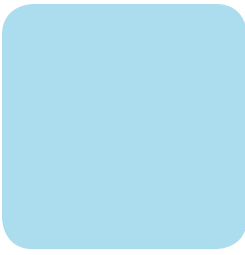
- Regroupement professionnel des sexologues du Québec
4126, rue St-Denis, Bureau 300
Montréal (Québec) H2W 2M5
Tél. : 438-386-6777
1-855-386-6777
<http://ospq.org>



- Association québécoise des personnes stomisées (AQPS)
949, rue Pierre Lacroix
Montréal (Québec) H1B 3C7
Courriel : info@aqps.org
- Association d'iléostomie et de colostomie de Montréal
5151, boulevard de l'Assomption
Montréal (Québec) H1T 4A9
Boîte vocale : (514) 255-3041
- Association des stomisés de la Mauricie (Centre de stomies de la Mauricie)
C.P. 1492
Trois-Rivières (Québec) G9A 5L6
Tél. : (819) 378-4204
- Association des personnes stomisées de l'Estrie inc.
C.P. 661
Sherbrooke (Québec) J1H 5K5
Boîte vocale : (819) 564-6052

[Vous pouvez obtenir les coordonnées des associations suivantes et/ou d'une personne bénévole par l'entremise du CLSC de votre région.](#)

- Association des personnes stomisés du Saguenay-Lac-Saint-Jean
305, rue Saint-Valier, # 23
Chicoutimi (Québec) G7H 5H6
- Association des stomisés du Richelieu-Yamaska
C.P. 183
Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7B4
- Regroupement des stomisés de Québec-Lévis inc.
3632, rue des Opales
Lévis (Québec) G6W 8C2
- Association des stomisés du Grand-Portage
C.P. 1622
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 4M2
- Regroupement des stomisés de la région de Matane Grosses-Roches
188, route 132 Ouest
Grosses-Roches (Québec) G0J 1K0



De plus, de nombreux livres qui s'adressent aux personnes atteintes de cancer peuvent vous être utiles. En voici un que nous suggérons particulièrement pour les difficultés d'ordre émotionnel :

Josée Savard (2010). *Faire face au cancer avec la pensée réaliste*, Éditions Flammarion, Québec.

Besoins d'ordre spirituel

Besoins liés à la signification de la vie et à la raison d'être.

- Me questionner sur le sens ou le but de ma vie
- Me sentir ébranlé(e) dans mes croyances
- Me questionner dans ma relation avec Dieu

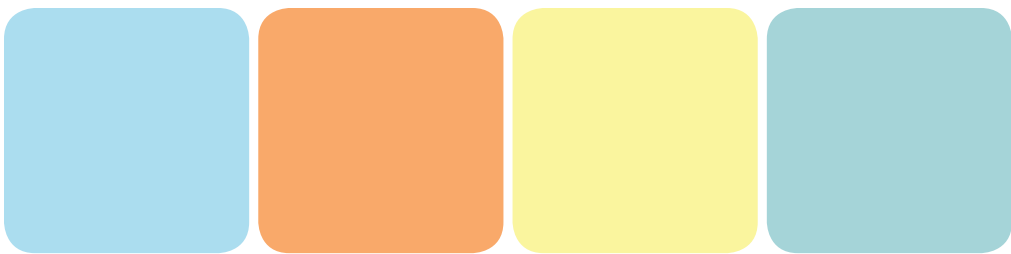
Les valeurs sont souvent touchées quand on reçoit un diagnostic de cancer. Des questions d'ordre existentiel sont fréquentes et, lorsqu'elles sont vécues de manière intense, une discussion avec un intervenant spirituel peut être utile. La majorité des centres de traitement du cancer offrent ce type de service. Informez-vous.

Besoin d'information

Besoins d'information en vue d'atténuer la confusion, l'anxiété et la peur, d'éclairer la prise de décisions de la personne et de la famille, et enfin, de favoriser l'acquisition d'habiletés.

