

SEPTEMBRE 2020

CANCER INFO

GUIDES PATIENTS

LES TRAITEMENTS DES CANCERS DU PANCRÉAS

L'Institut national du cancer (INCa) est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.



Ce guide a été publié avec le soutien financier de la Ligue contre le cancer.

Ce document doit être cité comme suit : © Les traitements des cancers du pancréas, collection Guides patients Cancer info, INCa, septembre 2020.

Du fait de la détention, par des tiers, de droits de propriété intellectuelle, toute reproduction intégrale ou partielle, traduction, adaptation des contenus provenant de ce document (à l'exception des cas prévus par l'article L122-5 du code de la propriété intellectuelle) doit faire l'objet d'une demande préalable et écrite auprès de la direction de la communication de l'INCa.

Ce document est téléchargeable sur e-cancer.fr

Vous avez appris que vous avez un cancer du pancréas. Cette annonce provoque d'importants bouleversements. Elle s'accompagne aussi sans doute de nombreuses questions sur la maladie, sur le traitement et le suivi qui vous sont proposés. **Ce guide est là pour vous apporter des éléments de réponses, vous donner des repères et faciliter vos échanges avec les médecins et les membres de l'équipe soignante.** Il décrit les situations les plus couramment rencontrées. Il n'a pas valeur d'avis médical et ne remplace pas l'échange personnalisé que vous avez avec votre équipe soignante. Les informations proposées peuvent ne pas correspondre précisément à votre situation, qui est unique et connue de vous seul et des médecins qui vous suivent. N'hésitez pas à poser des questions à vos médecins et aux membres de votre équipe soignante. Ce sont vos interlocuteurs privilégiés.

Ce guide peut également être utile à vos proches et les aider à mieux comprendre la période que vous traversez.

QUE CONTIENT CE GUIDE ?

Ce guide concerne les cancers du pancréas exocrines, dont la forme la plus fréquente est l'adénocarcinome* canalaire pancréatique. Il n'aborde pas les formes rares de tumeurs exocrines, les tumeurs endocrines du pancréas et les cancers des voies biliaires.

Concrètement, vous trouverez dans ce guide des explications sur les traitements, leurs buts, leur déroulement et leurs effets indésirables, le suivi après les traitements, le rôle des différents professionnels que vous rencontrez, ainsi que des informations pratiques et des ressources utiles pour vous et vos proches. Il présente en annexe, une description des examens réalisés lors du diagnostic. Enfin, un glossaire définit certains mots que vous entendrez peut-être au cours de vos traitements ; ils sont surlignés dans le texte.

Toutes les informations médicales sont issues des recommandations de bonnes pratiques* en vigueur au moment de la rédaction du guide et ont été validées par des spécialistes du cancer du pancréas.

COMMENT UTILISER CE GUIDE ?

Ce guide vous accompagne à différents moments de votre parcours de soins, en fonction de vos besoins d'information ou des nouvelles questions qui surviennent. Vous pouvez lire les chapitres de ce guide de manière indépendante ou en sélectionnant tout au long de votre parcours de soins, les informations qui vous concernent et vous intéressent.

Vous pouvez retrouver toutes ces informations sur le site de l'Institut national du cancer (e-cancer.fr/patients-et-proches). Le site propose également d'autres informations susceptibles de vous intéresser, notamment le Registre des essais cliniques.

REMARQUE

Afin de ne pas alourdir le texte de ce guide, nous avons employé le masculin comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

QU'EST-CE QU'UN CANCER ?

Les organismes, végétaux ou animaux, sont constitués de minuscules éléments : **les cellules**. Le corps humain est composé de plusieurs milliards de cellules de différents types (cellules de la peau, des os, du sang...). Au cœur des cellules, les gènes contiennent l'information nécessaire à leur fonctionnement et en déterminent un certain nombre de caractéristiques. Chaque cellule naît, se multiplie en donnant naissance à de nouvelles cellules, puis meurt. Les gènes et l'ensemble des informations qu'ils contiennent sont transmis aux nouvelles cellules.

Il arrive que certains gènes présentent des anomalies. Le programme de fonctionnement de la cellule peut alors être dérégulé et celle-ci peut se comporter de façon anormale. Soit ces anomalies sont réparées, soit elles induisent la mort spontanée de la cellule. Mais parfois, il arrive que ces cellules survivent.

Un cancer, c'est cela : une maladie provoquée par une cellule initialement normale dont le programme se dérègle et la transforme. Elle se multiplie et produit des cellules anormales qui prolifèrent de façon anarchique et excessive. Ces cellules dérégulées finissent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne, autrement dit cancéreuse.

Le développement d'un cancer n'est pas limité à l'accumulation d'anomalies dans la cellule. La recherche a révélé que la transformation cellulaire entraîne des modifications des éléments qui entourent la cellule, son microenvironnement. Ces perturbations du microenvironnement cellulaire favorisent à leur tour la transformation de cellules normales en cellules cancéreuses.

Les cellules cancéreuses ont tendance à s'étendre aux **tissus*** voisins et peuvent se détacher de la tumeur. Elles ont la capacité de migrer par les vaisseaux sanguins et les **vaisseaux lymphatiques***, et former d'autres tumeurs à distance, les métastases.

1

UN CANCER DU PANCRÉAS, QU'EST-CE QUE C'EST ?

- 11 Le pancréas
- 16 Le développement d'un cancer du pancréas
- 16 Les facteurs de risque
- 17 Les circonstances de découverte d'un cancer du pancréas
- 18 Le bilan diagnostique

2

LES TRAITEMENTS DES CANCERS DU PANCRÉAS

- 23 Le choix de vos traitements
- 28 Les traitements possibles en fonction de l'étendue du cancer
- 30 Participer à un essai clinique
- 32 Les soins de support

3

LA CHIRURGIE

- 38 Dans quels cas la chirurgie est-elle indiquée ?
- 40 Comment se préparer à l'intervention ?
- 42 Comment accéder à la tumeur ?
- 43 Comment se déroule l'intervention ?
- 46 Que se passe-t-il après l'intervention ?
- 48 Quels sont les effets indésirables et complications possibles ?

4

LES PROTHÈSES BILIAIRES OU DUODÉNALES

- 54 La prothèse biliaire
- 54 La prothèse duodénale
- 56 Comment se déroule l'intervention ?
- 57 Quelles sont les complications possibles ?

5

LA CHIMIOTHÉRAPIE

- 60 Dans quels cas une chimiothérapie est-elle indiquée ?
- 62 Quels sont les médicaments utilisés ?
- 64 Comment se déroule le traitement en pratique ?
- 69 Quels sont les effets indésirables possibles ?

6

LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR

- 88 D'où provient la douleur ?
- 88 Comment soulager la douleur ?
- 90 L'alcoolisation du plexus coeliaque

7

LE SUIVI APRÈS TRAITEMENTS

- 92 Les objectifs du suivi après traitements
- 92 Les examens

8

LES SOINS PALLIATIFS

- 96 Les soins palliatifs, qu'est-ce que c'est ?
- 97 En pratique, comment s'organisent ces soins ?
- 97 Qui participe aux soins palliatifs ?
- 98 Comment trouver une structure de soins palliatifs ?

9

LES PROFESSIONNELS ET LEUR RÔLE

- 99

10

DÉMARCHES SOCIALES ET ADMINISTRATIVES

- 108 Les démarches à effectuer
- 109 L'ALD et la prise en charge de vos soins
- 110 La vie professionnelle pendant les traitements
- 111 Se faire accompagner par un assistant de service social

11

QUESTIONS DE VIE QUOTIDIENNE

- 114 Bénéficier d'un soutien psychologique
- 115 Bénéficier d'une aide pour l'arrêt d'une addiction
- 117 Les aides à domicile
- 118 La vie intime et la sexualité
- 119 Les proches

12

RESSOURCES UTILES

- 122 La plateforme Cancer info
- 124 Les associations et autres ressources
- 125 Les lieux d'information et d'orientation

GLOSSAIRE

127

ANNEXE 1. LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE

136

ANNEXE 2. LES EXAMENS DU BILAN PRÉTHÉRAPEUTIQUE

142

MÉTHODE ET RÉFÉRENCES

143

AUTRES GUIDES DISPONIBLES

146



1

UN CANCER DU PANCRÉAS, QU'EST- CE QUE C'EST ?

ANATOMIE

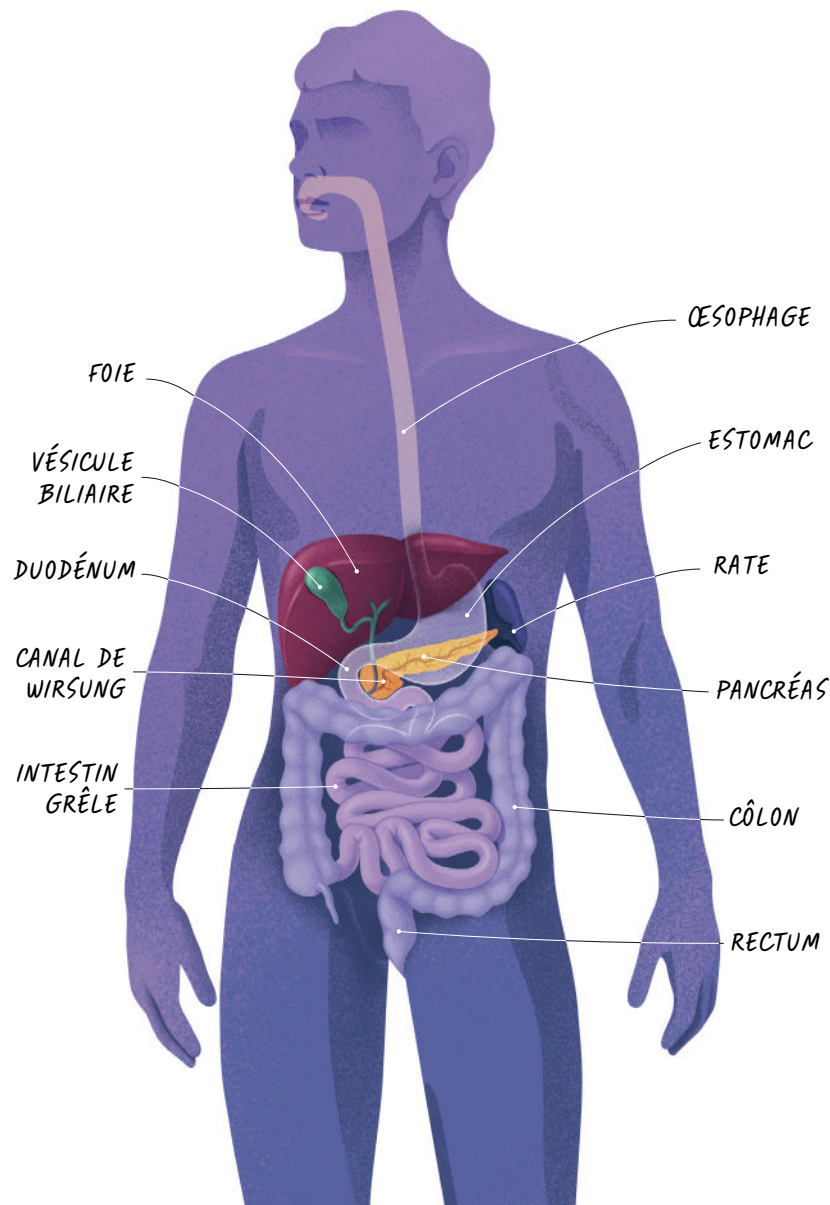
DIAGNOSTIC

FACTEURS DE RISQUE

BILAN

- 11. LE PANCRÉAS
- 16. LE DÉVELOPPEMENT D'UN CANCER DU PANCRÉAS
- 16. LES FACTEURS DE RISQUE
- 17. LES CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE D'UN CANCER DU PANCRÉAS
- 18. LE BILAN DIAGNOSTIQUE

LE PANCRÉAS DANS LE SYSTÈME DIGESTIF



Un cancer du pancréas est une maladie des cellules du pancréas. Il se développe à partir d'une cellule initialement normale qui se transforme et se multiplie de façon anarchique, jusqu'à former une masse appelée tumeur maligne (ou cancer).

LE PANCRÉAS

Le pancréas est une **glande*** du système digestif. Il est situé dans l'abdomen, logé en profondeur derrière l'estomac et dans le cadre formé par la première partie de l'intestin grêle, le **duodénum*** (voir illustration ci-contre). Il se trouve à proximité de vaisseaux sanguins importants : le **tronc coeliaque*** et l'artère mésentérique supérieure qui alimentent en sang oxygéné les organes digestifs, et les **veines mésentériques supérieures*** et porte qui drainent le sang de ces organes en direction du foie.

Le pancréas est un organe allongé qui comporte trois parties : la tête, le corps et la queue. La tête désigne la partie du pancréas en contact direct avec le duodénum qui dessine un cadre dans lequel elle est insérée. Elle se prolonge par le corps, puis la queue du pancréas, à gauche de l'abdomen et à proximité d'un autre organe, la **rate***.

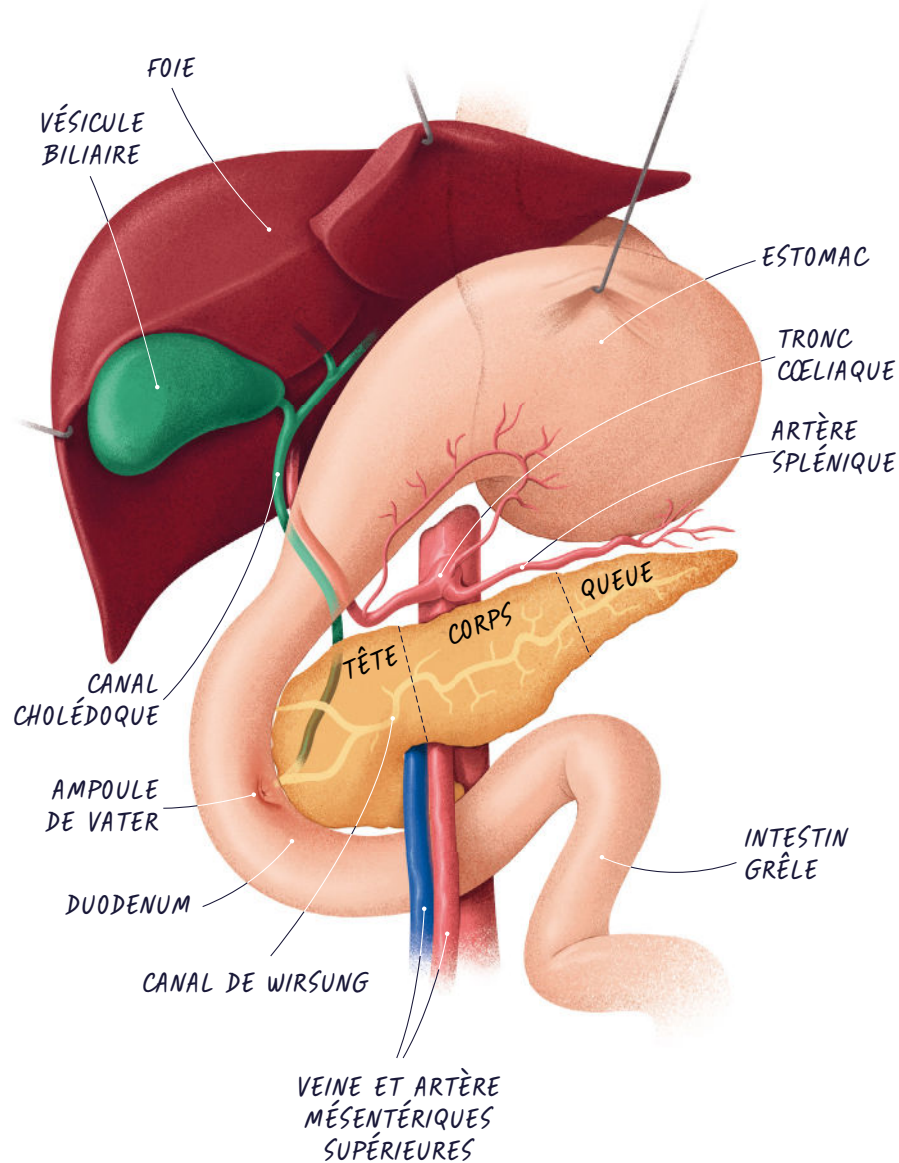
L'intérieur du pancréas est parcouru par un réseau de canaux qui servent à transporter le suc pancréatique, un liquide produit par le pancréas et nécessaire à la digestion, principalement des graisses et des protéines. Ces canaux rejoignent un canal principal qui traverse toute la longueur du pancréas, le canal de Wirsung.

Le canal de Wirsung rejoint le canal cholédoque qui traverse la tête du pancréas et transporte la **bile*** en provenance du foie et de la vésicule biliaire. Le mélange de la bile et du suc pancréatique est ensuite déversé dans le duodénum, par un



14184 nouveaux cas de cancers du pancréas ont été estimés en 2018 en France, dont **51 %** chez les hommes.

L'ANATOMIE DU PANCRÉAS



canal traversant un renflement de l'intestin, l'ampoule de Vater, pour contribuer à la digestion.

Le pancréas possède deux fonctions importantes. Il produit :

- des **hormones***, substances libérées dans le sang qui diffusent dans toutes les parties du corps et agissent sur le développement et le fonctionnement des organes ;
- des **enzymes pancréatiques**, substances contenues dans le suc pancréatique, qui interviennent dans la décomposition et la transformation des aliments en vue de leur digestion.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À L'ÉQUIPE MÉDICALE

- ☐ Où le cancer est-il situé exactement ?
- ☐ Connaît-on son étendue ?
- ☐ Quel est l'impact possible sur ma vie quotidienne ?
- ☐ Quelle est sa gravité ?

Le pancréas endocrine, un régulateur du glucose dans le sang

Une partie de l'organe, le pancréas endocrine, est responsable de la production d'hormones. Seuls 10 % des cellules du pancréas ont pour fonction de produire ces hormones. Il s'agit de cellules très spécialisées, regroupées en îlots appelés îlots de Langerhans, répartis dans tout le pancréas et que l'on peut observer au microscope.

Le pancréas produit notamment des hormones qui régulent la glycémie, c'est-à-dire la quantité de glucose (« sucre ») présent dans le sang. Il s'agit de l'**insuline** qui diminue la glycémie, et du **glucagon** qui l'augmente.

Ces hormones sont fabriquées selon les besoins de l'organisme. Lorsque le corps a besoin d'énergie, le glucagon est

LE GLUCOSE est un type de sucre circulant dans le sang et qui alimente en énergie les cellules de l'organisme.

produit pour augmenter la quantité de glucose dans le sang et alimenter ainsi les muscles, le cerveau et les autres organes. Lorsque la glycémie est élevée, par exemple après un repas, la fabrication d'insuline augmente pour favoriser l'utilisation du glucose.

Le pancréas exocrine, une aide à la digestion

Le pancréas fabrique des substances indispensables à la digestion des aliments: **les enzymes pancréatiques**.

Les enzymes sont produites par certaines cellules du pancréas appelées cellules acineuses. Elles sont ensuite transportées dans le suc pancréatique, qui circule dans les canaux du pancréas (canal de Wirsung) puis se mélange à la bile dans le duodénum puis l'intestin grêle. La bile est sécrétée par le foie puis mise en réserve transitoirement dans la vésicule biliaire, avant d'être versée dans l'intestin par le cholédoque.

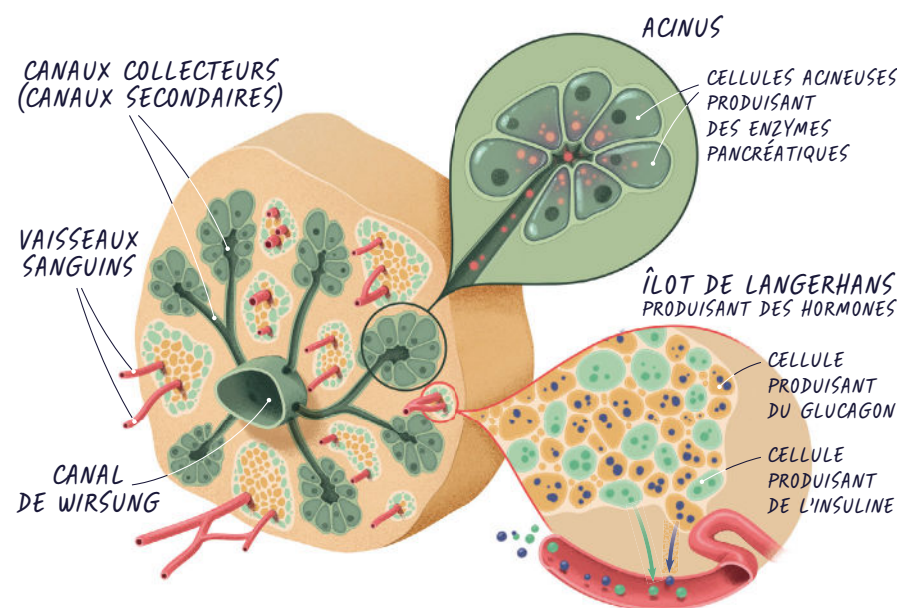
Les enzymes pancréatiques attaquent les aliments ingérés qui cheminent dans le tube digestif. Les aliments sont ainsi digérés et décomposés en de nombreux éléments (sucres, protéines, graisses) qui sont assimilés par l'organisme.

UN ADÉNOCARCINOME

est un type de cancer qui se développe à partir des cellules d'une glande.

On parle de pancréas exocrine pour désigner cette fonction. Les cellules exocrines représentent près de 90 % des cellules du pancréas. La plupart des cancers du pancréas se développent à partir de ce type de cellules, c'est pourquoi on parle de tumeurs exocrines dont la forme la plus fréquente est l'**adénocarcinome canalaire pancréatique**.