- Comprendre la maladie et les traitements
- Communiquer avec l'équipe soignante
- Prendre une décision face aux traitements
- Connaître les ressources disponibles

L'information est une clé donnant accès à un plus grand sentiment de contrôle sur la situation. Elle permet aussi de faire des choix plus éclairés en matière de soins. Votre centre hospitalier est souvent le meilleur endroit pour obtenir une information adaptée à votre situation. L'Internet est très souvent utilisé par les personnes atteintes de cancer du côlon et du rectum. Cependant, divers résultats d'étude indiquent que la fiabilité et la qualité des renseignements sont très variables. Par conséquent, nous vous suggérons d'être épaulés dans vos démarches. Le Centre d'information pour l'utilisateur et ses proches (CIUP) de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, ainsi que le Service d'information sur le cancer de la Société Canadienne du cancer, peuvent vous fournir de l'aide. Leurs coordonnées sont à la page suivante.



Information

Centre d'information pour l'utilisateur et ses proches

Téléphone : (514) 252-3463

<http://biblio.hmr.qc.ca/ciup.htm>

Service d'information sur le cancer (Société canadienne du cancer)

Téléphone : 1 888 939-3333

www.cancer.ca

La communication avec l'équipe de soins constitue souvent un besoin prioritaire à toutes les étapes de la trajectoire de la maladie pour la personne touchée par le cancer. Les points suivants peuvent vous être utiles à cet égard.

Communiquer efficacement avec son équipe soignante

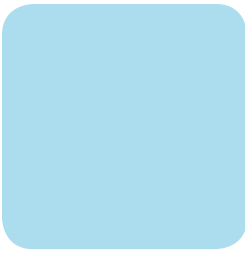
Décidez du type de conversation que vous voulez avoir :

- vous voulez obtenir de l'information;
- vous voulez donner de l'information;
- vous voulez obtenir certains services;
- vous voulez être soutenu.

Pour communiquer encore plus efficacement avec son équipe soignante

- Envisager une conversation téléphonique;
- Être précis (il peut être utile d'inscrire des points de repère sur une fiche);
- S'attendre à un certain degré d'incertitude (la médecine ne peut tout résoudre);
- Demeurer à jour;
- Prendre du recul en cas d'insatisfaction;
- Féliciter les gens pour leurs bons coups.

Si vous désirez obtenir de l'information, nous vous suggérons de préparer vos questions, de les lister par ordre d'importance et de venir accompagné. Annoncez que vous avez des questions et que vous comptez sur la personne pour vous répondre.



Besoins d'ordre physique

Besoin de jouir d'un confort physique et de ne plus ressentir de douleur, d'une alimentation optimale et de pouvoir s'acquitter de ses fonctions quotidiennes habituelles.

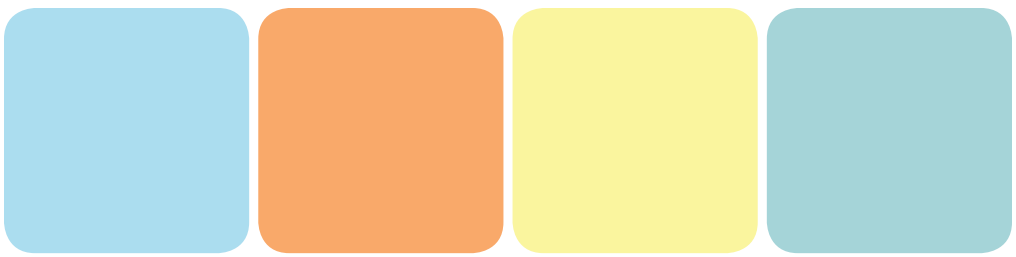
- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Concentration / mémoire | <input type="checkbox"/> Nausées |
| <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Mal-être | <input type="checkbox"/> Essoufflement |
| <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Modification de l'appétit | <input type="checkbox"/> Sommeil / Somnolence |
| <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Constipation ou diarrhée | <input type="checkbox"/> Poids |

La fatigue est le symptôme le plus souvent ressenti à divers moments de la trajectoire de la maladie. La fatigue liée au cancer est généralement définie comme une sensation d'épuisement qui est persistante, sans rapport avec l'activité ou l'effort, et que le sommeil ou le repos ne permettent pas de soulager (NCI, 2010, cité dans Howell et collaborateurs, 2011). Lorsque la fatigue est intense, elle limite le fonctionnement et contribue à la détresse.