COUPE TRANSVERSALE D'UN PANCRÉAS



LES CANCERS RARES DU PANCRÉAS

Ce guide présente uniquement les traitements des adénocarcinomes canaux pancréatiques. Ils représentent 90 % des cancers du pancréas. D'autres formes de cancers du pancréas, rares, existent, notamment les tumeurs neuroendocrines qui se développent à partir des cellules endocrines du pancréas et les cystadénocarcinomes qui sont des évolutions malignes

d'une tumeur bénigne appelée cystadénome mucineux. Les traitements de ces formes rares de cancers ou des tumeurs de l'enfant ne sont pas développés dans ce guide.

Si vous recherchez de l'information sur les cancers rares du pancréas, contactez **Maladies Rares Info Services** au 01 56 53 81 36 (service et appel gratuits).

LE DÉVELOPPEMENT D'UN CANCER DU PANCRÉAS

Lorsqu'un cancer apparaît, les cellules cancéreuses sont d'abord peu nombreuses et limitées à la paroi des canaux pancréatiques. On parle de cancer *in situ*. Avec le temps et si aucun traitement n'est effectué, les cellules cancéreuses se multiplient de façon anarchique pour former une tumeur qui grossit puis envahit le tissu pancréatique, les canaux plus volumineux (canal de Wirsung situé dans le pancréas et canal cholédoque), puis les vaisseaux sanguins situés à proximité. On parle alors de cancer invasif.

Des cellules cancéreuses peuvent également se détacher de la tumeur et emprunter les **vaisseaux lymphatiques*** ou sanguins pour atteindre d'autres parties du corps :

- les **ganglions lymphatiques*** proches ou à distance du pancréas ;
- le foie ou le **péritoine***, plus rarement les poumons et les os.

Les nouvelles tumeurs qui se forment alors à distance s'appellent des métastases.

Au moment du diagnostic, les médecins étudient précisément l'étendue du cancer localement et dans les autres organes afin de vous proposer le ou les traitements les mieux adaptés.

LES FACTEURS DE RISQUE

Un facteur de risque est un élément qui peut favoriser le développement d'un cancer. La présence d'un ou plusieurs facteurs de risque n'entraîne pas systématiquement l'apparition d'un cancer. À l'inverse, un cancer peut aussi parfois se développer sans qu'il soit possible de le relier à un facteur de risque connu. Pour les cancers du pancréas, plusieurs facteurs de risque ont été identifiés.

Certaines habitudes de vie augmentent le risque de développer un cancer du pancréas, notamment la consommation de



LES PRÉDISPOSITIONS GÉNÉTIQUES AUX CANCERS DU PANCRÉAS

Dans certains cas, une altération génétique (aussi appelée variation génétique), héritée d'un parent et présente dès la naissance dans toutes les cellules de l'organisme, peut jouer un rôle dans la survenue d'un cancer. On parle alors de prédisposition génétique au cancer, liée à la présence de ce qu'on appelle « une altération génétique constitutionnelle ».

Si les médecins qui vous suivent suspectent une prédisposition génétique au cancer du pancréas, ils vous adresseront à un oncogénéticien qui procèdera, à l'aide d'un simple prélèvement sanguin, à une analyse constitutionnelle de vos gènes. Pour en savoir plus, vous pouvez consulter les pages dédiées à l'oncogénétique sur e-cancer.fr

tabac. Ce risque est également augmenté chez les personnes présentant une obésité, les personnes atteintes de diabète ou de certaines formes de pancréatite chronique.

Un ou plusieurs antécédents familiaux de cancer du pancréas sont aussi des facteurs de risque. Une consultation d'oncogénétique peut être proposée en cas de forme familiale de cancer appelée CaPaFa (pour « cancers pancréatiques familiaux »).

LES CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE D'UN CANCER DU PANCRÉAS

Les symptômes d'un cancer du pancréas apparaissent le plus souvent tardivement, lorsque la tumeur s'est développée en dehors du pancréas. De plus, les symptômes possibles ne sont pas spécifiques d'un cancer du pancréas et peuvent avoir d'autres causes. C'est pourquoi le cancer du pancréas est souvent diagnostiqué tardivement. Néanmoins, l'apparition d'un cancer du pancréas peut être suspectée devant plusieurs signes dont :

- une perte de poids ;
- une perte d'appétit ;
- des troubles de la digestion ;
- une fatigue inexplicable ;

LE DIABÈTE

est une maladie chronique caractérisée par un excès de glucose dans le sang.

- une faiblesse généralisée ;
- des douleurs abdominales et/ou du dos ;
- une jaunisse (ictère) souvent accompagnée de démangeaisons (prurit).

D'autres maladies peuvent révéler un cancer du pancréas. Ainsi, un cancer du pancréas peut être suspecté dans certains cas de diabète et de pancréatite aiguë.

Le cancer du pancréas peut également être suspecté dans le cadre d'un dépistage chez les patients à risque, c'est-à-dire ceux qui sont atteints de certaines formes de pancréatites chroniques héréditaires et ceux qui font partie d'une famille dite CaPaFa, avec prédisposition génétique identifiée ou non.

Quelles que soient les circonstances de découverte, un certain nombre d'examens doivent être réalisés pour confirmer le diagnostic du cancer du pancréas et en évaluer son degré d'extension. L'ensemble de ces examens constituent le **bilan diagnostique**. Il comporte :

- le **bilan initial** qui a pour objectif de confirmer la présence d'un cancer, de le localiser et de définir de quel type de cancer il s'agit ;
- le **bilan d'extension** qui a pour but de déterminer les modalités de traitement. Il consiste à évaluer l'étendue du cancer, c'est-à-dire à déterminer jusqu'où il s'est propagé et à chercher d'éventuelles métastases.

LE BILAN DIAGNOSTIQUE**Le bilan initial**

Votre médecin procède d'abord à un **examen clinique**. Il vous examine en réalisant notamment une palpation de l'abdomen. Il vous interroge sur vos antécédents médicaux personnels et familiaux, ainsi que sur les symptômes que vous pourriez ressentir (perte de poids et d'appétit, douleurs abdominales ou douleurs ressenties dans le dos, par exemple).

Un **scanner** thoracoabdominopelvien est ensuite systématiquement effectué. Cet examen d'imagerie permet, à l'aide de rayons X, d'obtenir des images du thorax, de l'abdomen (qui contient les organes du système digestif) et de la région pelvienne (vessie...). Le scanner est le principal examen permettant d'évaluer si la tumeur est résécable, c'est-à-dire si elle peut être retirée complètement par chirurgie.

Une **échoendoscopie*** est souvent réalisée. Cet examen permet d'explorer, par les voies naturelles, l'intérieur de l'abdomen à l'aide d'un endoscope, un tube souple équipé d'une caméra et d'une sonde d'échographie*. Il est réalisé par un gastroentérologue, généralement sous anesthésie générale.

Lors de l'échoendoscopie, le médecin prélève des fragments de tissus au niveau de la tumeur du pancréas ; c'est ce qu'on appelle la biopsie.

Ces échantillons sont ensuite analysés pour définir les caractéristiques de la tumeur et confirmer le diagnostic de cancer. C'est l'**examen anatomopathologique**.

Par ailleurs, une **prise de sang** est systématiquement effectuée pour fournir des renseignements sur votre état de santé général.

Le bilan d'extension

D'autres examens peuvent être prescrits pour mieux préciser l'extension du cancer :

- une **IRM*** hépatique qui permet de déterminer si des métastases se sont développées dans le foie ;
- une biopsie, guidée par une échographie, des lésions hépatiques et, plus rarement, de certains ganglions pour déterminer si des métastases sont présentes ;
- un TEP-Scan pour repérer des foyers de cellules cancéreuses dans tout le corps, si le scanner et l'IRM ne permettent pas de conclure de façon formelle sur l'extension tumorale.



En France, en 2018, le cancer du pancréas était le **9^e** cancer le plus fréquent chez l'homme et le **7^e** cancer le plus fréquent chez la femme.

Enfin, avant de commencer les traitements, un bilan préthérapeutique est réalisé, comprenant notamment une évaluation de votre état nutritionnel.

Retrouvez tous les examens du bilan diagnostique page 136



LES TUMEURS BÉNIGNES DU PANCRÉAS

Les tumeurs bénignes ne sont pas des cancers. Ce sont des masses, ou nodules, qui se développent sur le pancréas et qui le plus souvent ne provoquent pas de problèmes de santé. Elles sont rares et représentent environ 2 % des masses suspectes découvertes. Elles ont souvent un contenu liquidien (kystique).

Les formes les plus fréquentes de masses bénignes du pancréas sont le pseudokyste et le cystadénome séreux, qui restent toujours bénins. En revanche, d'autres lésions kystiques doivent être surveillées voire opérées, car elles ont un potentiel de transformation maligne. Il s'agit des tumeurs intracanalaires papillaires et mucineuses (TIPMP) et du cystadénome mucineux.



LES POINTS À RETENIR

1. Le pancréas est une glande qui produit des hormones et des enzymes pancréatiques.
2. L'apparition d'un cancer du pancréas peut être suspectée devant plusieurs signes dont une perte de poids et d'appétit, une faiblesse généralisée, une jaunisse...
3. Pour confirmer le diagnostic du cancer du pancréas et évaluer son degré d'extension, une série d'examens doit être pratiquée. C'est ce qu'on appelle le bilan diagnostique.

2

LES TRAITEMENTS DES CANCERS DU PANCRÉAS

RCP

PPS

SOINS DE SUPPORT

STADES

- 23. LE CHOIX DE VOS TRAITEMENTS
- 28. LES TRAITEMENTS POSSIBLES EN FONCTION DE L'ÉTENDUE DU CANCER
- 30. PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE
- 32. LES SOINS DE SUPPORT

Plusieurs types de traitements sont utilisés pour traiter les cancers du pancréas. Le choix de ceux qui vous sont proposés est effectué par plusieurs médecins lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire.

La chirurgie et la chimiothérapie conventionnelle, parfois associée à une radiothérapie, sont les principaux traitements des cancers du pancréas. Ces traitements peuvent être utilisés seuls ou associés les uns aux autres. Selon les cas, ils ont pour objectifs de :

- supprimer la tumeur* ou les métastases* ou en réduire la taille ;
- ralentir le développement de la tumeur ou des métastases ;
- réduire le risque de récurrence ;
- prévenir et traiter les symptômes et les complications engendrés par la maladie et les traitements pour assurer la meilleure qualité de vie possible.

La chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie sont réalisées au sein d'établissements autorisés à les pratiquer. Ces établissements respectent des critères qui garantissent la qualité et la sécurité de ces traitements. La liste des établissements autorisés par région est disponible sur e-cancer.fr

Dans ce guide sont indiqués uniquement les traitements administrés en première intention, c'est-à-dire après le diagnostic.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À L'ÉQUIPE MÉDICALE

- ☐ Quels sont les traitements préconisés dans ma situation ? Pourquoi ?
- ☐ Quels sont les objectifs de chacun de ces traitements ?
- ☐ Quels en sont les effets indésirables ? Comment les prévenir et les soulager ?
- ☐ Où et quand se déroulent les traitements ? Avec quels médecins et équipes médicales ?
- ☐ Quelle est leur durée ?
- ☐ Comment suis-je suivi pendant les traitements ?
- ☐ Quel est l'impact possible sur ma vie quotidienne ?

LE CHOIX DE VOS TRAITEMENTS

Votre traitement est adapté à votre cas personnel (votre âge, votre état de santé global, vos antécédents médicaux et chirurgicaux, les contre-indications éventuelles à certains traitements) et dépend des caractéristiques du cancer dont vous êtes atteint :

- l'endroit où il est situé sur le pancréas (tête ou corps et queue) ;
- son type histologique, c'est-à-dire le type de cellules impliquées ;
- son stade, c'est-à-dire son degré d'extension (taille de la tumeur, atteinte ou non des vaisseaux, existence éventuelle et importance de l'atteinte des ganglions lymphatiques, présence de métastases dans d'autres parties du corps) ;
- la résectabilité de la tumeur, c'est-à-dire si elle peut être retirée complètement par chirurgie ou non.

Ces caractéristiques sont déterminées grâce au bilan diagnostique qui comprend notamment des examens d'imagerie, comme un scanner, qui peut être complété par d'autres



OPÉRABLE OU RÉSÉCABLE ?

Si le qualificatif « opérable » se rapporte au patient, le terme « résécable » concerne la tumeur. Un patient est dit opérable quand il présente, malgré son cancer, un bon état général qui lui permet d'accéder à une intervention chirurgicale sous anesthésie générale et de supporter les éventuelles

complications de la chirurgie. Une tumeur est dite résécable lorsqu'elle peut être retirée complètement par chirurgie notamment parce qu'elle est accessible, ou parce qu'elle est suffisamment petite et localisée, ou parce que sa résection (encore appelée exérèse ou ablation) ne compromet pas les organes vitaux.

examens tels que l'échoendoscopie associée à la biopsie (voir « Les examens du bilan diagnostique » page 136).

Un bilan préthérapeutique (voir en annexe page 142) est systématiquement effectué pour orienter le choix de vos traitements. Il comprend notamment une évaluation de votre état général et nutritionnel, ainsi qu'un bilan biologique (examen de sang).



QUAND PARLE-T-ON DE DÉNUTRITION ?

La dénutrition est un état de déficit en énergie (calories) et protéines consécutif à un déséquilibre entre apports nutritionnels et énergie dépensée par le corps.

Une personne est généralement considérée comme dénutrie en cas de perte de plus de 5 % de son poids habituel en 1 mois ou de plus de 10 % en 6 mois (si une personne de 60 kilos perd 3 kilos en 1 mois ou 6 kilos en 6 mois, par exemple).

Au cours de la maladie, l'alerte doit être donnée dès que la perte de poids atteint au moins 5 % du poids habituel, quelle que soit sa vitesse d'apparition. Si vous êtes en surpoids, vous êtes aussi à risque de dénutrition, donc vous devez aussi surveiller votre poids.

En cas de dénutrition, des solutions peuvent vous être proposées (voir encadré page 71).

LES CONSÉQUENCES DE LA DÉNUTRITION



Un bon état nutritionnel est indispensable pour le bon déroulement des traitements.

Le choix de vos traitements fait l'objet d'une concertation pluridisciplinaire

Votre situation est discutée au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) qui rassemble au moins trois médecins de spécialités différentes: gastroentérologue, chirurgien, oncologue médical, radiologue, oncologue radiothérapeute, pathologiste... (voir « Les professionnels et leur rôle », page 99).

En tenant compte des spécificités de votre situation et en s'appuyant sur des outils d'aide à la décision appelés **recommandations de bonnes pratiques***, les médecins établissent une proposition de traitements. Ils peuvent aussi vous proposer de participer à un essai clinique (voir page 30).

La proposition de traitements est discutée avec vous

Lors d'une consultation spécifique, la **consultation d'annonce**, le médecin vous explique les caractéristiques de votre maladie. Il vous présente la proposition de traitements retenue, les bénéfices attendus et les effets indésirables possibles. C'est l'occasion pour vous d'en discuter avec lui et de donner votre avis sur la proposition qui vous est faite.

Cette consultation est importante. Il est très utile d'être accompagné par l'un de vos proches ou par la personne de confiance que vous avez choisie (voir l'encadré ci-après). Avant la consultation, notez toutes les questions qui vous viennent en tête et prenez le temps de les poser à votre médecin. Cet échange vous permettra de mieux comprendre et d'intégrer les informations données par le médecin, en particulier celles sur le traitement envisagé avec ses conséquences sur l'organisation de votre vie quotidienne et de prendre avec lui les décisions adaptées à votre situation.

Les modalités de la proposition de traitement sont décrites dans un document appelé **programme personnalisé de soins** (PPS). Il comporte les dates de vos différents traitements, leur durée, ainsi que les coordonnées des membres de l'équipe soignante. Quand vous avez donné votre accord sur la proposition de traitement, le document vous est remis et un exemplaire est transmis à votre médecin traitant, qui est un de vos interlocuteurs privilégiés. N'hésitez pas à le présenter aux infirmiers libéraux et au pharmacien qui vont vous suivre pendant votre parcours de soins. Le programme personnalisé de soins peut évoluer en fonction de votre état de santé et de vos réactions aux traitements.

Le PPS contient également un volet social qui doit permettre de repérer précocement d'éventuelles difficultés et de mettre en œuvre un accompagnement adéquat.

Après cette consultation avec le médecin, une consultation avec un autre membre de l'équipe soignante, le plus sou-

vent un infirmier, vous est proposée ainsi qu'à vos proches. C'est un temps d'accompagnement et d'écoute. Vous pouvez revenir sur les informations qui vous ont été données par le médecin, vous les faire expliquer à nouveau ou poser d'autres questions. L'infirmier évalue avec vous vos besoins en soins et soutiens complémentaires (sur le plan social, psychologique ou nutritionnel, par exemple) et vous oriente si nécessaire vers les professionnels adaptés.

Les médecins et les membres de l'équipe soignante sont là pour vous accompagner. Ce sont vos interlocuteurs privilégiés; n'hésitez pas à leur poser toutes vos questions. Ces échanges contribuent à renforcer le dialogue et la relation de confiance avec l'ensemble de ces professionnels tout au long de votre parcours de soins.



LA PERSONNE DE CONFIANCE ET LES DIRECTIVES ANTICIPÉES: FAIRE CONNAÎTRE VOS CHOIX

La personne de confiance est une personne que vous désignez, par écrit, qui peut vous accompagner lors des entretiens médicaux, vous aider dans vos décisions et être consultée par l'équipe soignante si vous vous trouvez dans l'incapacité de recevoir des informations sur votre état de santé et d'exprimer votre volonté. Elle appartient ou non à votre famille. À tout moment, vous pouvez modifier votre choix.

Par ailleurs, il vous est possible de rédiger seul, ou avec l'aide de votre médecin des directives anticipées. Il s'agit de formuler, à l'avance et par écrit, vos choix en matière de traitements pour le cas où vous

seriez dans l'incapacité de les exprimer. Les directives anticipées permettent de faire prendre en considération vos souhaits en ce qui concerne les conditions de limitation ou l'arrêt d'un traitement. Elles sont modifiables et révocables à tout moment.

Un arrêté du 3 août 2016 (qui peut être consulté sur le site legifrance.gouv.fr) présente deux modèles de directives anticipées, suivant la situation. Vous pouvez en parler avec votre médecin pour qu'il vous conseille dans leur rédaction. Vous pouvez aussi vous rendre sur le site de la Haute Autorité de santé (HAS) qui donne des informations et des conseils pour les rédiger: has-sante.fr.

LES TRAITEMENTS POSSIBLES EN FONCTION DE L'ÉTENDUE DU CANCER

Le choix et l'ordre des traitements des cancers du pancréas sont définis en fonction des caractéristiques du cancer dont vous êtes atteint et en particulier de son stade, c'est-à-dire de son étendue au moment du diagnostic.

Pour déterminer le stade du cancer, les médecins s'appuient sur un système international de stadification, le système TNM (pour *Tumeur*, *Nodes*, *Metastasis*, ce qui signifie tumeur, ganglions, métastases).

Dans ce système, les médecins prennent en compte :

- la taille et le développement de la tumeur vers des vaisseaux sanguins proches du pancréas (T);
- l'atteinte ou non, par des cellules cancéreuses, des ganglions lymphatiques situés à proximité du pancréas (N);
- la présence ou non de métastases dans d'autres parties du corps (M).

Il existe quatre stades différents, numérotés de I à IV :

- les stades I et II correspondent aux cancers limités au pancréas et/ou qui ont atteint peu de ganglions lymphatiques uniquement à proximité du pancréas;
- le stade III correspond aux cancers qui peuvent avoir atteint des vaisseaux sanguins importants proches du pancréas et/ou plusieurs ganglions lymphatiques;
- le stade IV correspond aux cancers qui présentent des métastases à distance.

L'évaluation de l'étendue du cancer détermine notamment si une intervention chirurgicale est réalisable. Les médecins évaluent ainsi la résécabilité de la tumeur pour déterminer le choix des traitements. Une chirurgie n'est possible que si la tumeur est résécable, c'est-à-dire qu'elle peut être retirée complètement lors de l'intervention et si votre état général et vos antécédents vous permettent d'être opérable. Une tumeur est résécable si elle est limitée au pancréas ou, si elle s'est propagée, n'a pas

envahi de vaisseaux sanguins importants comme l'artère mésentérique supérieure*, l'artère hépatique ou le tronc coeliaque.

PRINCIPALES POSSIBILITÉS DE TRAITEMENTS EN FONCTION DE L'ÉTENDUE DU CANCER AU MOMENT DU DIAGNOSTIC

✓ ÉTENDUE DE LA MALADIE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC	✓ POSSIBILITÉS DE TRAITEMENT
Formes localisées (stades I à III)	Tumeur résécable (qui peut être retirée par chirurgie) Si le patient est opérable, la chirurgie est le traitement de référence. Le type d'intervention dépend de la localisation de la tumeur : duodéno pancréatectomie céphalique (DPC) en cas de cancer de la tête du pancréas ; spléno pancréatectomie gauche (SPG) en cas de cancer du corps ou de la queue du pancréas ; très rarement, pancréatectomie totale en cas d'extension tumorale à l'ensemble du pancréas et si votre état de santé le permet. La chirurgie est suivie d'une chimiothérapie conventionnelle dite adjuvante, c'est-à-dire réalisée après le traitement de référence (ici la chirurgie). Le traitement par chimiothérapie est débuté idéalement dans les 12 semaines suivant la chirurgie et dure 6 mois. Tumeur de résécabilité limite (dite borderline) ou localement avancée (non résécable en l'état) Une chimiothérapie conventionnelle dite d'induction peut être proposée, surtout pour les tumeurs « borderline ». Ce traitement vise à rendre possible une intervention chirurgicale dans un second temps pour retirer la tumeur. Une chimiothérapie associée à une radiothérapie (chimioradiothérapie) peut également être proposée après une première chimiothérapie. Tumeur localement avancée (non résécable d'emblée) ou restant non résécable malgré le traitement d'induction Après 3 à 6 mois de chimiothérapie, une radiothérapie est parfois proposée en association avec une chimiothérapie, en traitement dit de clôture. On parle alors de chimioradiothérapie.