Voici des symptômes typiques de la fatigue liée au cancer :

- Sensation de manque d'énergie ou d'épuisement disproportionnée par rapport à l'activité récente
- Détérioration du fonctionnement dans d'importantes sphères d'activités (tâches domestiques, travail, vie sociale, etc.)
- Baisse de concentration ou d'attention
- Détresse importante ou perturbation de l'humeur en lien avec la fatigue (p. ex. tristesse, frustration, irritabilité)
- Difficultés de sommeil (insomnie ou hypersomnie)
- Baisse de motivation ou d'intérêt pour les activités habituelles ou diminution de la qualité de vie
- Sommeil perçu comme étant non réparateur ou non reposant

Dans le cas d'une fatigue égale ou supérieure à 4 sur une échelle de 0 à 10, 0 désignant l'absence de fatigue et 10, la fatigue insupportable, il convient de procéder à une évaluation ciblée de la fatigue. C'est pourquoi nous vous invitons à discuter de votre niveau de fatigue avec votre infirmière pivot, votre infirmière ressource ou votre médecin. Les interventions à la page suivante sont celles qui ont démontré le plus de résultats à ce jour pour réduire la fatigue.



- Correction des facteurs de nature médicale qui contribuent à la fatigue.
- Autosurveillance de la fatigue. Permet d'identifier le profil de la fatigue (apparition, intensité, durée, changement au fil du temps, etc.).
- Stratégies de conservation de l'énergie (établir les priorités, espacer les activités, déléguer les tâches moins importantes, équilibrer les périodes de repos et d'activités afin de donner préséance aux activités prioritaires).
- Distractions (jeux, musique, lecture, etc.).
- Activité physique sauf si contre-indication. Celle-ci doit être d'intensité modérée (On doit être capable de parler en faisant l'activité, mais pas de chanter). La marche rapide et le vélo sont des exemples. La cible est de 30 minutes par jour, 5 jours par semaine, selon la tolérance. Débuter par de plus courtes périodes si le fonctionnement quotidien a été réduit de beaucoup.
- Stratégies de réduction du stress (voir la section sur la gestion du stress).
- Activités de rétablissement de l'attention (activités de plein air, contact avec la nature).
- Mesures visant à favoriser un meilleur sommeil (voir le dépliant sur le sommeil).
- Consultation d'un nutritionniste.

Encore une fois, nous vous invitons à signaler à un membre de l'équipe soignante tout symptôme que vous évaluez à 4 et plus sur une échelle allant de 0 à 10. Zéro désignant l'absence du symptôme et 10, le symptôme perçu comme étant insupportable. L'équipe pourra procéder à une évaluation plus ciblée et cherchera avec vous des solutions. Nous vous invitons à utiliser le passeport en oncologie, qui vous a sans doute été remis en début de traitement. Celui-ci contient une section qui vous permet de faire le suivi de vos symptômes. Vous pouvez aussi l'imprimer en le téléchargeant à l'adresse suivante.

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-902-01F.pdf>

Nous espérons que ces renseignements vous auront été utiles.



PRINCIPALES RÉFÉRENCES

Partenariat Canadien Contre le Cancer (PCCC). Dépistage de la détresse, le 6^e signe vital : guide d'adoption de pratiques exemplaires pour des soins centrés sur la personne, septembre 2012. Page consultée le 10 avril 2014 à l'adresse http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/guide_implement_sfd_fr.pdf

Rapport du comité d'oncologie psychosociale. Vers des soins centrés sur la personne. Mars 2011. Direction de la lutte contre le cancer. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-902-05F.pdf>.