Toutes les situations possibles ne sont pas décrites dans ce tableau.
Voir aussi les chapitres 3 et 4.

PRINCIPALES POSSIBILITÉS DE TRAITEMENTS EN FONCTION DE L'ÉTENDUE DU CANCER AU MOMENT DU DIAGNOSTIC

✓ ÉTENDUE DE LA MALADIE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC	✓ POSSIBILITÉS DE TRAITEMENT
Formes métastatiques (stade IV)	Le choix des traitements dépend de votre état de santé général. En l'absence de contre-indication, la chimiothérapie conventionnelle est le traitement de référence. Dans de très rares cas, des métastases peuvent être retirées par chirurgie, uniquement si la chimiothérapie a traité efficacement la maladie. Dans tous les cas, des soins visant à soulager vos symptômes et améliorer votre qualité de vie sont mis en œuvre.

Toutes les situations possibles ne sont pas décrites dans ce tableau.
Voir aussi les chapitres 3 et 4.

PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE

L'équipe médicale peut vous proposer de participer à un essai clinique. Les essais cliniques sont des études scientifiques menées avec la participation des personnes malades. Cela ne peut être fait qu'après votre information et votre accord écrit.

Le cancer du pancréas fait l'objet de nombreuses études qui visent notamment à :

- tester de nouveaux médicaments anticancéreux (notamment de chimiothérapie, d'immunothérapie* ou de thérapie ciblée*);
- évaluer de nouvelles stratégies thérapeutiques associant différents traitements (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, etc.);
- évaluer différentes façons d'utiliser les traitements existants en mettant en place de nouvelles combinaisons de molécules. Le but est notamment d'améliorer l'efficacité des traitements et de réduire leurs effets indésirables;

- étudier des marqueurs qui permettent de prédire les réponses aux traitements;
- évaluer l'impact des soins de support (voir page 32) et des soins palliatifs sur la qualité de vie;
- comparer l'efficacité des médicaments utilisés pour soulager les symptômes (médicaments contre la douleur par exemple).

Chaque essai clinique a un objectif précis. Pour y participer, les patients doivent répondre à un certain nombre de critères d'inclusion et ne doivent également présenter aucun des critères d'exclusion. Ces critères sont spécifiques à chaque essai et fixés dans le protocole de l'essai. C'est le médecin qui vérifie la possibilité que vous puissiez participer ou non.

Les essais cliniques sont indispensables pour faire progresser la recherche et, à terme, la manière dont les patients sont soignés. C'est grâce à ces études que des avancées sont réalisées en matière de traitements contre les cancers. Dans certains cas, un essai clinique peut vous permettre d'accéder à un nouveau traitement en le testant.

Si le traitement administré dans le cadre de l'essai clinique ne vous convient pas, le médecin peut décider d'y mettre fin et vous proposer un autre traitement. À tout moment, vous pouvez également décider de quitter un essai clinique sans que cela ne modifie ni la qualité de vos soins ni votre rapport avec votre médecin.

POUR ALLER PLUS LOIN

Pour connaître les essais cliniques en cours sur les cancers du pancréas, consultez le Registre des essais cliniques sur e-cancer.fr



TABAC ET ALCOOL

L'arrêt du tabac et de l'alcool est très utile notamment pour limiter le risque de complications pendant et après les traitements. Il existe de

nombreux recours pour vous aider; parlez-en avec l'équipe qui vous suit (voir « Bénéficier d'une aide pour l'arrêt d'une addiction » page 115).

LES SOINS DE SUPPORT

Vos soins ne se limitent pas aux traitements spécifiques du cancer. Dans une approche globale, des soins et soutiens complémentaires peuvent être nécessaires pour gérer les conséquences de la maladie et de ses traitements : douleurs, fatigue, troubles nutritionnels (notamment perte d'appétit, nausées, vomissements) ou dénutrition, symptômes digestifs, difficultés psychologiques ou sociales, troubles de la sexualité et de la fertilité, troubles de la mémoire, etc.

Ces soins, appelés soins de support, peuvent être proposés tout au long de votre parcours de soins et visent à maintenir votre qualité de vie. Ils comprennent notamment :

- l'évaluation et la gestion des effets indésirables des différents traitements ;
- l'évaluation et le traitement de la douleur, qu'elle soit due au cancer ou aux traitements du cancer ;
- le traitement de symptômes liés à la maladie et à son évolution éventuelle ;
- l'accès à une consultation diététique en cas de troubles de l'alimentation ou de dénutrition ;
- la possibilité pour vous et vos proches de consulter un psychologue ;
- l'aide à l'arrêt du tabac ou de l'alcool ;
- l'aide au maintien ou à la reprise d'une activité physique adaptée, pendant ou après la maladie ;
- la possibilité de rencontrer un assistant de service social pour vous aider dans vos démarches administratives et financières.

Ces soins peuvent être anticipés et discutés dès la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Ils doivent être listés dans votre programme personnalisé de soins (PPS). Vous pouvez également les demander à tout moment. N'hésitez donc pas à demander la liste des soins de support proposés dans l'établissement de santé dans lequel vous êtes soigné ainsi que les modalités pour y accéder. Ils sont assurés par l'ensemble de l'équipe soignante, par votre médecin généraliste, le pharma-

cien d'officine ou par des professionnels spécialisés : spécialiste de la douleur, assistant de service social, diététicien, sexologue, équipe spécialisée dans la préservation de la fertilité, psychologue, psychiatre, socio-esthéticienne, etc. Ils peuvent se dérouler en établissement de santé (hôpital, clinique) ou en ville.

Les soins de support font partie intégrante de votre parcours de soins. Ils ne sont ni secondaires ni optionnels. En l'absence de perspective de guérison, ils permettent la mise en route de soins palliatifs dans le but d'améliorer la qualité de vie des malades et des familles, en particulier en prévenant et en soulageant la douleur et l'anxiété.

N'hésitez pas à parler à votre médecin et aux autres membres de l'équipe soignante de la façon dont vous vivez la maladie et les traitements. Cela leur permet de vous apporter les soins et soutiens nécessaires, et de vous orienter au mieux vers les professionnels concernés.

Parmi les soins de support, **l'aide à la reprise ou au maintien d'une activité physique adaptée** (APA) permet de lutter contre la sédentarité pendant vos traitements. Lorsque les recommandations décrites dans l'illustration page suivante ne sont pas réalisables, il peut être préférable d'être accompagné. Dans ce cas, un professionnel formé et expérimenté aux spécificités des cancers établit avec vous un programme personnalisé. Votre médecin traitant peut vous prescrire une activité physique adaptée dès lors que vous êtes atteint d'une affection de longue durée (ALD, voir page 109). Cette prescription n'ouvre toutefois pas le droit à un remboursement de votre activité par l'Assurance maladie. Certaines associations proposent une APA gratuite pour les patients atteints d'un cancer ; retrouvez leurs adresses sur le site **e-cancer.fr**



POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez les guides *Douleur et cancer*, *Fatigue et cancer*, *Démarches sociales et cancer*, *Vivre pendant et après un cancer* et le site **e-cancer.fr/patients-et-proches**

QUELLE ACTIVITÉ PHYSIQUE PRATIQUER ?

PRATIQUER UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE RÉGULIÈRE PERMET NOTAMMENT UNE MEILLEURE TOLÉRANCE AUX TRAITEMENTS ET UNE RÉDUCTION DE LA FATIGUE.



ACTIVITÉ CARDIO-RESPIRATOIRE (MARCHE, NATATION OU VÉLO)

- 30 MINUTES PAR JOUR
- 5 JOURS PAR SEMAINE

RENFORCEMENT MUSCULAIRE MODÉRÉ (MONTER DES ESCALIERS)

- 2 FOIS PAR SEMAINE



ASSOUPPLISSEMENTS

- 2 À 3 FOIS PAR SEMAINE



EXERCICES D'ÉQUILIBRE (POUR LES PLUS DE 65 ANS)

- 2 FOIS PAR SEMAINE



QUE PENSER DES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES ?

Homéopathie, naturopathie, plantes, vitamines, acupuncture, massages, ostéopathie, relaxation...

De nombreux patients ont recours à des médecines complémentaires, appelées aussi médecines douces, parallèles, alternatives ou non conventionnelles. Elles peuvent leur apporter un soutien supplémentaire pour mieux supporter la maladie, les traitements et leurs effets indésirables tels que la fatigue, l'anxiété ou la douleur. Ces médecines complémentaires peuvent avoir des effets indésirables ou interagir avec les traitements prescrits par le médecin qui vous suit pour votre cancer.

Ces interactions peuvent notamment diminuer l'efficacité du traitement anticancéreux prescrit par votre médecin. Il est donc très important d'en parler avec lui sans crainte d'être jugé.

Par ailleurs, si les médecines complémentaires peuvent soulager, elles ne remplacent en aucun cas les traitements habituels du cancer. Soyez vigilant si l'on vous propose des méthodes présentées comme plus efficaces que les traitements classiques. Il arrive en effet que des personnes ou des organisations cherchent à profiter de la vulnérabilité des personnes malades et/ou de leur famille en leur proposant des méthodes qui peuvent s'avérer dangereuses, coûteuses et inefficaces. En cas de doute sur des propositions qui vous sont faites, n'hésitez pas à interroger l'équipe médicale spécialisée qui vous suit, votre médecin traitant ou encore votre pharmacien.

Pour plus de précisions, vous pouvez consulter les informations sur la thématique des « traitements miracles » sur le site e-cancer.fr/patients-et-proches



LES POINTS À RETENIR

1. Votre traitement est adapté à votre cas personnel et aux caractéristiques de votre cancer.
2. Votre traitement est discuté et choisi par une équipe de médecins de différentes spécialités lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).
3. Les soins de support font partie intégrante de votre traitement, il ne faut pas les négliger.
4. Les dates de vos différents traitements, leur durée et les coordonnées des membres de l'équipe soignante sont indiquées dans votre programme personnalisé de soins (PPS).

3

LA CHIRURGIE

ANESTHÉSIE

RÉSECTION

CURAGE GANGLIONNAIRE

ANATOMOPATHOLOGIE

- 38. DANS QUELS CAS LA CHIRURGIE EST-ELLE INDIQUÉE ?
- 40. COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?
- 42. COMMENT ACCÉDER À LA TUMEUR ?
- 43. COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?
- 46. QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ?
- 48. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ET COMPLICATIONS POSSIBLES ?

La chirurgie consiste à retirer la partie du pancréas sur laquelle la tumeur s'est développée. Le type de chirurgie dépend de la partie du pancréas où est située la tumeur.

On parle de duodénopancréatectomie céphalique (DPC) pour une intervention sur la tête du pancréas ou de spléno-pancréatectomie gauche (SPG) pour une opération sur le corps ou la queue du pancréas. Très rarement, une pancréatectomie totale peut être effectuée si la tumeur s'est étendue à l'ensemble du pancréas.

Une partie de l'intestin (le duodénum*), de l'estomac, la vésicule biliaire* (au cours d'une DPC) et la rate* (au cours d'une SPG) peuvent également être enlevées pendant l'intervention. L'objectif est de passer plus à distance de la tumeur et des ganglions lymphatiques éventuellement envahis et éviter ainsi une récurrence tumorale sur ces organes.

Un curage ganglionnaire est systématiquement réalisé lors de la résection chirurgicale. Le chirurgien retire les ganglions lymphatiques voisins de la tumeur. Les ganglions sont analysés à l'aide d'un microscope pour déterminer s'ils contiennent ou non des cellules cancéreuses. C'est un facteur pronostique, c'est-à-dire que cela donne une information sur l'évolution probable de la maladie.

DANS QUELS CAS LA CHIRURGIE EST-ELLE INDICQUÉE ?

La chirurgie du pancréas est une chirurgie lourde qui ne peut pas être effectuée pour tous les patients. La localisation de la tumeur primitive, l'extension des cellules cancéreuses à certains ganglions lymphatiques, aux vaisseaux sanguins ou à d'autres organes ainsi que votre état de santé sont les critères

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À L'ÉQUIPE MÉDICALE

- ☐ Comment l'opération se déroule-t-elle ?
- ☐ Quels en sont les risques ?
- ☐ Comment puis-je me préparer au mieux ?
- ☐ Que va-t-il se passer après l'intervention ?
- ☐ Quelles vont être les conséquences de l'opération sur ma vie de tous les jours ?
Comment seront-elles prises en compte ?

qui déterminent si l'opération est le traitement indiqué. Ainsi, la chirurgie est indiquée pour les formes localisées avec une tumeur dite résécable, c'est-à-dire qui peut être complètement retirée par chirurgie, et pour les patients qui présentent un bon état de santé général, donc opérables.

Il existe de nombreux cas pour lesquels la chirurgie n'est pas le traitement indiqué, soit parce que la tumeur n'est pas résécable, soit parce que l'état de santé général est trop altéré :

- lorsque la tumeur s'est développée vers des gros vaisseaux sanguins à proximité du pancréas : en essayant de retirer la totalité de la tumeur, le risque d'endommager un vaisseau et de provoquer une hémorragie ou de dévasculariser* un organe digestif est trop important ;
- lorsque des ganglions situés à distance du pancréas sont envahis par des cellules cancéreuses ou lorsqu'il existe des métastases sur d'autres organes (foie le plus souvent) ;
- lorsqu'un problème de santé important est présent comme une maladie du cœur, des poumons, des reins ou une cirrhose.

Si une intervention chirurgicale n'est pas possible, une chimiothérapie et/ou une chimioradiothérapie peuvent être programmées. Dans certains cas, l'opération est parfois rendue possible dans un second temps, après une chimiothérapie d'induction, souvent suivie d'une chimioradiothérapie (voir page 61).

UNE TUMEUR PRIMITIVE est la tumeur principale à partir de laquelle peuvent s'échapper des cellules cancéreuses pouvant former des métastases dans d'autres parties du corps.

UN ANTI-COAGULANT

est un médicament qui diminue la coagulation (transformation d'une substance liquide en une masse solide) du sang, évitant ainsi la formation de caillots dans les vaisseaux sanguins.

COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?

Deux consultations sont programmées plusieurs jours avant l'intervention, une avec le chirurgien, l'autre avec l'anesthésiste. Un bilan préopératoire doit également être réalisé (voir les examens du bilan préthérapeutique en annexe page 142).

La consultation avec le chirurgien

Le chirurgien vous explique les objectifs de l'opération, la technique qu'il va utiliser, les suites opératoires et les complications possibles. Cette consultation est l'occasion de poser toutes vos questions au sujet de l'intervention.

Lors de cette consultation, le chirurgien vous informe qu'un échantillon de la tumeur peut faire l'objet d'une analyse dans le cadre de la recherche et être conservé après l'opération dans une tumorothèque, une « bibliothèque de tumeurs », en vue de recherches ultérieures. Vous avez le droit de vous y opposer.

La consultation avec l'anesthésiste

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. La consultation avec l'anesthésiste permet d'évaluer les risques liés à l'anesthésie, en prenant en compte vos antécédents médicaux et chirurgicaux.

Il est important de signaler tout problème de santé, notamment les allergies (rhumatisme des foies, eczéma, allergie à certains médicaments, réactions lors d'une précédente opération...), les problèmes respiratoires (asthme, bronchite chronique...), les problèmes de coagulation liés à une maladie ou à une prise régulière de médicaments (aspirine, anti-inflammatoires, anti-coagulants), les maladies chroniques dont vous pourriez souffrir (diabète, hypertension, insuffisance cardiaque ou rénale...), ainsi que votre consommation d'alcool et de tabac.

Cette consultation est l'occasion de poser toutes vos questions au sujet de l'anesthésie.

L'évaluation de votre état nutritionnel

Votre « état nutritionnel », c'est-à-dire le bon équilibre entre ce que vous mangez et ce que vous dépensez, est souvent altéré par la maladie et aggravé par la chirurgie. Cela risque d'entraîner une dénutrition qui se manifeste par une perte de poids (voir encadré page 24). Si l'équipe médicale constate une dénutrition avant ou après l'intervention, vous pourrez bénéficier d'un support nutritionnel complémentaire de votre alimentation visant à rétablir votre état nutritionnel. Il peut s'agir de la prescription d'une alimentation enrichie en calories ou protéines, de compléments nutritionnels oraux (CNO) ou d'une nutrition entérale (via une sonde introduite par une narine jusque dans l'estomac).

Quel que soit votre état nutritionnel (dénutri ou non) et immunitaire (défenses immunitaires affaiblies ou non), un support nutritionnel complémentaire visant à stimuler votre système immunitaire, appelé immunonutrition, est recommandé une semaine avant l'intervention. Il permet à l'organisme de se préparer à la chirurgie grâce à un apport en certains nutriments indispensables au système immunitaire. Il est le plus souvent proposé par voie orale.

**TABAC**

L'arrêt du tabac quelques semaines avant une intervention est important pour réduire les risques de complications pendant et après l'opération (risques de complications pulmonaires, d'infection de la zone opérée et de problèmes

de cicatrisation). Des moyens existent pour accompagner l'arrêt du tabac et soulager les symptômes de sevrage. Parlez-en à l'équipe soignante et consultez « Bénéficier d'une aide pour l'arrêt d'une addiction », page 115.

Des antibiotiques pour réduire le risque d'infection

L'intestin est l'organe qui contient le plus de bactéries. Leur présence y est normale. Lors d'une duodénopancréatectomie céphalique, le chirurgien intervient sur le duodénum et sur les voies biliaires, ce qui peut provoquer la contamination de la zone opératoire par des bactéries digestives. Afin de réduire ce risque pendant et après l'intervention, des antibiotiques sont généralement administrés en même temps que les produits anesthésiques, voire dans les tout premiers jours suivant l'opération.

COMMENT ACCÉDER À LA TUMEUR ?

Une voie d'abord désigne le chemin utilisé pour accéder à l'organe ou à la zone à opérer. Deux voies d'abord peuvent être utilisées pour opérer un cancer du pancréas : la laparotomie et, plus rarement, la coelioscopie.

- La **laparotomie** consiste à réaliser une ouverture dans le ventre (on parle de chirurgie « ouverte ») pour accéder au pancréas et aux organes à proximité. Le chirurgien effectue une incision horizontale sous les côtes ou verticale au milieu de l'abdomen. Cette technique permet au chirurgien d'observer et de palper minutieusement toute la cavité abdominale pour vérifier que la tumeur n'est pas plus étendue que prévu, avant de retirer la partie du pancréas atteinte par la tumeur. La laparotomie est la technique de référence pour la duodénopancréatectomie céphalique.
- La **coelioscopie** (ou laparoscopie) est une technique chirurgicale récente (opération à ventre fermé ou « mini-invasive »). Elle n'est pas encore considérée comme un standard pour la réalisation d'une duodénopancréatectomie céphalique, mais peut être proposée dans certains cas de splénopancréatectomie gauche. Le chirurgien effectue plusieurs petites incisions qui lui permettent de passer un système optique (une sorte de caméra), ainsi que des instruments chirurgicaux à l'intérieur de l'abdomen. Le système optique est relié à un écran extérieur et le chirurgien opère en regardant l'écran. La coelioscopie apporte des bénéfices à court terme comme

diminuer la douleur et les complications après l'intervention, réduire la durée d'hospitalisation ou encore préserver la paroi abdominale avec un bénéfice esthétique (pas de grande cicatrice).

COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

Elle commence par une phase d'exploration pendant laquelle le chirurgien doit examiner le pancréas et la cavité abdominale afin de confirmer que la tumeur ne s'est pas étendue localement (ou dans l'abdomen) et qu'il n'y a pas de métastases qui n'auraient pas été détectées par les examens d'imagerie.

Plusieurs types d'intervention sont indiqués selon la localisation de la tumeur primitive.

Duodénopancréatectomie céphalique (DPC)

Si la tumeur est localisée à la tête du pancréas, le chirurgien effectue une **duodénopancréatectomie céphalique (DPC)**. Cette opération se déroule en 2 temps.

Le chirurgien enlève d'abord la tête du pancréas sur laquelle est située la tumeur. La tête du pancréas étant reliée au duodénum, cette partie de l'intestin est également retirée. Comme la voie biliaire traverse la tête du pancréas, le **canal cholédoque*** et la vésicule biliaire sont également retirés. La région de l'estomac située à proximité du duodénum (le pylore) est généralement enlevée, mais elle peut, dans certains cas, être préservée.