Fitch, M. Cadre des soins de soutien. *Revue canadienne de soins infirmiers en Oncologie*, 2008, 18(1): p. 15-24.

Fitch, M., Howell, D. et McLeod, D. Dépistage de la détresse : l'intervention est une fonction essentielle des infirmières en oncologie, *Revue canadienne des soins infirmiers en oncologie*, doi:10.5737/1181912x2212130, 2012.

Howell, D., Currie, S., Mayo, S., et al. *Guide pancanadien de pratique clinique : Évaluation des besoins en soins psychosociaux du patient adulte atteint de cancer*, Toronto, Partenariat canadien contre le cancer (groupe d'action pour l'expérience globale du cancer) et Association canadienne d'oncologie psychosociale, mai 2009.

Howell D, Keller-Olaman S, Oliver TK, et al. au nom du groupe consultatif sur l'expérience globale du cancer du Partenariat canadien contre le cancer. *Guide pancanadien de pratique clinique : dépistage, évaluation et prise en charge de la fatigue liée au cancer chez l'adulte*, Toronto, Partenariat canadien contre le cancer (groupe consultatif sur l'expérience globale du cancer) et Association canadienne d'oncologie psychosociale, février 2011.

La Fondation HMR

Grande partenaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) depuis 1978, la Fondation HMR soutient le développement de l'Hôpital pour mieux répondre aux besoins des patients. Avec une volonté affirmée de faire la différence, la Fondation appuie les projets visant l'amélioration constante des soins, le développement de l'enseignement et la croissance de la recherche.

Aujourd'hui, devant le nombre croissant de diagnostics de cancer et compte tenu des prévisions pour l'avenir, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a décidé

de construire un Centre intégré de cancérologie. Dans ce lieu humain, accueillant, lumineux et propice au bien-être, les équipes de soins de l'HMR pourront offrir un réel environnement adapté aux patients et à leurs proches. Ce projet essentiel pour vous, est primordial pour bonifier les soins dans notre hôpital.

Voire appui fera de vous un partenaire de ce grand projet!

Chaque geste compte!



FAIRE UN DON

Oui, je donne pour soutenir le Centre intégré de cancérologie et sauver des vies!

Nom _____ app. _____
Adresse _____
Ville _____ Province _____
Code postal _____ Téléphone _____
Courriel _____

Voici mon don de : 25 \$ 50 \$ 75 \$ 100 \$ ou \$ _____

Je joins un chèque à l'ordre de la Fondation HMR.

Je préfère donner par carte de crédit :  

_____ Date d'expiration _____
N° de la carte _____

_____ Signature _____
Titulaire de la carte _____

- Please send future correspondence in English.
 Je désire de l'information sur les dons planifiés.
 Je désire que mon nom ne soit pas publié comme donateur.

Don en ligne :
www.fondationhmr.ca

La Fondation HMR s'engage auprès de ses donateurs à garder confidentiels tous les renseignements les concernant. Sa liste de donateurs n'est jamais louée ou vendue à d'autres organisations. Un reçu fiscal est envoyé pour tout don de 15 \$ et plus. N° d'enregistrement : 107391757RR0001

HMR Fondation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont
FondationHMR.ca

5345, boulevard de l'Assomption, bureau 270, Montréal (Québec) H1T 4B3
Téléphone : 514 252-3435

CICF

merci!



Ce projet a été réalisé par l'équipe multidisciplinaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et a été rendu possible grâce au financement de Bristol-Myers Squibb Canada.

Ce guide est disponible dans la section Publications du site www.maisonneuve-rosemont.org

Hôpital Maisonneuve-Rosemont
5415, boulevard de l'Assomption
Montréal (Québec) H1T 2M4

Mise en page réalisée par Small Dog Communications

@ Hôpital Maisonneuve-Rosemont, 2015