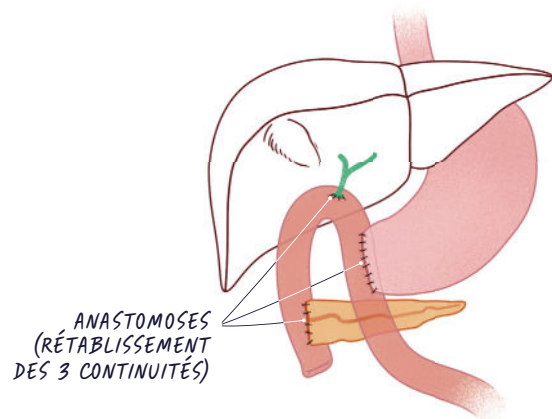
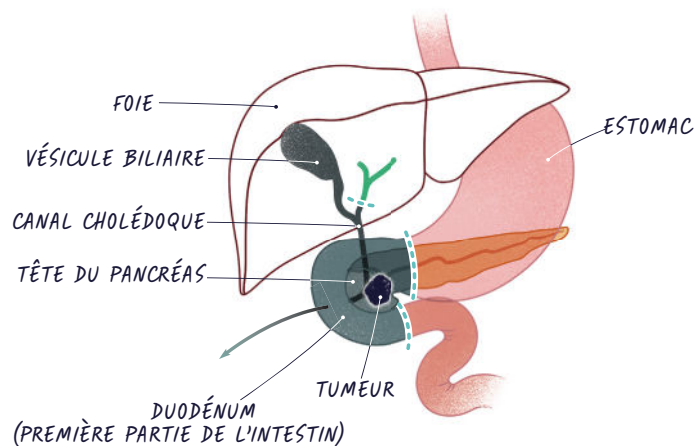
Dans un second temps de l'intervention, le chirurgien réalise des anastomoses, c'est-à-dire qu'il relie les segments des différents organes du système digestif à l'aide de fils ou d'agrafes mécaniques. Trois rétablissements de la continuité du tube digestif sont réalisés :

- la partie du pancréas qui n'est pas retirée par le chirurgien (corps et queue) est raccordée à l'estomac ou à l'intestin grêle ;

LE TUBE DIGESTIF

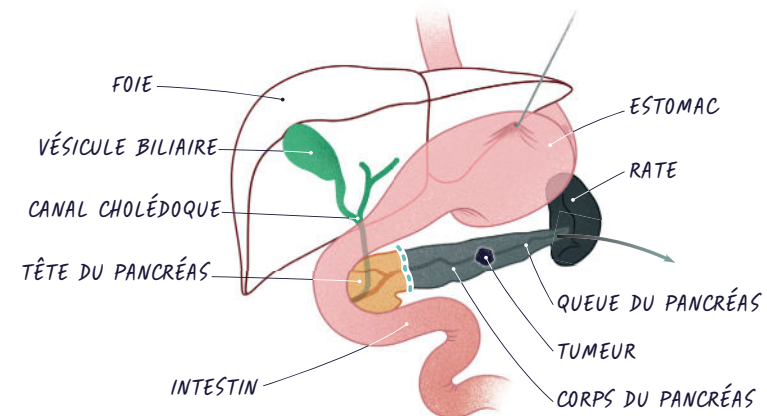
est le conduit qui assure l'alimentation, la digestion et l'élimination des aliments transformés. Il commence par la bouche, passe par le pharynx, l'œsophage, l'estomac, l'intestin grêle, le gros intestin ou côlon, pour arriver au rectum et à l'anus.

LA DPC



- la voie biliaire, partie restante du canal cholédoque, est attachée à l'intestin pour permettre à la bile* de s'écouler normalement depuis le foie, son lieu de production, vers l'intestin ;
- si une partie de l'estomac a été retirée, la partie restante de l'estomac est raccordée à l'intestin pour permettre le passage des aliments lors de la digestion. Si le pylore a été préservé, c'est la partie tout initiale du duodénum qui est raccordée à l'intestin.

LA SPG



Spléno pancréatectomie gauche (SPG)

Si la tumeur est localisée au corps ou à la queue du pancréas, le chirurgien effectue une **spléno pancréatectomie gauche (SPG)**. Cela consiste à enlever la queue du pancréas.

La queue du pancréas est au voisinage immédiat d'un autre organe, la rate. La rate n'étant pas un organe vital, elle est retirée en même temps, pour passer plus à distance de la tumeur et des ganglions lymphatiques éventuellement envahis et éviter ainsi une récurrence tumorale sur ces organes.

Dans de très rares cas, la totalité du pancréas est enlevée lors de l'intervention. On parle alors de **pancréatectomie* totale**. Une telle intervention est réalisée si la tumeur a atteint l'ensemble du pancréas et chez des patients en bon état général.

Chirurgie des métastases

Très rarement, certaines métastases peuvent être traitées par chirurgie ou radiologie interventionnelle. Les possibilités de pratiquer une ablation des métastases dépendent notamment de leur nombre, qui doit être faible, de leur localisation et de leur sensibilité préalable à la chimiothérapie.

QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ?

À votre réveil

L'intervention dure habituellement de 5 à 6 heures. Après l'opération, vous êtes amené en salle de réveil où l'équipe médicale et paramédicale continue d'assurer votre surveillance. À votre réveil, vous pouvez ressentir des nausées ou encore une somnolence, provoquées par l'anesthésie.

Plusieurs dispositifs peuvent avoir été mis en place pendant l'intervention pour faciliter le suivi de l'opération et votre rétablissement : des drains abdominaux, une sonde nasogastrique et une sonde urinaire.

Les drains sont des tuyaux très fins qui permettent d'évacuer les liquides comme le sang ou la **lymphe*** qui peuvent s'accumuler au cours de la cicatrisation. Ils sont placés à travers la peau sous les côtes, à droite ou à gauche de l'abdomen. Ils provoquent une gêne, mais sont peu douloureux. Ils sont généralement retirés quelques jours après l'opération, sur décision du chirurgien.

La sonde nasogastrique est un tuyau qui passe par le nez, l'œsophage et qui rejoint l'estomac, évacuant les sécrétions de l'estomac pour éviter les vomissements. Selon le type d'intervention et de rétablissement du tube digestif effectué (voir page 43), elle est retirée 1 à 5 jours après l'intervention. La reprise de l'alimentation est ensuite effectuée de façon progressive par des aliments d'abord liquides, puis semi-liquides et enfin solides.

La sonde urinaire sert à recueillir les urines et à mesurer leur volume pour mieux contrôler le fonctionnement des reins. Elle est retirée quelques jours après l'intervention.

Pour éviter une phlébite pouvant être provoquée par un alitement prolongé ou par la chirurgie elle-même, les médecins vous prescrivent des injections d'un médicament anticoagulant et vous demandent de vous lever dès que possible après

l'intervention. De plus, le port de bas anti-thrombose (appelés bas de contention ou encore « bas à varices ») pendant la journée est préconisé après l'opération et pendant toute la durée prescrite par votre médecin.

La gestion de votre douleur

Comme après toute intervention chirurgicale, les douleurs sont systématiquement traitées, généralement par de la morphine ou l'un de ses dérivés. Il est important que vous décriviez ce que vous ressentez afin que votre équipe médicale puisse vous proposer le traitement le plus adapté.

Si vous n'êtes pas suffisamment soulagé, signalez-le sans tarder à l'équipe médicale afin que le traitement puisse être adapté.

La durée d'hospitalisation

En moyenne de 2 à 3 semaines, la durée d'hospitalisation varie en fonction de l'intervention réalisée, de votre état de santé général et de la façon dont vous avez supporté la chirurgie. En cas de complications, l'hospitalisation peut être prolongée.

Un séjour en service de soins de suite et réadaptation (maison de convalescence) peut vous aider à récupérer, avant votre retour à domicile.

Les analyses de la tumeur

Tout ce qui a été retiré lors de l'intervention chirurgicale est transmis au service d'anatomopathologie pour être analysé. Cet examen est réalisé par un médecin spécialiste appelé anatomopathologiste.

L'examen consiste à observer, à l'œil nu puis au microscope, les tissus prélevés pour :

- confirmer le diagnostic de cancer et décrire le type de tumeur prélevée ;
- déterminer jusqu'où les cellules cancéreuses se sont propagées ;

POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez le guide *Douleur et cancer*



LA LYMPHE

est un liquide légèrement coloré qui transporte certains globules blancs, appelés lymphocytes, et évacue certains déchets produits par les cellules. La lymphe circule dans des vaisseaux dits lymphatiques.

L'ANATOMO-PATHOLOGIE

est une spécialité médicale qui consiste à observer et à étudier les organes, les tissus ou les cellules, pour repérer et analyser des anomalies liées à une maladie.

- vérifier si les bords du tissu qui entoure la tumeur (on parle de marges de résection) sont sains, c'est-à-dire qu'ils ne contiennent pas de cellules cancéreuses, ce qui indique que la tumeur a bien été enlevée en totalité.

Le chirurgien peut demander qu'une analyse anatomopathologique soit effectuée pendant l'opération. On parle d'analyse extemporanée. Cette technique rapide permet au médecin d'adapter son geste selon les résultats.

Dans certains cas, l'analyse extemporanée ne permet pas de conclure pendant l'opération et le résultat définitif est alors connu dans un second temps, après l'intervention.

QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ET COMPLICATIONS POSSIBLES ?

BON À SAVOIR

La survenue éventuelle d'effets indésirables est surveillée pendant l'hospitalisation et lors des consultations de suivi. N'hésitez pas à décrire à votre équipe soignante tous les signes et symptômes que vous rencontrez.

Des effets indésirables à court terme peuvent se manifester immédiatement après l'intervention ou quelques semaines plus tard. En général, ils sont temporaires. S'ils persistent dans le temps, on parle alors d'effets indésirables à long terme. Tous ces effets indésirables sont connus de votre équipe soignante et leur traitement fait partie intégrante de votre parcours de soins.

Juste après l'intervention, une **fatigue est très fréquente et normale**. Son intensité et sa durée dépendent de la façon dont vous avez supporté l'intervention ainsi que des autres effets indésirables. Elle ne doit pas être banalisée. Signalez-la à l'équipe soignante afin qu'elle soit prise en compte le mieux possible. Parfois, un séjour en maison de soins de suite et de réadaptation pour un temps de convalescence est prescrit par le médecin. C'est l'établissement de soins qui en fait la demande.

Des **douleurs** localisées à la cicatrice peuvent persister pendant quelques semaines après l'opération. Vous aurez un traitement antidouleur (antalgique) à prendre jusqu'à ce qu'elles aient totalement disparu.

Une **infection** est possible, notamment si la rate a été retirée lors d'une spléno pancréatectomie gauche. La rate joue un rôle dans le système de défense immunitaire de l'organisme. Lorsqu'elle est retirée, le risque d'une infection par certaines bactéries est augmenté. Ce risque est prévenu avant l'intervention par une vaccination contre les infections les plus à risque, et après l'intervention, par la prise d'antibiotiques. Une infection de la cicatrice peut aussi survenir.

Un **hématome** est une accumulation de sang localisée qui peut se former au niveau de la zone opérée suite à une rupture de vaisseaux sanguins, au cours des premières heures suivant l'intervention. L'hématome peut être drainé.

Il existe également un risque de **thrombose veineuse**, ou phlébite, c'est-à-dire qu'une veine se bouche par un caillot de sang, ce qui bloque la circulation du sang. Si le caillot de sang se détache et gagne l'artère pulmonaire ou l'une de ses branches, cela provoque une **embolie pulmonaire**. Si une thrombose (avec ou sans embolie) survient, elle nécessite un traitement par des anticoagulants pendant quelques mois associé au port, dans la journée, de bas anti-thrombose (appelés bas de contention ou encore « bas à varices »).

La principale complication après duodéno pancréatectomie céphalique est la **fistule de l'anastomose pancréatico-digestive**. La suture entre la partie restante du pancréas et le tube digestif cicatrise mal, générant un écoulement de liquide digestif et pancréatique dans l'abdomen, à partir de cette suture. Cette complication survient entre 3 et 15 jours après la chirurgie et se traduit par des sécrétions sales et riches en enzymes pancréatiques au niveau du drain abdominal. Elle se manifeste aussi parfois par de la fièvre, des difficultés d'alimentation ou une douleur abdominale. Cette complication peut être prévenue par la prise de médicaments appelés analogues de la somatostatine. Pour cicatriser, les fistules bien tolérées nécessitent un délai supplémentaire de maintien du drainage. Les fistules mal tolérées nécessitent l'arrêt de l'alimentation prise par la bouche,

des antibiotiques, et parfois une intervention de radiologie interventionnelle ou chirurgicale.

D'autres complications chirurgicales sont des **saignements dans l'abdomen** qui peuvent nécessiter une nouvelle intervention par radiologie interventionnelle ou chirurgie pour, par exemple, suturer les vaisseaux sanguins responsables de l'hémorragie.

Lorsqu'une partie de l'estomac est retirée (lors d'une duodénopancréatectomie céphalique), le passage des aliments de l'estomac à l'intestin est parfois ralenti par un manque de contractions. Cela provoque un **ralentissement de la vidange de l'estomac** appelé gastroparésie, entraînant une sensation de « trop-plein », des ballonnements, des vomissements, et qui coupe rapidement l'appétit. Le traitement repose sur une alimentation fractionnée, associant des repas moins copieux, mais plus fréquents et des médicaments appelés prokinétiques, qui accélèrent la vidange de l'estomac. La gastroparésie disparaît normalement après quelques semaines.

La partie du pancréas restante après l'opération, surtout après une splénopancréatectomie gauche, est parfois trop petite pour fabriquer suffisamment d'**insuline***. Cela entraîne une insuffisance pancréatique endocrine, se traduisant par un **diabète**, c'est-à-dire un dysfonctionnement de la régulation du glucose (sucre) dans le sang. Cette complication est rare et la survenue d'un diabète est particulièrement surveillée après l'opération. Si un diabète apparaît, il nécessite le plus souvent un traitement par insuline.

Par ailleurs, la partie du pancréas restante après l'opération, surtout après une duodénopancréatectomie céphalique, est parfois trop petite pour fabriquer suffisamment d'enzymes nécessaires à la digestion : cela entraîne une insuffisance pancréatique exocrine. Les graisses et les protéides contenus dans les aliments ingérés ne sont alors plus dissous et absorbés correctement. Ils circulent dans le tube digestif sans être dégradés ce qui entraîne des **selles**



LES EXTRAITS PANCRÉATIQUES

Des extraits pancréatiques sont prescrits par votre médecin traitant avec une posologie adaptée à votre situation. Avalées pendant les repas, les enzymes sont libérées dans le tube digestif et participent

à la digestion des aliments, remplaçant ainsi en grande partie l'action du pancréas. La prise de ces extraits se fait sur le long terme et les effets indésirables sont très rares.

grasses appelées **stéatorrhée**. La prise d'extraits pancréatiques aide à assurer une digestion satisfaisante et à faire disparaître la stéatorrhée.

Une diarrhée persistante (chronique) est possible après une duodénopancréatectomie céphalique. Des analyses peuvent vous être prescrites pour comprendre les causes de cette diarrhée. Le plus souvent, il s'agit d'une accélération du transit intestinal, à traiter par un régime alimentaire adapté, basé notamment sur une diminution de la consommation de fibres et/ou la prise de ralentisseurs de transit.

UNE DIARRHÉE se définit par l'émission d'au moins trois selles liquides par jour.

La chirurgie du pancréas peut entraîner un état de **dénutrition** qui se traduit par une perte de poids (voir page 24). Cela est le plus souvent lié à une perte d'appétit et aux complications digestives de l'intervention. Pour retrouver un état nutritionnel satisfaisant, un accompagnement adapté vous est proposé. Il peut s'agir d'abord de conseils pratiques pour améliorer et enrichir vos prises alimentaires au quotidien, l'objectif étant d'augmenter le nombre de calories sans nécessairement augmenter le volume des portions ingérées. Si votre alimentation ne couvre pas tous vos besoins nutritionnels, vous devez bénéficier d'un support nutritionnel complémentaire. Il peut s'agir de la prescription d'une alimentation enrichie en calories ou protéines, de compléments nutritionnels oraux (CNO) ou d'une nutrition entérale (via une sonde nasogastrique). Votre médecin vous prescrira ce qui vous convient le mieux ou vous adressera vers un diététicien ou un médecin nutritionniste spécialisé en nutrition clinique.



LES DIFFÉRENTES TECHNIQUES DE TRAITEMENTS NUTRITIONNELS

- **Orale** : il s'agit de compléments nutritionnels oraux qui sont des mélanges nutritifs complets (contenant les nutriments dont le corps a besoin pour fonctionner : calories, protéines, vitamines, sels minéraux, oligoéléments, etc.) administrables sous forme de boissons, crèmes, biscuits, soupes... qui complètent votre alimentation habituelle. Ils sont délivrés sur prescription médicale, à raison de 1 à 2 par jour sauf exception.
- **Entérale** : la solution nutritive est apportée directement dans le tube digestif par l'intermédiaire d'une sonde nasogastrique (introduite par le nez et qui descend dans l'estomac), d'une gastrostomie (sonde abouchée directement à l'estomac par l'intermédiaire d'un orifice réalisé au niveau de l'abdomen) ou plus rarement d'une jéjunostomie (idem, mais avec une sonde abouchée directement à l'intestin grêle). L'équipe médicale ou diététique peut vous la proposer lorsque vos apports nutritionnels restent insuffisants malgré une alimentation orale enrichie, ou lorsque celle-ci est impossible.
- **Parentérale** : la solution nutritive est apportée par voie veineuse ; elle est utilisée en dernier recours, lorsque l'alimentation par voie orale et la nutrition entérale sont impossibles, insuffisantes ou contre-indiquées.



LES POINTS À RETENIR

1. La chirurgie du pancréas, lorsqu'elle est réalisable, est un des traitements principaux du cancer du pancréas.
2. Plusieurs types d'intervention sont possibles selon la localisation de la tumeur sur le pancréas.
3. Des fistules très fréquentes, avec des douleurs, de la fatigue, des troubles digestifs ou encore des problèmes de cicatrisation peuvent faire suite à l'intervention chirurgicale ; des solutions existent afin de les prévenir ou les traiter.
4. L'arrêt du tabac et de l'alcool permet de réduire les risques de complications pendant et après l'opération.

4

LES PROTHÈSES BILIAIRES OU DUODÉNALES

PROTHÈSE

STENT

ENDOSCOPE

54. LA PROTHÈSE BILIAIRE

54. LA PROTHÈSE DUODÉNALE

56. COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

57. QUELLES SONT LES COMPLICATIONS POSSIBLES ?

Une tumeur située dans la tête du pancréas peut comprimer la voie biliaire (cholédoque) ou le duodénum et perturber ainsi la digestion des aliments. Parfois, l'obstacle créé par la tumeur est important. La pose d'une prothèse est alors indiquée.

La pose d'une **prothèse biliaire*** ou d'une **prothèse duodénale*** (on parle aussi de stent) permet de supprimer les symptômes ou les complications liés à l'obstacle, d'améliorer la qualité de vie et de poursuivre les traitements (chirurgie ou chimiothérapie).

LA PROTHÈSE BILIAIRE

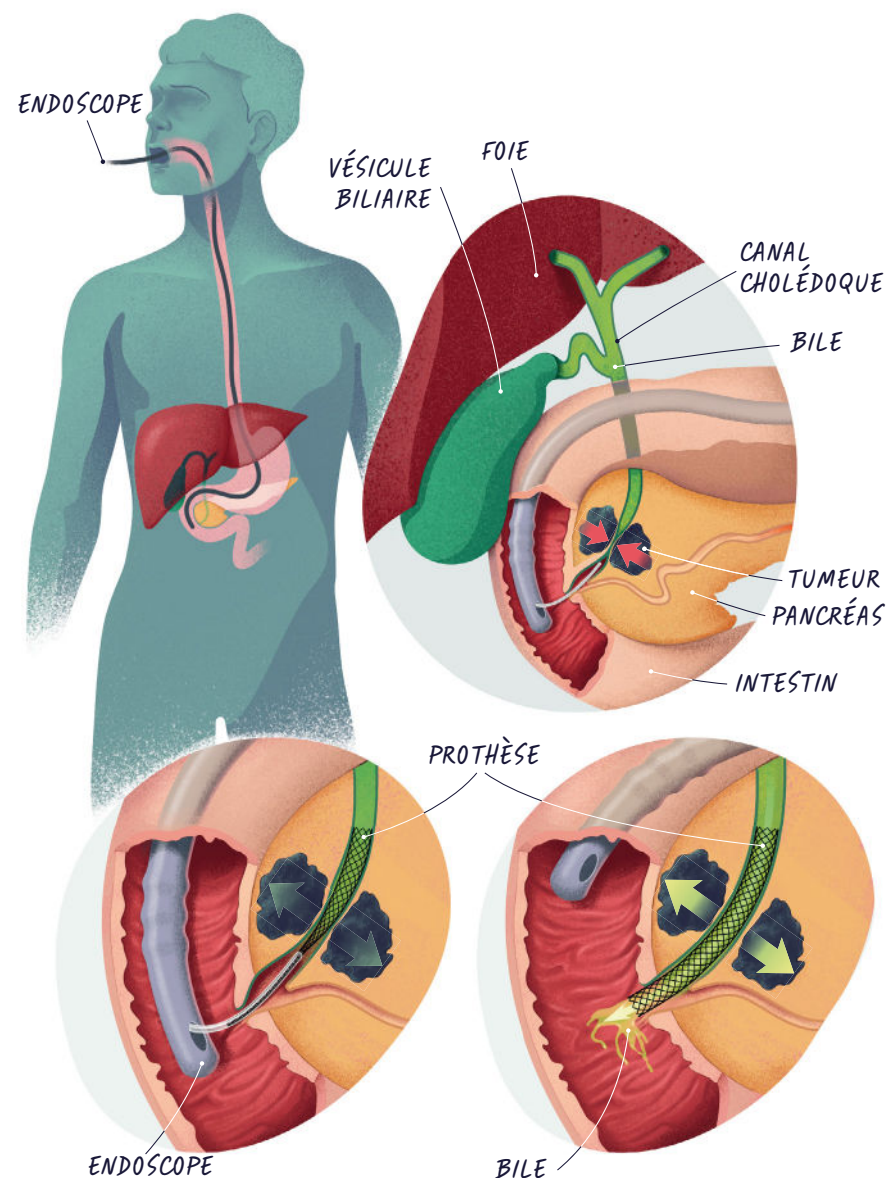
Lorsque la tumeur se développe dans la tête du pancréas, elle vient parfois comprimer le canal cholédoque, chargé de transporter la bile du foie à l'intestin. Cela provoque une sténose, c'est-à-dire un rétrécissement du canal, ce qui bloque l'écoulement de la bile. On parle aussi de cholestase. La bile ne peut plus participer à la digestion des aliments et stagne dans le canal. Cela entraîne une jaunisse appelée ictère et des démangeaisons appelées prurit. L'installation d'une prothèse (ou stent) biliaire est alors nécessaire. Il s'agit d'un tuyau semi-rigide, en métal ou en plastique. La bile s'écoule à travers la prothèse qui maintient le canal cholédoque ouvert, malgré la pression exercée par la tumeur.

LA BILE est un liquide sécrété par le foie, mis en réserve transitoirement dans la vésicule biliaire, puis versé dans l'intestin où il contribue à la digestion des graisses.

LA PROTHÈSE DUODÉNALE

Plus rarement, une tumeur de la tête du pancréas peut également comprimer et bloquer la première partie de l'intestin, le duodénum. Cela empêche l'estomac de se vider correctement. Il est alors nécessaire de poser une prothèse duodénale.

LA POSE D'UNE PROTHÈSE BILIAIRE



Comme la prothèse biliaire, c'est un tube semi-rigide en métal ou en plastique qui maintient ouvert l'intestin et permet de rétablir le passage des aliments en provenance de l'estomac malgré la pression exercée par la tumeur sur le duodénum.

COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

L'intervention s'effectue le plus souvent sous endoscopie, réalisée par un gastroentérologue, sous anesthésie générale.

Le gastroentérologue insère un tube souple appelé endoscope par la bouche et le fait progresser jusqu'au duodénum. L'endoscope contient un système optique (une sorte de caméra miniature) muni d'un éclairage. Il est relié à un écran extérieur, ce qui permet au médecin de suivre en temps réel chacun de ses mouvements.

L'endoscope contient un canal dans lequel les différents instruments chirurgicaux miniaturisés nécessaires à l'intervention sont déployés. Pour la pose d'un stent biliaire, le gastroentérologue remonte à contre-courant depuis le duodénum, la voie biliaire comprimée, pour dilater le rétrécissement et y installer la prothèse.

L'hospitalisation après intervention dure en général moins d'une semaine, mais varie selon d'éventuelles complications.

D'autres techniques existent pour installer la prothèse biliaire, comme la radiologie interventionnelle. Dans ce cas, la prothèse est posée par un radiologue, sous anesthésie générale, en passant à travers la peau de l'abdomen et le foie. Très rarement, une intervention chirurgicale est nécessaire.

QUELLES SONT LES COMPLICATIONS POSSIBLES ?

Des complications peu fréquentes, comme des douleurs ou de la fièvre, sont susceptibles de survenir après l'intervention. Une inflammation du pancréas (pancréatite) ou une infection de la vésicule biliaire (cholécystite) sont très rares.

Après quelques mois, il arrive que la prothèse se bouche. Une intervention est alors nécessaire pour en installer une nouvelle.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À L'ÉQUIPE MÉDICALE

- ☐ Comment l'intervention se déroule-t-elle ?
- ☐ Quels sont les risques de l'intervention ?
- ☐ Comment puis-je me préparer au mieux ?
- ☐ Que va-t-il se passer après l'intervention ?

5

LA CHIMIOTHÉRAPIE

CHIMIOTHÉRAPIE

CHAMBRE IMPLANTABLE

EFFETS INDÉSIRABLES

60. DANS QUELS CAS UNE CHIMIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

62. QUELS SONT LES MÉDICAMENTS UTILISÉS ?

64. COMMENT SE DÉROULE LE TRAITEMENT EN PRATIQUE ?

69. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES ?

Un traitement médicamenteux, la chimiothérapie conventionnelle, est utilisé pour traiter les cancers du pancréas. Il s'agit d'un traitement général, dit aussi traitement systémique, qui agit dans l'ensemble du corps.

IMPORTANT

Informez les professionnels de santé qui vous suivent, aussi bien au domicile qu'à l'hôpital, du traitement que vous recevez pour le cancer du pancréas afin qu'ils évaluent le risque d'interaction avec d'autres traitements que vous pourriez prendre pour une autre maladie.

La chimiothérapie conventionnelle a pour but de détruire les cellules cancéreuses ou de les empêcher de se multiplier. Elle agit sur toutes les cellules qui se divisent rapidement, cancéreuses ou non, même sur celles qui n'ont pas été détectées par les examens d'imagerie.

Avant de démarrer le protocole de chimiothérapie, votre médecin vous explique le principe, les objectifs, ainsi que les effets indésirables possibles dans votre situation. Il vous indique aussi les solutions qui permettent de les anticiper ou de les limiter. Il effectue également un bilan préthérapeutique. N'hésitez pas à noter et à lui soumettre toutes les questions que vous vous posez au sujet de ce traitement.

DANS QUELS CAS UNE CHIMIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

La chimiothérapie du cancer du pancréas est contre-indiquée lorsque votre état de santé général ne permet pas de supporter les effets indésirables du traitement.

L'objectif de la chimiothérapie peut varier. Un traitement par chimiothérapie est envisagé lorsque le cancer est avancé et que la tumeur ne peut être retirée. On parle alors de chimiothérapie palliative dont le but est de ralentir voire d'arrêter la progression de la maladie, de diminuer la douleur et d'améliorer la qualité de vie.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À L'ÉQUIPE MÉDICALE

- ☐ Quel type de traitement médicamenteux me sera administré ? De quelle façon ?
- ☐ Quels sont les objectifs de la chimiothérapie ?
- ☐ Quels sont les effets indésirables ? Que puis-je faire pour les limiter ? Comment sont-ils traités ?
- ☐ Le traitement se passe-t-il à l'hôpital ou à domicile ? Combien de temps dure-t-il ?
- ☐ Comment et par qui est effectué le suivi pendant les traitements ?
- ☐ Y a-t-il des conseils alimentaires particuliers à respecter ?

Une chimiothérapie peut également être effectuée après la chirurgie, lorsque la tumeur a été retirée. On parle de **chimiothérapie adjuvante**. Ce traitement vise alors à éliminer les éventuelles cellules cancéreuses résiduelles et indétectables, mais qui n'auraient pas été retirées lors de la chirurgie, de façon à limiter le risque de récurrence.

Dans certains cas, une chimiothérapie est effectuée avant la chirurgie. On parle alors de **chimiothérapie néoadjuvante** ou d'induction. Ce traitement vise à faire diminuer la taille de la tumeur et ses contacts avec les vaisseaux afin de faciliter son ablation, c'est-à-dire son retrait, au cours d'une intervention chirurgicale qui aura lieu dans un second temps.

Une **chimioradiothérapie**, c'est-à-dire une radiothérapie associée à une chimiothérapie, est parfois proposée après la chimiothérapie d'induction. Elle permet d'augmenter les chances de réalisation d'une intervention chirurgicale pour enlever la tumeur. Lorsque l'ablation complète de la tumeur n'est pas possible, elle constitue ce qu'on appelle un traitement de clôture après la chimiothérapie d'induction.



ARRÊTER DE FUMER FAIT PARTIE DU TRAITEMENT DE VOTRE CANCER

Il est fortement recommandé d'arrêter de fumer notamment afin de réduire le risque de complications pendant et après les traitements

anticancéreux et d'améliorer la qualité de vos soins. (voir « Bénéficier d'une aide pour l'arrêt d'une addiction », page 115).

QUELS SONT LES MÉDICAMENTS UTILISÉS ?

Un médicament de chimiothérapie peut être employé seul ou, le plus souvent, associé à d'autres médicaments. Une association de plusieurs médicaments de chimiothérapie correspond à ce que l'on appelle un schéma ou un protocole de chimiothérapie.

Plusieurs protocoles de chimiothérapie peuvent être prescrits, en fonction de l'étendue du cancer et de votre état de santé. Les médicaments employés, les doses administrées ainsi que le rythme des cures varient d'une personne à l'autre, en fonction des caractéristiques du cancer, de la tolérance au traitement, de l'âge et de l'état de santé du patient. **C'est pour-quoi le plan de traitement est défini au cas par cas.**

Formes localisées

Pour les formes localisées, mFolfinirox (Folfinirox modifié) est le protocole de référence après la chirurgie (traitement adjuvant). Il est composé de 4 médicaments :

- le 5 fluoro-uracile, appelé aussi 5-FU ;
- l'acide folinique ;
- l'oxaliplatine ;
- l'irinotécan.

Chez les patients dont l'état général ne permet pas le traitement par mFolfinirox ou qui présentent une contre-indication à un des médicaments qui le constituent, d'autres associations de médicaments peuvent être prescrites. Le 5-FU peut être seulement associé à de l'acide folinique. Il est également



Consultez la base de données publique des médicaments **base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr** du ministère chargé de la santé.



À SAVOIR AVANT TOUT TRAITEMENT À BASE DE 5-FU ET DE CAPÉCITABINE

Il existe des toxicités rares, précoces et potentiellement graves, survenant généralement au cours des 2 premiers cycles de chimiothérapie à base de fluoropyrimidines (5-FU et capécitabine), qui peuvent être dues à un déficit d'une enzyme, la dihydropyrimidine déshydrogénase (DPD). Cette enzyme est responsable de la dégradation du 5-FU et de la capécitabine et permet ainsi d'éliminer ces médicaments de l'organisme. Chez les personnes qui présentent un déficit en enzyme DPD, il peut y avoir

une accumulation de ces médicaments dans le corps à un niveau toxique. Une recherche de ce déficit est obligatoirement réalisée avant le lancement d'un traitement à base de fluoropyrimidines. Il s'effectue par un dosage du taux d'uracile dans le sang, à partir d'une simple prise de sang. Vous devez conserver précieusement le résultat de la recherche d'un déficit en DPD et en informer les professionnels de santé impliqués dans le traitement de votre cancer lors de la première consultation.

possible de prescrire la gemcitabine seule ou en association avec de la capécitabine.

Formes métastatiques

Plusieurs protocoles de chimiothérapie peuvent être utilisés pour les formes métastatiques, en fonction de l'âge du patient et de son état général : le protocole Folfinirox ou la gemcitabine, seule ou associée au nab-paclitaxel.



LA CHIMIORADIOTHÉRAPIE

La chimioradiothérapie associe une radiothérapie externe à un médicament de chimiothérapie, le 5-FU, la capécitabine ou la gemcitabine. Son but est de détruire les cellules cancéreuses au moyen de rayons dont l'effet antitumoral est potentialisé par la

chimiothérapie. La chimioradiothérapie est proposée dans certains cas où la chirurgie n'est pas possible d'emblée (la tumeur n'est pas résécable) ou lorsque la tumeur reste non résécable après 3 à 6 mois de chimiothérapie d'induction (traitement de clôture).



Consultez le guide *Comprendre la radiothérapie*.



COMMENT SE DÉROULE LE TRAITEMENT EN PRATIQUE ?

La majorité des médicaments de chimiothérapie utilisés pour traiter un cancer du pancréas sont administrés par voie injectable. C'est le cas pour les médicaments qui composent le protocole Folfirinox ainsi que pour la gemcitabine et le nab-placli-taxel. La capécitabine est administrée par voie orale, sous forme d'un comprimé.

Le déroulement du traitement est planifié par l'équipe médicale en fonction de votre situation et résumé dans votre programme personnalisé de soins (PPS). Le médecin qui vous suit vous remet un calendrier qui détermine le lieu et les jours de traitement, ainsi que les noms des médicaments utilisés.

La durée totale du traitement est variable. Par exemple, une chimiothérapie adjuvante est débutée dans les 12 semaines suivant la chirurgie, pour une durée de 6 mois. Une chimiothérapie d'induction dure fréquemment 3 à 4 mois. Avant de débiter, le traitement, des examens d'imagerie (au minimum un scanner) et un bilan sanguin sont effectués.

La chimiothérapie est administrée dans le cadre de cures (aussi appelées cycles) : chacun des médicaments est administré à une dose précise, dans un ordre et un rythme bien défini, sur un ou plusieurs jours. Chaque cure est suivie d'une période sans traitement (intercure) afin de permettre à l'organisme de récupérer des effets du traitement.

Avant chaque cure, un examen clinique (voir page 140) et des examens de sang sont réalisés pour vérifier que votre état de santé permet de poursuivre le traitement. En cas d'anomalies, comme une baisse importante du taux de globules blancs ou des plaquettes par exemple, le traitement peut être reporté ou modifié.

Lorsque les médicaments sont injectés dans une veine, par perfusion, le traitement se déroule généralement à l'hôpital

en ambulatoire. Vous ne restez que le temps de la perfusion « courte » et rentrez chez vous le jour même. On parle aussi d'hospitalisation de jour. C'est le cas pour la gemcitabine, par exemple, qui est administrée en perfusion intraveineuse de 30 minutes une fois par semaine.

Le protocole Folfirinox nécessite des perfusions « longues » : il est généralement administré pendant 48 heures tous les 14 jours.

Une hospitalisation complète est possible si votre traitement est effectué loin de votre domicile ou si votre état général le nécessite.

La pose d'une chambre implantable

Administrer les traitements médicamenteux dans des petites veines comme celles du bras peut être difficile. Elles sont fragiles et les injections répétées peuvent devenir douloureuses et endommager vos veines.

Avant de commencer le traitement intraveineux, la pose d'une chambre à cathéter implantable (CCI), appelée aussi chambre implantable, port-à-cath® ou PAC, est recommandée, voire indispensable avec certains produits.

Ce dispositif est composé d'un petit boîtier et d'un tuyau souple et fin, un cathéter. Il est entièrement placé sous la peau, au cours d'une courte intervention, le plus souvent sous anesthésie locale. Le boîtier de la chambre implantable est souvent placé en haut à droite du thorax et relié au cathéter, lui-même placé dans une veine. Une **radiographie*** de contrôle est éventuellement réalisée pour visualiser le bon positionnement du cathéter.

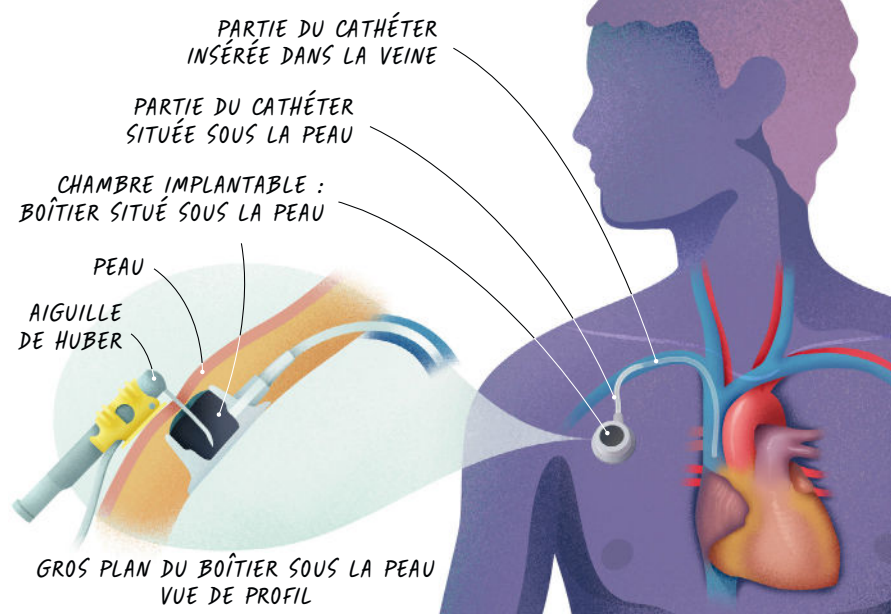
À chaque perfusion, les médicaments sont injectés directement dans la chambre implantable, à travers la peau. Un anesthésique local (en crème ou patch) peut être appliqué au moins 60 minutes avant la perfusion. Ce système limite les douleurs liées aux piqûres répétées, car celles-ci sont beaucoup moins profondes.



Consultez le guide *Comprendre la chimiothérapie*.



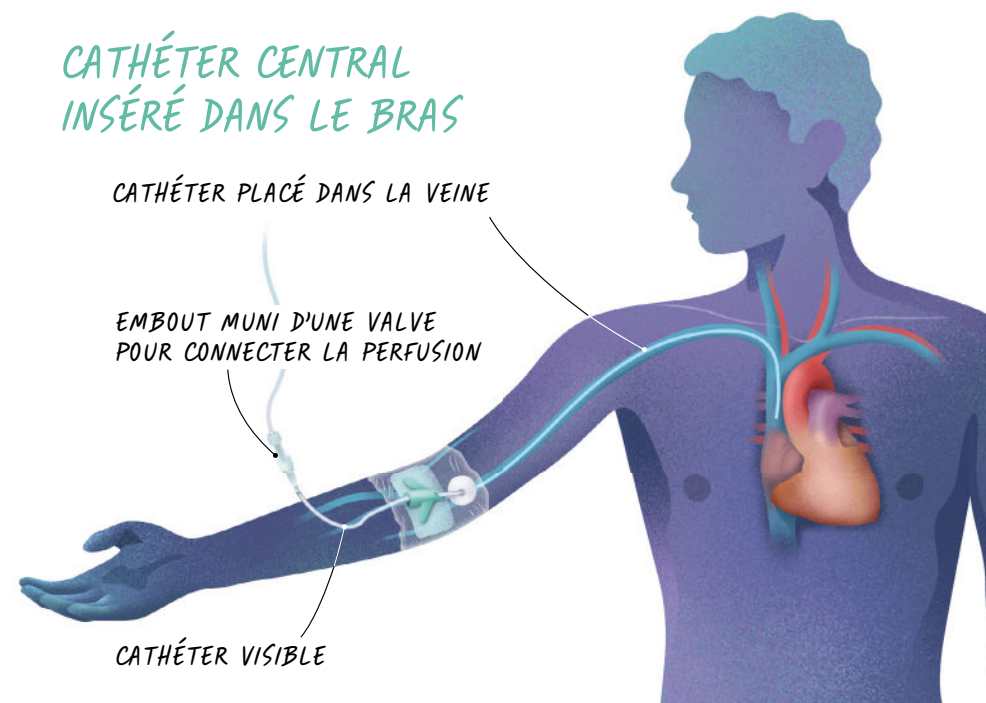
LA CHAMBRE IMPLANTABLE



Le dispositif reste en place pendant toute la durée du traitement. Après un délai de 15 jours pendant lesquels il ne faut pas mouiller le pansement, le dispositif permet d'avoir une activité physique normale, de se baigner, de voyager, etc. Le plus souvent, le cathéter et la chambre implantable sont bien supportés. Une gêne peut néanmoins être ressentie en voiture à cause de la ceinture de sécurité dont le port reste cependant obligatoire.

Lorsque le dispositif n'est plus utile, il est enlevé lors d'une courte intervention sous anesthésie locale. La date de retrait du dispositif est choisie en concertation avec votre oncologue.

CATHÉTER CENTRAL INSÉRÉ DANS LE BRAS



La pose d'un cathéter central inséré dans une veine du bras

En cas de contre-indications à la chambre implantable (abord veineux compliqué par exemple) ou de traitement de courte durée, un autre type de cathéter peut vous être proposé pour les perfusions de chimiothérapie. Il s'agit d'un cathéter qui est inséré dans une veine de votre bras et qui est poussé vers une grosse veine située près du cœur. Cela permet une diffusion du traitement dans la circulation sanguine. On l'appelle PICC pour « *peripherally inserted central catheter* ».

Le PICC est protégé par un pansement stérile adhésif transparent. Il est important de garder le pansement au sec quand vous vous lavez et de ne pas faire de mouvements brusques ou répétés. Par l'embout du cathéter, il est possible d'injecter les médicaments de chimiothérapie.

POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez les fiches
Le cathéter central à insertion périphérique (PICC) et la chambre à cathéter implantable



LE DIFFUSEUR PORTABLE POUR UNE PERFUSION SUR 48 HEURES



Pour les perfusions longues de Folfirinox, le diffuseur portable

Si votre état de santé permet un retour à domicile, un diffuseur portable vous sera proposé pour ces perfusions longues. Un infirmier de ville viendra chez vous pour débrancher le diffuseur sans que vous ayez besoin de retourner à l'hôpital. Ce diffuseur doit être positionné au plus près de votre corps. Vous devez éviter les expositions au froid et au soleil.

QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES ?

Les effets indésirables de la chimiothérapie varient selon les médicaments utilisés, les dosages et les personnes. Contrairement aux idées reçues, les médicaments pris par voie orale entraînent aussi des effets indésirables.

Certains effets indésirables peuvent être limités ou évités grâce à des traitements préventifs ou des conseils pratiques. Néanmoins, s'ils deviennent trop importants ou si vous ne supportez pas l'un des médicaments utilisés, le traitement peut être modifié ou interrompu pour permettre à l'organisme de récupérer. Il est important de signaler tout symptôme inhabituel au cours d'un traitement afin que le médecin puisse prendre les mesures adéquates.



EFFETS INDÉSIRABLES ET EFFICACITÉ DU TRAITEMENT

La présence ou l'absence d'effets indésirables n'est pas liée à l'efficacité de la chimiothérapie. Ne ressentir aucun effet indésirable ne signifie pas que le traitement est inefficace et, inversement, en ressentir de nombreux ne signifie pas qu'il est particulièrement actif.

Les professionnels de santé (médecins, pharmaciens...) ont l'obligation de déclarer les effets indésirables susceptibles d'être dus à un médicament auprès d'un Centre régional de pharmacovigilance (CRPV). Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en avec votre médecin, pharmacien ou infirmier.

Il vous est également possible, en tant que patient, de signaler vous-même

ces effets indésirables, directement par le système national de déclaration de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et du réseau des Centres régionaux de pharmacovigilance.

Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans la notice d'information. Cependant, une déclaration n'a pas pour objectif une gestion individuelle de vos effets indésirables. En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

La procédure ainsi que les formulaires de déclaration sont disponibles sur signalement-sante.gouv.fr

Les effets indésirables les plus fréquents des médicaments utilisés pour traiter le cancer du pancréas sont présentés ci-après. En fonction du protocole de traitement qui vous a été proposé, votre médecin vous indique de façon précise ceux qui peuvent vous concerner et vous informe sur les moyens d'y faire face. Cette liste peut paraître impressionnante. Gardez à l'esprit que la majorité des patients développe seulement une partie de ces effets indésirables.

L'automédication n'est pas recommandée avec les traitements médicamenteux contre le cancer, notamment en raison d'interactions potentielles. Certaines molécules pouvant être obtenues ou non sur prescription médicale, ainsi que certains compléments alimentaires et produits phytopharmaceutiques (produits à base de plantes comme le millepertuis) peuvent limiter l'effet de la chimiothérapie. D'autres médicaments peuvent au contraire entraîner un risque accru d'effets indésirables. L'avis d'un médecin ou d'un pharmacien est nécessaire avant toute initiation d'un nouveau traitement.

Les effets indésirables de la chimiothérapie conventionnelle

Les médicaments de chimiothérapie conventionnelle peuvent provoquer :

- une perte d'appétit et des troubles nutritionnels ;
- des nausées et des vomissements ;
- une diarrhée ou une constipation ;
- une baisse du nombre de cellules sanguines (globules blancs, globules rouges, plaquettes) ;
- un syndrome pseudo-grippal (fièvre, frissons, douleurs musculaires) ;
- de la fatigue ;
- des lésions de la bouche ;
- une chute des cheveux ;
- une fragilisation des ongles ;
- des troubles cutanés et le syndrome « main-pied » (troubles de la peau de la paume des mains et de la plante des pieds) ;

- des sensations d'engourdissement ou de fourmillement dans les mains et les pieds ;
- des troubles cardiaques ;
- des troubles musculo-squelettiques ;
- des troubles respiratoires ;
- des troubles hépatiques ;
- des réactions allergiques ;
- des affections oculaires ;
- une hypertension artérielle ;
- des œdèmes ;
- une thrombose veineuse (ou phlébite).

Perte d'appétit et troubles nutritionnels

Les médicaments de chimiothérapie peuvent entraîner une diminution de la prise alimentaire, le plus souvent du fait d'une perte d'appétit et d'une modification du goût. Si elle se prolonge plus d'une semaine, elle risque d'entraîner une perte de poids que l'on appelle dénutrition (voir encadré page 24). La dénutrition a de nombreuses conséquences, comme une fonte des muscles, une diminution de la force musculaire ou une fatigue importante. Elle peut également empêcher le bon déroulement de votre traitement et réduire

CONSEILS PRATIQUES POUR PRÉVENIR LA DÉNUTRITION

✓ À FAIRE

- Mangez les plats que vous aimez à l'heure que vous voulez.
- Fractionnez votre alimentation : mangez en petites quantités, mais souvent (4 à 6 petits repas par jour, ou les 2 repas principaux de la journée coupés chacun en 2).
- N'hésitez pas à consommer plusieurs fois par jour des aliments simples contenant des protéines (jambon, produits laitiers...).
- Si possible, mangez accompagné et non seul.
- Travaillez la présentation des plats.
- Installez-vous à table, de préférence dans un cadre agréable.
- Associez ces conseils à une activité physique quotidienne, adaptée à vos capacités (exemple : marche).

son efficacité, c'est pourquoi il faut la prévenir et limiter son aggravation le plus précocement possible. Un diététicien ou un médecin nutritionniste peuvent vous conseiller sur la façon de mieux vous alimenter pendant votre traitement. En cas de nécessité, un traitement nutritionnel (voir encadré page 71) pourra vous être prescrit.

Il arrive que pendant la chimiothérapie, des personnes ressentent un mauvais goût dans la bouche ou soient particulièrement sensibles aux odeurs. Cela entraîne parfois l'apparition de nausées. Des médicaments comme l'oxaliplatine, la capécitabine et le nab-paclitaxel entraînent chez certaines personnes une modification du goût appelée dysgueusie. Certains aliments appréciés jusqu'alors peuvent ne plus être appétissants. Divers conseils sont alors proposés :

- sucer des bonbons mentholés diminue le goût désagréable ;
- pratiquer des exercices de relaxation avant et pendant la perfusion de chimiothérapie. Vous pouvez solliciter des conseils à ce sujet auprès des soignants ;
- regarder la télévision, écouter la radio ou de la musique, jouer à des jeux de société, lire, discuter, etc. pendant la perfusion. Ces activités contribuent parfois à diminuer la sensation de nausées ;
- privilégier les aliments qui vous attirent le plus, ainsi que les modes de cuisson et les plats qui dégagent le moins d'odeurs.

BON À SAVOIR

Si vous avez faim, mangez, quelle que soit l'heure.

Nausées et vomissements

Les nausées (sensation d'écoeurement) commencent souvent le soir ou le lendemain de la perfusion. Elles durent rarement plus de 72 heures après le traitement. Elles ne sont pas systématiquement accompagnées de vomissements. Des phénomènes de nausées précédant la chimiothérapie (anticipatoires) peuvent survenir : elles commencent parfois dès l'entrée de l'hôpital, avant le début de la perfusion. Ces nausées sont liées à l'anxiété provoquée par le traitement et peuvent être réduites par des médicaments ou par des techniques de relaxation.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES NAUSÉES ET VOMISSEMENTS

✓ À FAIRE	✗ À ÉVITER
• Privilégiez les aliments froids ou tièdes qui sont moins odorants que les aliments chauds. • Fractionnez l'alimentation = Mangez en petites quantités, mais souvent (4 à 6 petits repas par jour, ou les 2 repas principaux de la journée coupés chacun en 2). • Buvez plutôt avant ou après les repas. Les boissons gazeuses fraîches, à base de cola notamment, aident parfois à diminuer les nausées. • Mangez lentement en mastiquant bien afin de faciliter la digestion. • Mangez légèrement avant et après le traitement.	• Ne consommez pas d'aliments qui ne vous font pas envie. • Évitez de boire de l'alcool. • Évitez de fumer.

Lorsque des vomissements surviennent, il est conseillé de se rincer la bouche avec de l'eau froide et d'attendre 1 à 2 heures avant de manger. Les vomissements ne persistent en général pas plus de 48 heures après l'administration des médicaments de chimiothérapie.

Des médicaments, dits antiémétiques, peuvent être prescrits pour réduire les risques de nausées et de vomissements, y compris anticipatoires. Si ces effets indésirables apparaissent malgré le traitement préventif, signalez-le à votre médecin car nausées et vomissements contribuent à l'apparition d'une dénutrition (voir encadré page 24) qui pourrait justifier un traitement nutritionnel spécifique (voir encadré page 71).

BON À SAVOIR**IMPORTANT**

Pensez à signaler toute modification de poids à votre équipe soignante.

Diarrhée et constipation

Une diarrhée est possible avec les médicaments de chimiothérapie. Un traitement dit antidiarrhéique pourra vous être prescrit afin de la limiter.

Pensez à bien vous hydrater en buvant entre 1,5 et 2 litres d'eau par jour. En cas de diarrhée persistante ou associée à de la fièvre ou des vomissements, contactez rapidement votre médecin afin d'éviter une déshydratation ou une dénutrition.

CONSEIL PRATIQUE POUR LIMITER LA DIARRHÉE**✓ À FAIRE**

- Privilégiez une alimentation pauvre en fibres (exemple : riz, pâtes, pommes de terre vapeur, carottes, bananes mûres, fruits cuits, fromage à pâte cuite, biscottes...).

Plus rarement, une constipation peut être provoquée par la chimiothérapie. La constipation est aussi parfois induite par les médicaments antiémétiques (contre les vomissements), par certains médicaments antidouleur et par la diminution de l'activité physique.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LA CONSTIPATION**✓ À FAIRE**

- Buvez au moins 2 litres d'eau par jour.
- Privilégiez une alimentation riche en fibres, à base de fruits et légumes, céréales, pain complet, à chaque repas, dont le petit déjeuner.
- Si possible, faites de l'exercice de façon adaptée et régulière en favorisant la marche.
- Pratiquez des massages doux du ventre.

Baisse du nombre de cellules sanguines

La moelle osseuse produit en permanence des globules rouges, des globules blancs et des plaquettes. Les médicaments de chimiothérapie sont susceptibles d'entraîner une baisse de la production de ces cellules sanguines :

- la diminution du nombre de globules rouges et de la quantité d'hémoglobine (le pigment rouge intense qui donne sa couleur caractéristique au sang et qui se trouve dans les globules rouges) provoque, lorsqu'elle est importante, une anémie. L'anémie se manifeste principalement par une pâleur, un essoufflement et une fatigue qui ne s'atténuent pas avec le repos ;
- la baisse excessive du nombre de globules blancs (**leucopénie**), en particulier des polynucléaires neutrophiles (neutropénie) ou des lymphocytes (lymphopénie) entraîne un risque accru d'infection. En effet, le rôle des globules blancs est primordial dans la lutte contre les infections virales et bactériennes. **En cas de fièvre ou si vous ne vous sentez pas bien (frissons, diarrhées ou vomissements importants), contactez immédiatement votre médecin ;**
- la baisse du nombre de plaquettes (**thrombopénie**), qui participent au phénomène de coagulation du sang (c'est-à-dire à la création de caillots sanguins), augmente le risque de saignements et d'ecchymoses (infiltration de sang sous la peau à la suite d'un saignement).

Avant chaque cure, des prises de sang permettent de vérifier le nombre de globules blancs, globules rouges et plaquettes. La réalisation de cette prise de sang est indispensable avant l'administration de la chimiothérapie. En dessous d'un certain seuil, les doses de chimiothérapie sont adaptées ou le traitement peut être remis à plus tard.

Il est parfois nécessaire de prescrire des médicaments, appelés facteurs de croissance, lorsque la baisse du nombre de globules blancs ou de globules rouges est trop importante. Dans de rares cas, une transfusion de globules rouges ou de plaquettes peut être réalisée.

UN FACTEUR DE CROISSANCE

est une substance qui régule la croissance et la multiplication des cellules, comme certaines hormones. Les facteurs de croissance agissent par l'intermédiaire de récepteurs disposés à la surface des cellules.



SURVEILLEZ VOTRE TEMPÉRATURE

La « neutropénie fébrile » est une des complications susceptibles de survenir chez les patients traités par chimiothérapie.

Le polynucléaire neutrophile est un globule blanc impliqué dans les premiers temps de la réponse immunitaire. Il intervient dans la destruction des agents pathogènes tels que les bactéries et les virus. La diminution du nombre

de polynucléaires neutrophiles, appelée neutropénie, expose donc aux infections.

Le caractère fébrile de la neutropénie est défini par une température supérieure ou égale à 38,5 °C. En cas de température supérieure ou égale à 38,5 °C ou si vous ne vous sentez pas bien (frissons, diarrhées ou vomissements importants), contactez immédiatement votre médecin.

Syndrome pseudo-grippal

Après l'administration de certains médicaments de chimiothérapie comme la gemcitabine, la capécitabine et le nab-paclitaxel, un syndrome pseudo-grippal peut se manifester. Des symptômes habituellement associés à la grippe, comme de la fièvre, des maux de tête et des douleurs musculaires, apparaissent alors. Ces effets sont le plus souvent de courte durée et du paracétamol, prescrit par votre médecin, aide à les diminuer.

Fatigue

En dehors de la fatigue causée par la maladie elle-même, par l'appréhension des examens ou encore par les déplacements quotidiens, la fatigue peut être liée à la chimiothérapie. Elle dépend de votre tolérance au traitement, du nombre de cures et des autres effets indésirables. En effet, une anémie*, une perte d'appétit, des nausées et des vomissements, une fièvre ou encore des douleurs peuvent contribuer à cette fatigue. Elle ne doit pas être banalisée. Signalez-la à l'équipe soignante afin qu'elle soit traitée le mieux possible.

Il est prouvé qu'une activité physique débutée dès le début de votre prise en soin, adaptée, régulière et modérée permet de lutter contre la fatigue après les traitements. Parlez-en avec votre équipe soignante.

POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez le guide *Fatigue et cancer*.



Lésions de la bouche

Les médicaments de chimiothérapie utilisés pour traiter les cancers du pancréas peuvent entraîner des lésions à l'intérieur de la bouche et le long du tube digestif (aphtes, rougeurs, douleurs). On parle de mucite (inflammation d'une muqueuse) ou encore de stomatite (mucite de la bouche). Une inflammation des lèvres est également possible (chéilite).

Dès que vous constatez des aphtes ou des douleurs, prévenez votre médecin afin de recevoir un traitement antidouleur adapté.

UNE MUQUEUSE

est une membrane qui tapisse les cavités de l'organisme, notamment le tube digestif (de la bouche au rectum), les bronches et les organes génitaux.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES LÉSIONS DE LA BOUCHE

✓ À FAIRE	✗ À ÉVITER
- Après les repas, réalisez des bains de bouche sans alcool et à base de bicarbonate de soude alimentaire, prescrits par le médecin. - Brossez-vous régulièrement les dents avec une brosse à dents souple et utilisez du bicarbonate de soude. - Sucez des glaçons, de la glace pilée, des glaces à l'eau et des sorbets, des bonbons à la menthe (sauf en cas de traitement à l'oxaliplatine). - Buvez beaucoup (eau minérale, thé, tisane, boisson à base de cola). - Privilégiez les aliments sans acidité, mous, voire mixés. - Graissez-vous les lèvres en appliquant un lubrifiant (vaseline, beurre de cacao).	- Ne consommez pas d'aliments trop épicés ou acides (jus de citron, vinaigrette, moutarde), secs, croquants ou durs. - Évitez de consommer des aliments chauds et des aliments qui favorisent l'apparition d'aphtes, comme les noix, le gruyère et l'ananas. - N'utilisez pas des bains de bouche à base d'alcool : ils dessèchent la muqueuse de la bouche et risquent de provoquer des sensations de brûlure. - Évitez de fumer et de boire de l'alcool, surtout dans les semaines qui suivent le traitement.

Chute des cheveux et du système pileux

Les protocoles de chimiothérapie utilisés pour traiter le cancer du pancréas peuvent générer une chute des cheveux (appelée alopecie) parfois difficile à vivre, car elle est un signe concret et visible de la maladie. Elle est parfois précédée de douleurs ou de sensibilité du cuir chevelu. Elle commence environ 2 à 3 semaines après la première perfusion, mais elle est en général temporaire. La plupart du temps, les cheveux commencent à repousser environ 6 à 8 semaines après la fin du traitement. En attendant, une prothèse ou des accessoires capillaires peuvent vous être prescrits ; renseignez-vous auprès de votre assurance santé complémentaire sur leur niveau de prise en charge. Les cils, les sourcils et les poils pubiens peuvent également tomber provisoirement. Des conseils de maquillage des sourcils peuvent vous être apportés par une socio-esthéticienne.

POUR ALLER PLUS LOIN

Vous trouverez des informations sur la chute des cheveux ainsi que sur la prise en charge des prothèses capillaires et des accessoires sur e-cancer.fr

CONSEILS PRATIQUES POUR PRENDRE SOIN DE SES CHEVEUX

✓ À FAIRE	✗ À ÉVITER
• Utilisez un shampoing doux et en petite quantité. • Séchez-vous les cheveux en les tamponnant avec une serviette plutôt qu'en les frottant. • Utilisez une brosse douce ou un peigne à larges dents pour se coiffer. • Pensez aux perruques, foulards, turbans ou chapeaux de toile. • Portez un chapeau en cas d'exposition au soleil.	• Ne vous lavez pas les cheveux trop fréquemment. • Évitez les rouleaux et les sèche-cheveux, les colorations ou tout autre produit chimique. • Évitez d'exposer au soleil le cuir chevelu en cas de chevelure qui se raréfie.

Fragilisation des ongles

Les ongles des mains et des pieds peuvent changer d'aspect et parfois tomber, sans occasionner de douleur, particulièrement lorsque le traitement comprend de l'oxaliplatine ou du nab-paclitaxel. Avant qu'un ongle ne se détache,

un nouvel ongle a commencé à pousser en dessous. Il est conseillé de porter des chaussures confortables et des gants de protection pour le jardinage et les travaux ménagers, et de se couper les ongles courts pour éviter qu'ils ne se fissurent ou se soulèvent. Vous pouvez trouver en pharmacie des solutions protectrices et des vernis au silicium pour protéger vos ongles.

Troubles cutanés et syndrome « main-pied »

Les médicaments de chimiothérapie conventionnelle peuvent entraîner des troubles au niveau de la peau : rougeurs, plaques, dessèchement, tiraillement, ainsi que des éruptions cutanées aussi appelées rash cutanés.

Parmi ces troubles, le syndrome main-pied se manifeste au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds. Il se caractérise par des rougeurs, un gonflement, une sécheresse de la peau ou des cloques.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES TROUBLES CUTANÉS

✓ À FAIRE	✗ À ÉVITER
• Appliquez régulièrement et généreusement un agent hydratant sur la peau (après la toilette avec un savon surgras). • Réalisez une manucure et une pédicure avant de commencer le traitement, si les mains et les pieds sont déjà un peu abîmés (présence de corne). • Portez des vêtements amples et des chaussures souples.	• Ne vous exposez pas les mains et les pieds à la chaleur (soleil, bains chauds, sauna). • Ne pratiquez pas d'activités qui entraînent un frottement de la peau ou une pression sur les mains (activités ménagères, conduite, jardinage, etc.). • N'appliquez pas des pansements adhésifs ou des bandages serrés. • Évitez de marcher de manière prolongée et de courir en cas de syndrome main-pied.

Si votre peau devient rouge, sensible ou douloureuse, signalez-le à votre médecin sans attendre que les symptômes empirent. Des médicaments antidouleur, prescrits par votre médecin, et des soins locaux peuvent les soulager.

Sensations d'engourdissement ou de fourmillements

Certains médicaments de chimiothérapie conventionnelle ont un effet toxique sur les nerfs (notamment l'oxaliplatine et le nab-paclitaxel). Ils peuvent entraîner des troubles de la sensibilité, appelés paresthésies, qui se manifestent par des sensations d'engourdissement, de fourmillements ou de picotements qui peuvent être douloureuses et handicapantes. Ils peuvent également se manifester par des troubles de la coordination des mouvements ou une perte de force dans les muscles. Ces symptômes sont nommés troubles neuropathiques périphériques. Il est très important de les signaler immédiatement à votre médecin sans attendre le rendez-vous suivant et même si vous les supportez bien. Ils peuvent rendre nécessaire une diminution des doses voire un arrêt du traitement.

Troubles cardiaques

Le 5-FU peut avoir un impact négatif sur le cœur avec un risque (relativement faible) de spasmes coronariens pouvant provoquer des douleurs thoraciques parfois en lien avec un infarctus. En cas de douleur thoracique ou d'essoufflement, contactez immédiatement votre médecin. Des effets cardiaques sont également observés avec le nab-paclitaxel (accélération des battements du cœur appelée tachycardie).

Troubles musculo-squelettiques

La gemcitabine et le nab-paclitaxel, notamment, peuvent entraîner des douleurs dans les muscles, les articulations, au niveau du dos et des extrémités. Des antalgiques peuvent vous être prescrits.

Troubles respiratoires

Des difficultés à respirer, une toux, une rhinite ou des saignements de nez peuvent se manifester. Ces symptômes peuvent alerter sur la présence d'une infection ou d'une réaction pulmonaire aux médicaments de chimiothérapie conventionnelle, notamment à l'oxaliplatine, à la gemcitabine et au nab-paclitaxel. N'hésitez pas à les signaler à votre équipe soignante.

Troubles hépatiques

Le 5-FU, l'irinotécan, la gemcitabine et la capécitabine peuvent avoir une incidence sur le fonctionnement du foie, surtout lorsque celui-ci fonctionne déjà mal par exemple en cas de maladie du foie préexistante ou d'obstacle biliaire lié à la tumeur du pancréas et qui ne serait pas complètement levé par la prothèse posée. Une surveillance de certaines **enzymes*** hépatiques est nécessaire. Prévenez votre médecin en cas de symptômes évocateurs d'une atteinte hépatique (nausées, vomissements, fièvre, jaunisse et douleurs abdominales).

Réactions allergiques

Comme tout médicament, les médicaments de chimiothérapie peuvent être source d'allergie. Ces réactions surviennent en général lors de la perfusion. Alertez votre médecin en cas de gonflement du visage, des lèvres et de la langue, d'oppression de la poitrine, de difficultés à respirer ou de frissons, de réactions cutanées (démangeaisons, rougeurs, boutons), de bouffées de chaleur ou de tout autre trouble inhabituel.



CONTRE-INDICATIONS

Les vaccins dits vivants, tels que ceux contre la fièvre jaune ou la rougeole par exemple, sont contre-indiqués au moins 6 mois après la

chimiothérapie. En cas de voyage dans des pays dits « à risque », questionnez votre oncologue médical et/ou votre médecin traitant.

Affections oculaires

Les yeux peuvent être affectés par certaines chimiothérapies. Les yeux qui pleurent sont fréquents avec l'irinotécan et le nab-paclitaxel. Le traitement par oxaliplatine et capécitabine peut également provoquer une conjonctivite, c'est-à-dire une inflammation de la muqueuse qui tapisse l'intérieur et l'avant des yeux. Elle se traduit par des écoulements purulents, des sensations de brûlure et des rougeurs.

Hypertension artérielle

L'un des effets indésirables fréquents de l'oxaliplatine et du nab-paclitaxel est l'hypertension artérielle, c'est-à-dire une tension trop élevée.

Œdèmes

Des œdèmes (gonflements) des jambes, des bras... peuvent survenir notamment avec la gemcitabine et le nab-paclitaxel. Chez les patients à risque, il peut être recommandé de porter des bas de contention et de suivre un régime pauvre en sel.

Thrombose (phlébite)

La formation d'un caillot sanguin dans les veines, appelée thrombose veineuse ou phlébite peut être la conséquence de la chimiothérapie. C'est également un symptôme du cancer du pancréas lui-même. Le caillot sanguin se situe le plus souvent aux jambes. Dans les cas les plus graves, il se détache et circule jusqu'à un poumon. C'est ce qui s'appelle une embolie pulmonaire. Cette affection susceptible d'être grave peut se manifester par un essoufflement et parfois une douleur dans la poitrine.

Le fait de cesser de fumer réduit le risque de formation de caillots sanguins. Le fait de changer de position fréquemment, de faire des exercices pour les jambes et les chevilles et de se déplacer réduit également ce risque.

Le médecin peut aussi vous prescrire un traitement préventif à base de faibles doses d'anticoagulants, qui réduit la probabilité de formation de caillots sanguins chez les personnes

à risque. Des bas de contention pourront également vous être prescrits, selon les cas.

Il est important de signaler en urgence à votre médecin la présence d'une rougeur, d'un gonflement, d'une douleur au niveau du mollet ou de la poitrine, ou un essoufflement anormal.

Traitement du cancer du pancréas et sexualité

La libido peut être modifiée pendant le traitement et quelque temps après. Les effets indésirables des médicaments comme la fatigue physique et psychologique, la modification de l'image de soi, les nausées et les vomissements peuvent en effet diminuer temporairement le désir ou la capacité physique. De même, le stress et l'inquiétude entraînent souvent une baisse de désir. Cette diminution de la libido est normale et généralement temporaire.

Les médicaments peuvent par ailleurs générer une sécheresse des muqueuses, dont celle du vagin, pouvant rendre la pénétration sexuelle difficile et douloureuse. Il existe des gels intimes hydratants pour les muqueuses et des lubrifiants efficaces.

Chez les hommes, les effets indésirables des médicaments peuvent se manifester par des dysfonctions érectiles.

En cas de difficultés, n'hésitez pas à en parler avec votre équipe médicale qui vous orientera vers une solution adaptée à votre situation. Par exemple, un accompagnement psychologique, associant ou non votre partenaire, peut être mis en place pour vous aider.

Traitement du cancer du pancréas et fertilité

Il est très important de parler de la fertilité avant de commencer un traitement si vous envisagez d'avoir des enfants. Certains médicaments de chimiothérapie sont en effet susceptibles de provoquer une baisse de la fertilité voire une infertilité. Celle-ci n'est pas forcément définitive. Cela dépend notamment de votre âge et du type de traitement employé.

POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez le site internet des CECOS (cecos.org) qui propose une liste de questions fréquentes et une information détaillée et pratique sur la préservation de la fertilité.

Une consultation au Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains (CECOS) le plus proche de chez vous peut vous être proposée. Cette structure spécialisée assure le recueil et la conservation des gamètes (spermatozoïdes et ovules) et des tissus germinaux (c'est-à-dire du tissu testiculaire ou ovarien).

En outre, certains traitements provoquent des malformations fœtales. Une grossesse est donc formellement contre-indiquée pendant les traitements. Une contraception adaptée doit être mise en place pour les couples en âge d'avoir des enfants. Elle doit être poursuivie pendant toute sa durée et jusqu'à plusieurs semaines après la fin du traitement médicamenteux.

**LES POINTS À RETENIR**

1. La chimiothérapie conventionnelle est un des traitements principaux du cancer du pancréas. Elle peut être effectuée avant ou après une chirurgie ou sans chirurgie préalable.
2. Les médicaments de chimiothérapie visent la destruction de l'ensemble des cellules cancéreuses, quelle que soit leur position dans le corps, en empêchant la division cellulaire. Ils ont des effets possibles sur l'ensemble de l'organisme.
3. Lorsque le traitement est administré par voie intraveineuse, une chambre implantable, par laquelle est injecté le médicament, est installée lors d'une petite intervention chirurgicale. Cela permet d'éviter les inconvénients de perfusions répétées au bras.
4. Lors d'un traitement médicamenteux, il est important de surveiller votre poids, car il faut éviter qu'il baisse. Il faut également surveiller votre température qui peut augmenter après certaines chimiothérapies.

**EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À L'ÉQUIPE MÉDICALE**

- ☐ Comment le suivi se déroule-t-il en pratique ?
- ☐ Quels sont les professionnels chargés de mon suivi ?
- ☐ Quels seront les examens nécessaires ?
- ☐ À quel intervalle les consultations et les examens auront-ils lieu ?
- ☐ Qui contacter en cas d'apparition de symptômes entre deux consultations ?

6

LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR

DOULEURS

PLEXUS CÆLIAQUE

88. D'OÙ PROVIENT LA DOULEUR ?

88. COMMENT SOULAGER LA DOULEUR ?

90. L'ALCOOLISATION DU PLEXUS CÆLIAQUE

Des solutions existent pour traiter la douleur provoquée par un cancer du pancréas. N'hésitez pas à en parler avec votre équipe médicale qui dispose de plusieurs possibilités pour agir et calmer la douleur en proposant un traitement adapté à votre situation.

D'OÙ PROVIENT LA DOULEUR ?

Le pancréas est situé à proximité d'un réseau de nerfs. Dans l'organisme, chaque organe, chaque muscle est relié à des nerfs qui permettent d'ordonner des actions à distance comme une contraction ou un relâchement. Les nerfs transmettent aussi des informations, comme la douleur en cas d'inflammation, de traumatisme ou de tumeur.

Ces nerfs s'organisent en faisceaux et se regroupent à certains endroits du corps pour former des ganglions nerveux. On appelle plexus un rassemblement de plusieurs de ces ganglions.

Près du pancréas, le plexus coeliaque réunit des nerfs provenant de l'ensemble du système digestif. Lorsqu'un cancer se développe sur le pancréas, la tumeur s'étend parfois vers ce réseau de nerfs et provoque alors des douleurs importantes.

COMMENT SOULAGER LA DOULEUR ?

D'importants progrès médicaux ont été réalisés dans le traitement de la douleur et il existe aujourd'hui de nombreux médicaments permettant de la soulager : paracétamol, anti-inflammatoires, dérivés de la morphine... Ces médicaments peuvent être administrés par voie orale ou par voie transdermique (patchs appliqués sur la peau et changés régulièrement). De plus, la chimiothérapie peut



CONSULTEZ DES SPÉCIALISTES

Il existe des structures spécialisées d'évaluation et de gestion de la douleur. Parlez-en avec votre médecin qui pourra vous orienter vers une consultation spécialisée dans les traitements de la douleur.

Un annuaire national des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique est disponible sur le site du ministère des Solidarités et de la Santé et accessible depuis le site e-cancer.fr

avoir un effet antalgique. Mais il arrive cependant que ces traitements ne soient pas suffisants pour traiter les douleurs provoquées par un cancer du pancréas. Dans certains cas, elles peuvent alors être soulagées par un traitement local appelé alcoolisation du plexus coeliaque.

Des techniques non médicales aident également à lutter contre la douleur comme la kinésithérapie, la relaxation, la sophrologie et l'hypnose.

L'objectif des traitements est de supprimer la douleur ou, à défaut, de l'atténuer pour la rendre supportable au quotidien, afin qu'elle altère le moins possible votre qualité de vie.

Si votre médecin ne parvient pas à vous soulager efficacement, il peut vous orienter vers un spécialiste du traitement de la douleur (algologue) ou un centre de lutte contre la douleur.

L'ALCOOLISATION DU PLEXUS CÉLIAQUE

L'alcoolisation du plexus cœliaque est un traitement qui consiste à injecter de l'alcool sur les nerfs qui émettent des signaux de douleur. L'alcool détruit les nerfs et bloque ainsi la propagation de la douleur.

Le traitement peut être effectué selon deux techniques différentes :

- par échoendoscopie réalisée par un gastroentérologue ;
- par injection à travers la peau sous contrôle d'un scanner*, réalisée par un radiologue.

Après le traitement

Après le traitement, vous pouvez généralement sortir de l'hôpital le jour même. Il peut arriver que la douleur ne disparaisse pas complètement ou réapparaisse après plusieurs semaines. Il se peut que des troubles digestifs (diarrhées) apparaissent à la suite de cette intervention.



LES DOULEURS PROVOQUÉES PAR LES MÉTASTASES OSSEUSES

Lorsque le cancer du pancréas se développe, des cellules tumorales peuvent se propager aux os et entraîner des douleurs parfois difficiles à soulager par des médicaments.

Une radiothérapie* ciblée sur ces métastases* peut être utilisée pour soulager ces douleurs de façon durable. Une seule séance est souvent suffisante. L'effet antidouleur n'est pas immédiat. Les douleurs s'accroissent parfois dans les jours qui suivent avant de diminuer ; un délai de 4 à 6 semaines

peut être nécessaire pour obtenir un effet antidouleur maximal. Pour en savoir plus sur la radiothérapie, vous pouvez consulter le guide *Comprendre la radiothérapie*.

Dans certains cas, un traitement réalisé par un radiologue interventionnel peut être proposé. Il consiste à détruire la métastase osseuse en la congelant (cryothérapie) ou en la brûlant. Un ciment adapté au corps humain peut également être utilisé pour consolider l'os fragilisé par la métastase (cimentoplastie).

7

LE SUIVI APRÈS TRAITEMENTS

SURVEILLANCE

EXAMEN

SOINS DE SUPPORT

RÉCIDIVE

92. LES OBJECTIFS DU SUIVI APRÈS TRAITEMENTS

92. LES EXAMENS

Après les traitements initiaux, un suivi régulier est mis en place. L'équipe spécialisée ayant effectué le traitement joue un rôle essentiel dans le suivi, en lien avec votre médecin traitant.

LES OBJECTIFS DU SUIVI APRÈS TRAITEMENTS

Le suivi a pour objectifs de :

- détecter de manière précoce tout signe de réapparition éventuelle de cellules cancéreuses au même endroit ou dans une autre région du corps (récidive, également appelée rechute);
- identifier tout effet indésirable tardif des traitements, notamment insuffisance pancréatique et diabète*;
- organiser les soins de support nécessaires pour rétablir et/ou préserver au mieux votre qualité de vie.

LES EXAMENS

Le suivi comprend des consultations au cours desquelles votre médecin vous interroge sur d'éventuels symptômes que vous pouvez ressentir, vous examine et vous prescrit certains examens.

Pendant les 5 premières années suivant le traitement, le médecin effectuera un examen clinique avec dosage du CA19-9 et de la glycémie, à jeun, tous les 3 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois pendant 3 ans. Avec la même périodicité, un scanner du thorax et de la région abdominopelvienne devra être réalisé.

Après ces 5 premières années de suivi sans récidive ni apparition d'une nouvelle tumeur primitive, la fréquence des examens de suivi est décidée au cas par cas par l'équipe qui vous accompagne.



QU'EST-CE QUE LE CA19-9 ?

Certaines tumeurs libèrent des substances dans le sang appelées marqueurs tumoraux. Le principal marqueur tumoral du cancer du pancréas s'appelle l'antigène carbohydrate 19-9 (CA 19-9). L'augmentation de son taux de concentration dans le sang peut être le signe d'une récidive ou de l'apparition d'un autre cancer.

Attention, il est impossible d'interpréter par vous-même les résultats d'analyse. Une concentration normale de CA 19-9 n'exclut pas un diagnostic de cancer et une concentration anormale peut être provoquée par une autre cause comme une gêne à l'élimination de la bile, un diabète ou une pancréatite par exemple.

Le médecin vous indique également les symptômes qui doivent vous conduire à consulter en dehors des rendez-vous programmés tels que : jaunisse, prurit (démangeaisons), fièvre, frissons... Si vous ressentez des symptômes nouveaux ou inexpliqués (fatigue, douleurs, modifications du transit, perte inexpliquée de poids ou d'appétit...), consultez votre médecin traitant qui évaluera la nécessité de vous orienter vers votre équipe hospitalière.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À L'ÉQUIPE MÉDICALE

- ☐ Comment le suivi se déroule-t-il en pratique ?
- ☐ Quels sont les professionnels chargés de mon suivi ?
- ☐ Quels seront les examens nécessaires ?
- ☐ À quel intervalle les consultations et les examens auront-ils lieu ?
- ☐ Qui contacter en cas d'apparition de symptômes entre deux consultations ?

8

LES SOINS PALLIATIFS

ÉQUIPES MOBILES

UNITÉ DE SOINS PALLIATIFS

ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE

- 96. LES SOINS PALLIATIFS, QU'EST-CE QUE C'EST ?
- 97. EN PRATIQUE, COMMENT S'ORGANISENT CES SOINS ?
- 97. QUI PARTICIPE AUX SOINS PALLIATIFS ?
- 98. COMMENT TROUVER UNE STRUCTURE DE SOINS PALLIATIFS ?

Les soins palliatifs regroupent l'accompagnement et les soins actifs et continus, pratiqués par une équipe interdisciplinaire à l'hôpital ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance physique et morale, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.

LES SOINS PALLIATIFS, QU'EST-CE QUE C'EST ?

Les soins palliatifs sont des soins de support (voir page 32). Ils peuvent être mis en place à différentes périodes de la maladie. Ils s'adressent aux personnes de tous âges confrontées aux problèmes liés à des maladies potentiellement mortelles. Pour les personnes atteintes d'un cancer du pancréas, les soins palliatifs sont considérés en cas de maladie trop avancée pour être traitée par les traitements curatifs (tumeur primitive non opérable ou maladie métastatique).

Il y a un bénéfice à débiter précocement l'accompagnement et les soins palliatifs. Ces soins sont pris en charge par l'Assurance maladie.

Au niveau physique, des soins et/ou des traitements palliatifs permettent d'atténuer les douleurs et de soulager les autres symptômes liés à la maladie, mais ils ne suppriment pas la cause de la maladie. La radiothérapie et la chimiothérapie conventionnelle, qui sont connues pour être des traitements curatifs (pour guérir), peuvent aussi être des traitements palliatifs. Parmi les traitements interventionnels, l'endoscopie et la radiologie peuvent être utilisées dans un but purement palliatif, pour soulager des symptômes. La chirurgie n'est plus qu'exceptionnellement utilisée à titre palliatif.

Une hospitalisation en unité de soins palliatifs peut aussi permettre de soulager temporairement les patients avant un retour dans une unité de soins traditionnelle, voire un retour au domicile. Il s'agit des patients présentant des symptômes difficilement gérables en hospitalisation traditionnelle ou nécessitant un temps d'accompagnement important. Le personnel soignant et les bénévoles présents dans certaines structures de soins palliatifs accompagnent et soutiennent également les proches.



Les soins palliatifs doivent être discutés dès que nécessaire, notamment en cours de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP).

EN PRATIQUE, COMMENT S'ORGANISENT CES SOINS ?

La demande de soins palliatifs peut être effectuée par l'équipe médicale. Elle est aussi parfois faite directement par le patient ou par un de ses proches. Dans ce cas, l'équipe de soins palliatifs n'interviendra qu'après en avoir informé l'équipe médicale qui suit le patient et qui, la plupart du temps, a donné un accord au préalable.

L'orientation vers les différents dispositifs de soins palliatifs se fait en concertation entre les professionnels de santé, le patient et ses proches. Elle dépend de leurs souhaits et des possibilités d'accueil offertes par le lieu de soins ou le domicile.

QUI PARTICIPE AUX SOINS PALLIATIFS ?

Les équipes mobiles et les unités de soins palliatifs sont composées :

- de médecins, spécialistes de la gestion de la douleur et des symptômes ;
- d'infirmiers ;
- d'aides-soignants ;
- d'auxiliaires de vie ;
- de kinésithérapeutes ;
- d'orthophonistes ;
- de psychomotriciens ;
- de psychologues, à votre écoute et disponibles pour vos proches.

Des bénévoles formés à l'écoute et à l'accompagnement sont également présents dans certaines structures de soins palliatifs et peuvent se déplacer à domicile. Ces différents intervenants travaillent en concertation avec un rôle d'égale importance. Ils discutent entre eux et apportent leurs compétences pour permettre un accompagnement adapté au patient et à ses besoins. Ils interviennent en lien avec le médecin traitant.

COMMENT TROUVER UNE STRUCTURE DE SOINS PALLIATIFS ?

Des structures de soins palliatifs sont présentes dans chaque région. Vous pouvez vous adresser à votre médecin traitant ou au médecin de l'hôpital pour connaître la structure la plus proche de chez vous. Leurs coordonnées sont également disponibles :

- sur le site de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) : **sfap.org**
- par téléphone, auprès de la ligne « La fin de vie, et si on en parlait ? » Une équipe de professionnels est à votre disposition pour vous écouter, vous informer, vous orienter au **01 53 72 33 04** du lundi au vendredi de 10 heures à 13 heures et de 14 heures à 17 heures. Cette plateforme nationale d'écoute vous rappelle gratuitement au numéro de votre choix (téléphone fixe ou portable) pour répondre à vos questions. Des échanges par mail sont également possibles sur le site **parlons-fin-de-vie.fr**. Ces services sont gérés par le Centre national des soins palliatifs et de fin de vie (CNSPFV).
- sur le site de la Fédération Jeanne-Garnier, fédération des établissements des Dames du Calvaire, **federationjeanne-garnier.org**
- sur le site de l'Union nationale des associations pour l'accompagnement et le développement des soins palliatifs (UnASP), **unasp.org**. Vous pouvez notamment trouver une carte, un annuaire et les sites internet des associations pour l'accompagnement et le développement des soins palliatifs.

9

LES PROFESSIONNELS ET LEUR RÔLE

Au cours de la maladie, vous rencontrez ou pouvez solliciter de nombreux professionnels, que ce soit dans l'établissement de santé dans lequel vous êtes suivi ou en ville. Ces professionnels participent à votre parcours de soins, depuis le diagnostic de la maladie jusqu'au suivi après les traitements.

Votre accompagnement est global et s'effectue de manière coordonnée entre votre médecin traitant, les professionnels de santé de proximité et l'équipe médicale hospitalière. Voici, en quelques mots et par ordre alphabétique, en quoi consistent les activités des professionnels qui vous entourent.

- **L'aide-soignant** participe à vos soins et à votre bien-être en collaboration avec les infirmiers.
- **L'anatomopathologiste**, ou pathologiste, est un médecin qui examine au microscope les cellules et les tissus prélevés au cours d'une biopsie ou d'une chirurgie. Son rôle est déterminant pour le diagnostic et l'orientation du choix des traitements lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).
- **L'anesthésiste-réanimateur** est un médecin chargé de vous endormir ou de vous insensibiliser lors d'une opération chirurgicale. Avant l'opération, il vous examine au cours d'une consultation préanesthésique afin de déterminer la technique d'anesthésie la plus appropriée. Pendant l'intervention, il effectue et surveille l'anesthésie. Il assure ensuite votre suivi en salle de réveil et traite la douleur éventuelle. L'anesthésiste-réanimateur peut également effectuer la pose de la chambre implantable.

- **L'assistant de service social** est un professionnel du domaine social qui vous accompagne, vous aide dans vos démarches et vous aide à résoudre vos difficultés économiques, sociales et juridiques. Vous pouvez contacter un assistant de service social au sein de l'établissement de santé où vous êtes suivi ou en ville.
- **Le biologiste** est un médecin ou un pharmacien, responsable des examens de biologie médicale ou des analyses médicales (analyses de sang par exemple) dans un laboratoire en ville ou à l'hôpital. Le biologiste contribue à la prévention, au diagnostic, au traitement et au suivi du patient.
- **Le cadre de santé** est un infirmier responsable de la coordination de l'équipe paramédicale (infirmiers, aides-soignants) du service d'un établissement de santé. Le cadre de santé est parfois appelé cadre infirmier ou cadre de soins.
- **Le chirurgien viscéral et digestif** est un médecin qui pratique des opérations chirurgicales pour traiter les affections ou les pathologies qui touchent les organes de l'abdomen et le tube digestif. Il peut notamment diagnostiquer un cancer, enlever une tumeur, des tissus ou des organes atteints, assurer le fonctionnement correct d'un organe, remédier à certaines complications. Il peut également effectuer la pose de la chambre implantable.
- **Le diététicien** dépiste la dénutrition en partenariat avec l'équipe soignante (dont les médecins spécialisés en nutrition clinique) et guide les choix alimentaires en fonction des effets indésirables liés aux traitements. Sur prescription médicale, il adapte la gestion des problèmes nutritionnels provoqués par le cancer et ses traitements.
- **Le gériatre** est un médecin spécialiste des patients âgés. Les affections concernées sont aussi bien physiques que mentales, fonctionnelles et sociales. Le gériatre propose une approche globale qui va de la prévention jusqu'à la fin

de vie, en passant par les soins aigus, les soins chroniques et la réhabilitation. Il évalue la fragilité des patients, identifie les pistes d'amélioration avant traitement et corrige les polymédications (les prescriptions trop nombreuses de médicaments). Il contribue au choix des traitements et au suivi de leur tolérance. Le gériatre intervient dans les établissements hospitaliers, dans les établissements médico-sociaux, dans les réseaux de santé ou dans le secteur ambulatoire.

- **L'hépatogastroentérologue** est un médecin spécialiste de l'appareil digestif. Il traite les maladies de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, de l'anus, du foie, du pancréas ou encore de la vésicule biliaire. Il peut avoir une compétence en endoscopie interventionnelle, pour diagnostiquer avec certitude la tumeur pancréatique (biopsie sous échoendoscopie) et traiter certaines complications mécaniques du cancer (ictère par compression de la voie biliaire, rétrécissement du duodénum).
- **L'infirmier diplômé d'État** est chargé de réaliser des soins et d'administrer les traitements prescrits par le médecin. Il assure le confort et l'hygiène de la personne soignée et a un rôle d'information, de prévention, d'éducation à la santé et de surveillance auprès des patients. Il exerce son activité au sein d'un établissement de soins ou en libéral. Dans certains centres, un infirmier coordinateur assure la coordination du parcours de soins des malades pendant la phase active du traitement.
- **L'interne** en médecine est un médecin en fin de formation de spécialité universitaire. Il examine et suit les patients hospitalisés et prescrit des examens et des traitements sous la supervision d'un médecin titulaire.
- **Le kinésithérapeute, ou masseur-kinésithérapeute**, aide à rééduquer différentes parties du corps grâce à des mouvements adaptés et à des massages. Sur prescription médicale, le masseur-kinésithérapeute réalise des actes,

manuellement ou à l'aide d'appareils, et vous apprend des gestes ou des techniques qui permettent de remédier à vos déficits.

- **Le médecin du travail** veille à la prévention de la santé et à la sécurité au travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène, les risques de contagion et la santé physique et mentale des travailleurs: stress, fatigue, maladie professionnelle... Il statue sur l'aptitude à reprendre le travail et peut faciliter un aménagement de poste et du temps de travail. Le médecin du travail est le plus souvent salarié d'un service interentreprises de santé au travail.
- **Le médecin généraliste** vous accompagne dans vos différents problèmes de santé dans une approche globale, médicale et médico-sociale. Il coordonne les acteurs de proximité (infirmier, kinésithérapeute...). Concernant les cancers, il a un rôle très important pour la prévention, le dépistage et le diagnostic, pendant les traitements et lors de la surveillance après les traitements. Il est en lien avec l'établissement de santé par des contacts téléphoniques, des comptes rendus et des courriers médicaux. Il est en général choisi comme médecin traitant. Si besoin, il accompagne également votre entourage.
- **Le médecin traitant** est le médecin que vous avez choisi et déclaré auprès de votre caisse d'assurance maladie. Il coordonne vos soins, vous guide vers d'autres professionnels de santé, gère votre dossier médical et assure une prévention personnalisée. Le médecin traitant est souvent un médecin généraliste, mais ce peut être un autre spécialiste. Il peut être conventionné ou non, exercer dans un cabinet, à l'hôpital ou dans toute autre structure de soins.
- **Le médecin nutritionniste** est spécialiste des troubles et des maladies de la nutrition. Certains sont spécialisés en nutrition clinique et pourront intervenir en cas de dénutrition. Par exemple, si vous n'êtes plus capable de vous alimenter à hauteur de vos besoins, le médecin nutritionniste

pourra vous proposer un support nutritionnel aussi appelé « nutrition artificielle ».

- **L'oncologue**, ou **cancérologue**, est un médecin spécialiste des cancers et de ses traitements. Ce peut être un spécialiste de la chimiothérapie (oncologue médical), un spécialiste de la radiothérapie (oncologue radiothérapeute), un spécialiste d'organe (hépatogastroentérologue...) ou un chirurgien, spécialisé en cancérologie.
- **Le pharmacien** exerce en ville (**pharmacien officinal**) ou dans un établissement de santé (**pharmacien hospitalier**). Il travaille en collaboration étroite avec les autres professionnels de santé. Il est notamment chargé d'analyser la prescription des médicaments et d'autres produits de santé, de les préparer et de les délivrer. Selon les besoins du patient, le pharmacien donne toute information utile à leur bon usage et leur mode d'action, leur mode d'administration, les précautions d'emploi, les éventuels effets indésirables, les conseils hygiénodététiques associés, etc. Le pharmacien peut également vous accompagner dans le suivi de votre traitement (pharmacie clinique), participer aux séances d'éducation thérapeutique et faciliter les liens ville-hôpital en réalisant la « conciliation thérapeutique » à l'entrée et à la sortie de l'hôpital. La conciliation médicamenteuse permet, lors d'une nouvelle prescription, de prendre en compte tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Il est en mesure de créer, avec votre accord, votre dossier pharmaceutique (DP), qui recense les médicaments qui vous ont été délivrés au cours des quatre derniers mois. Cela facilite l'identification d'interactions entre les médicaments et permet une meilleure continuité des traitements, notamment lors des hospitalisations. À l'hôpital, le pharmacien est également responsable de la préparation des médicaments anticancéreux injectables qui seront administrés. Il peut aussi, lorsque vous n'êtes pas hospitalisé, vous dispenser certains médicaments dits « de rétrocession » qui ne sont pas disponibles en officine de ville.

- **Le pédicure-podologue** est le spécialiste du pied: il en évalue l'état clinique, met en œuvre les traitements des affections de la peau et des ongles et y pratique des soins d'hygiène. Il peut réaliser différentes orthèses en cas de nécessité. Avec ces soins, il peut prévenir les complications liées à certains traitements médicamenteux tels que le syndrome mains-pieds ou la fragilisation des ongles.
- **Le psychiatre** est un médecin spécialiste des maladies mentales et des troubles psychologiques (dépression ou anxiété en réaction à la maladie, difficultés relationnelles ou de comportement, troubles cognitifs...). Comme tout médecin, il peut prescrire des médicaments. Lorsqu'il travaille en cancérologie, il est généralement appelé oncopsychiatre.
- **Le psychologue** est un professionnel spécialiste de l'écoute et formé à aider des personnes en situation de souffrance psychique. Il assure un soutien et un suivi psychologique par des entretiens individuels avec le patient ou son entourage ou en groupe. Lorsqu'il travaille en cancérologie, on parle aussi de **psycho-oncologue** ou d'**oncopsychologue**.
- **Le radiologue** est un médecin qui interprète des images du corps ou d'organes effectuées lors d'examens de radiologie tels qu'un scanner, une IRM ou une échographie. Son rôle est déterminant pour le diagnostic et l'orientation du choix des traitements lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Il peut être amené à réaliser des actes médicaux à visée diagnostique ou thérapeutique grâce aux techniques d'imagerie médicale. On parle alors de radiologie interventionnelle. Il est assisté par un **manipulateur de radiologie** qui est la personne qui vous accueille, pose la perfusion pour injecter le produit de contraste d'un scanner ou d'une IRM, puis vous installe dans la machine. C'est elle aussi qui réalise l'acquisition des images, en collaboration avec le radiologue.

- **Le sexologue** est un professionnel formé à la sexologie. Il répond à vos questions et vous aide, vous ou votre partenaire, à gérer les difficultés sexuelles, y compris celles liées à la maladie et ses traitements. Ce peut être un médecin (un gynécologue, un urologue, un psychiatre), un psychologue, etc. N'hésitez pas à parler de sexualité avec votre médecin traitant qui pourra vous orienter vers un professionnel formé.
- **La socio-esthéticienne** apporte une aide à la qualité de vie des personnes malades par des conseils en image corporelle et des soins esthétiques : coiffure, maquillage, manucure, soins de confort, etc.
- **Le spécialiste de la douleur**, ou **algologue**, est un professionnel formé spécifiquement sur les traitements de la douleur. La maladie ou ses traitements provoquent souvent des douleurs modérées ou intenses. L'algologue les traite par diverses méthodes. Ces spécialistes travaillent habituellement en équipe pluridisciplinaire au sein de structures spécialisées.

10

DÉMARCHES
SOCIALES ET
ADMINISTRATIVES

ALD

REMBOURSEMENTS

TRAVAIL

108. LES DÉMARCHES À EFFECTUER

109. L'ALD ET LA PRISE EN CHARGE DE VOS SOINS

110. LA VIE PROFESSIONNELLE PENDANT LES TRAITEMENTS

111. SE FAIRE ACCOMPAGNER PAR UN ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL

Avec la maladie, des changements peuvent survenir dans votre vie personnelle, familiale et professionnelle. Vous devez effectuer différentes démarches administratives et sociales afin de concilier au mieux votre parcours de soins et votre vie quotidienne.

LES DÉMARCHES À EFFECTUER

Selon votre cas personnel, les démarches à effectuer à l'annonce du diagnostic sont :

- rencontrer votre médecin traitant afin qu'il remplisse la demande de prise en charge à 100 % dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD) (voir ci-après) ;
- contacter la Caisse d'allocations familiales (CAF) pour étudier vos droits à diverses aides ;
- prendre rendez-vous avec votre banquier pour faire un bilan financier ;
- monter un dossier « sinistre assurance emprunteur » dans le cadre d'une prise en charge de la mensualité du prêt si cette option d'assurance a été prise au moment du prêt ;
- se renseigner auprès de votre mutuelle pour connaître les éventuels dispositifs d'aide de celle-ci ;
- rencontrer votre employeur pour connaître les aides mises en place dans l'entreprise, y compris au niveau du Comité social et économique (CSE), tout en préservant le secret médical ;
- pour les professions non salariées, se renseigner auprès de la Sécurité sociale pour les indépendants.

Si vous en ressentez le besoin, vous pouvez réaliser ces démarches en étant accompagné d'un proche. Il peut aussi les faire pour vous sous procuration. Vous pouvez également avoir recours à un assistant de service social pour vous accompagner dans vos différentes démarches (voir page 111).

N'oubliez pas tous les documents nécessaires à la constitution des dossiers : certificat médical, arrêt de travail, indemnités de Sécurité sociale, attestation d'ALD, carte Vitale et carte de mutuelle, etc. Vous pouvez également en effectuer des photocopies.

L'ALD ET LA PRISE EN CHARGE DE VOS SOINS

Qu'est-ce que l'ALD ?

Selon la définition de l'Assurance maladie, une affection de longue durée (ALD) est une maladie qui nécessite un suivi et des soins prolongés (plus de 6 mois) ainsi que des traitements coûteux, ouvrant droit à une prise en charge à 100 %. Le cancer fait partie des affections de longue durée.

Le taux de prise en charge à 100 % concerne les soins et les traitements remboursables par l'Assurance maladie en rapport avec votre maladie et uniquement celle-ci. Cependant, certains frais ne sont pas couverts. Il s'agit notamment du forfait hospitalier (coût de l'hébergement, de la restauration et de l'entretien des chambres pendant une hospitalisation) et des soins dont le coût dépasse le tarif de la Sécurité sociale. La part non remboursée par l'Assurance maladie est à votre charge ou peut être remboursée par votre assurance santé complémentaire si vous en avez une.

C'est votre médecin traitant qui établit le formulaire pour demander votre mise en ALD. Il adresse ce document, appelé protocole de soins, au médecin-conseil de l'Assurance maladie. Après accord de ce dernier, le protocole de soins vous est remis et expliqué par votre médecin traitant. Il vous informe sur la proposition de soins, sur leur durée et sur vos remboursements. Dans le cadre de soins urgents, comme le cancer, le médecin de l'équipe spécialisé peut faire la première demande d'ALD, qui est alors valable pour 6 mois puis est renouvelée par votre médecin traitant.

POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez la fiche de l'Assurance maladie en ligne sur **ameli.fr/assures**, rubrique « Soins et remboursements », puis « Combien serez-vous remboursé » et enfin « Frais de transport ».

Les frais de transport

Concernant les frais de transport, votre caisse d'assurance maladie peut rembourser les transports prescrits par votre médecin, lorsqu'ils sont en rapport avec des soins ou traitements liés à votre affection de longue durée (ALD). Mais cette prise en charge à 100 % est réservée aux seuls assurés dont l'incapacité ou la déficience (définies par un référentiel de prescription) les empêchent de se déplacer par leurs propres moyens, en dehors des situations pouvant ouvrir droit à la prise en charge du transport (hospitalisation, transport en série, convocation médicale...). Dans tous les cas, une prescription médicale de transport doit être établie au préalable (sauf situation d'urgence). Pour certains transports, une demande d'entente préalable doit être adressée à la caisse d'assurance maladie.

LA VIE PROFESSIONNELLE PENDANT LES TRAITEMENTS

La vie professionnelle est souvent perturbée par la maladie, soit parce que vous êtes trop fatigué, soit parce que les effets indésirables causés par le cancer ou les traitements vous empêchent de travailler.

Pendant les traitements, un arrêt de travail de quelques semaines ou quelques mois est fréquent. Vous pouvez alors bénéficier d'indemnités journalières qui compensent en partie la perte de vos revenus professionnels. Les conditions pour obtenir ces indemnités sont variables selon les statuts professionnels (salarié, fonctionnaire, travailleur indépendant, demandeur d'emploi, profession libérale, etc.).

Pensez à prévenir votre ou vos employeurs dans un délai maximum de 48 heures par l'envoi de votre certificat d'arrêt de travail ou du bulletin d'hospitalisation. En raison du secret médical, vous n'avez pas à préciser les raisons de votre arrêt de travail.

En cas d'arrêt maladie de plus de 3 mois et quelque temps avant la reprise du travail, une visite de préreprise est prévue par le Code du travail. Cette visite peut être demandée par vous-même, votre médecin traitant ou le médecin-conseil de votre caisse d'assurance maladie. La visite s'effectue auprès de la médecine du travail (appelée aussi service de santé au travail). Son but est de faciliter votre réintégration sociale et professionnelle. À la suite de la visite médicale de préreprise du travail, il est possible de prévoir un aménagement de votre poste comme la modification de l'outillage ou des rythmes de travail (temps partiel thérapeutique par exemple).

La visite de préreprise ne remplace pas la visite de reprise du travail qui, elle, est demandée par votre employeur ou, éventuellement, par vous-même et qui doit être faite dans les 8 jours suivant votre reprise.

SE FAIRE ACCOMPAGNER PAR UN ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL

L'assistant de service social est là pour vous accompagner, vous et vos proches, tout au long et après la maladie, et contribuer à améliorer vos conditions de vie sur les plans social, sanitaire, familial, économique et professionnel. Il répond à vos interrogations et aux problèmes liés au cancer dans différents domaines :

- les problèmes administratifs ;
- votre situation professionnelle ;
- les aspects financiers ;
- la reconnaissance du cancer comme maladie professionnelle le cas échéant ;
- l'organisation familiale ;
- le maintien ou la préparation du retour au domicile par la recherche et la mise en place d'aides humaines ou techniques ;
- la protection des personnes (tutelle, curatelle...) ;
- l'accès aux soins ;
- l'orientation en services de soins de suite et de réadaptation après une hospitalisation.

POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez le guide *Démarches sociales et cancer*.



Vous pouvez contacter un assistant de service social auprès :

- de l'établissement de santé dans lequel vous êtes soigné ;
- du régime d'assurance maladie dont vous dépendez ;
- de votre caisse d'allocations familiales ;
- de votre caisse de retraite ;
- de votre Centre communal d'action sociale (CCAS qui dépend de votre mairie) ;
- de votre conseil départemental ;
- des services sociaux d'entreprise s'ils existent ;
- du comité départemental de la Ligue contre le cancer.

11

QUESTIONS DE VIE QUOTIDIENNE

SOUTIEN

ADDICTION

SEXUALITÉ

PROCHES

- 114. BÉNÉFICIER D'UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE
- 115. BÉNÉFICIER D'UNE AIDE POUR L'ARRÊT D'UNE ADDICTION
- 117. LES AIDES À DOMICILE
- 118. LA VIE INTIME ET LA SEXUALITÉ
- 119. LES PROCHES

La maladie et ses traitements peuvent avoir des répercussions sur votre vie personnelle, voire nécessiter des changements dans vos habitudes quotidiennes. N'hésitez pas à vous faire accompagner.

BÉNÉFICIER D'UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

La maladie peut être source de souffrance psychologique. L'angoisse du lendemain, la perte de repères, l'altération de l'image du corps, la difficulté à communiquer avec ses proches sont autant de facteurs qui peuvent être déstabilisants et rendre vulnérable.

Chacun vit la maladie et les traitements de manière différente, selon son histoire, sa personnalité et ses relations familiales, sociales, professionnelles. Dans tous les cas, il est important d'exprimer ses doutes et ses craintes, notamment à l'équipe soignante. Vous pourrez ainsi être écouté et bénéficier, si nécessaire, d'un soutien psychologique.

Selon vos besoins et vos souhaits, vous pouvez être orienté vers un professionnel, vers des groupes de parole ou vers des associations de patients. Une consultation avec le psychologue de l'établissement dans lequel vous êtes suivi est également possible, y compris pour vos proches.

Consulter un professionnel

La consultation d'un psychiatre est remboursée par l'Assurance maladie. En revanche, la consultation d'un psychologue n'est prise en charge que lorsqu'elle a lieu à l'hôpital ou dans un centre médico-psychologique (CMP).

Des consultations gratuites avec un psychologue peuvent être proposées par des associations de patients ou des réseaux de santé.

BON À SAVOIR

Un médecin de secteur 1 applique le tarif fixé par convention avec l'Assurance maladie. Un médecin de secteur 2 pratique des honoraires libres.

Participer à un groupe de parole

Des groupes de parole peuvent être organisés à l'initiative de l'établissement hospitalier ou d'associations. Animés par des professionnels, ils permettent d'échanger, de rencontrer des personnes confrontées aux mêmes problèmes ou aux mêmes inquiétudes. Ces groupes peuvent vous aider à vous exprimer, notamment sur des sujets que vous n'évoquez pas forcément avec votre entourage.

Rencontrer une association de patients

Il existe de nombreuses associations de patients ou de proches de personnes malades. Leurs modes d'intervention sont variés, mais leur rôle est important. Elles peuvent vous apporter, ainsi qu'à vos proches, des informations et un soutien sur le plan humain ou social. Elles constituent aussi un moyen de rencontre et d'échange.

Bénéficier d'une écoute téléphonique

La Ligue contre le cancer vous propose un service d'écoute anonyme et confidentiel, accessible en contactant la ligne Cancer info au **0805 123 124** (service et appel gratuits) du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures. Des psychologues vous offrent une écoute immédiate, personnalisée et adaptée.

BÉNÉFICIER D'UNE AIDE POUR L'ARRÊT D'UNE ADDICTION

L'arrêt de la consommation d'alcool et de tabac ou de tout autre substance nocive pour la santé fait partie du traitement de votre cancer. Cela permet de réduire les risques de complications pendant et après les traitements. Cela diminue également le risque de développer un second cancer et augmente les chances de survie. Si vous souffrez d'une dépendance à l'alcool et/ou au tabac, il est possible de vous faire aider. Plusieurs solutions existent.

Votre médecin traitant évalue votre consommation et la meilleure conduite à adopter. Il vous permet ainsi de faire un

BON À SAVOIR

Pour connaître les coordonnées des associations près de chez vous, rendez-vous sur **e-cancer.fr/patients-et-proches**

premier point sur la nécessité d'être accompagné vers un sevrage. Il peut vous orienter au besoin vers une structure spécialisée si une dépendance est présente.

Les structures spécialisées en addictologie regroupent des spécialistes de l'accompagnement pour l'arrêt d'une addiction (médecins, psychologues, travailleurs sociaux). Vous pouvez consulter ces professionnels dans des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou dans des consultations hospitalières d'addictologie. Selon votre état de santé, une hospitalisation dans un service spécialisé, l'unité hospitalière d'addictologie, peut être organisée.

Les groupes de parole permettent de rencontrer des personnes qui ont réussi à se libérer de leur dépendance. Ils peuvent être une aide et un soutien important tout au long de votre démarche. Vous pouvez vous renseigner auprès de votre médecin ou des associations spécialisées pour connaître les groupes près de chez vous et trouver celui qui correspond le mieux à vos besoins.

Une aide à distance est également disponible.

- **La ligne téléphonique Alcool info service** (N° 0980980930, appel anonyme et non surtaxé, de 8 heures à 2 heures, 7 jours sur 7) vous apporte du soutien et vous oriente vers les différents groupes, associations et professionnels qui peuvent vous accompagner.
- **Le site internet Alcool info service** et sa rubrique « Comment me faire aider ? » vous orientent vers les personnes ou les structures qui peuvent vous accompagner : alcool-info-service.fr
- **La ligne téléphonique Tabac info service** (N° 3989, appel non surtaxé, du lundi au samedi, de 8 heures à 20 heures) vous permet de poser des questions à un tabacologue, de bénéficier d'un soutien personnalisé et d'être orienté vers les différents groupes, associations et professionnels qui peuvent vous accompagner.

- **Le site internet Tabac info service** (tabac-info-service.fr) met à votre disposition une aide qui vous permettra d'être accompagné pendant votre démarche d'arrêt. Elle vise à bien vous préparer, à éviter les rechutes et à entretenir votre motivation.
- **L'application mobile Tabac Info Service** vous accompagne dans votre arrêt du tabac. Sur cette application, vous pouvez bénéficier de conseils personnalisés de tabacologues et suivre les bénéfices de votre arrêt au quotidien.

En cas de dépendance au tabac, vous pouvez également recourir à des traitements nicotiniques de substitution. Ces médicaments ont pour objectif de soulager les symptômes du sevrage à la nicotine, substance addictive contenue dans le tabac. Ils sont disponibles sous différentes formes, notamment patches, gommes à mâcher, pastilles ou encore inhalateurs. Depuis 2018, plusieurs substituts nicotiniques sont remboursés par l'Assurance maladie à hauteur de 65 %, comme n'importe quel médicament, à condition d'être prescrits par un professionnel de santé (médecin, infirmier, masseur-kinésithérapeute, sage-femme, médecin du travail et chirurgien-dentiste). Cette prise en charge est de 100 % dans le cadre d'une ALD pour un cancer.



Les traitements médicamenteux de sevrage tabagique sont plus efficaces quand ils sont associés à un accompagnement par un professionnel de santé.

LES AIDES À DOMICILE

Lorsque l'on suit un traitement ou que l'on rentre chez soi après une hospitalisation, il est parfois difficile de s'occuper des tâches quotidiennes. Une aide à domicile s'avère alors utile. Derrière ce terme, outre l'aide à domicile, on trouve différents professionnels tels que l'auxiliaire de vie sociale ou le technicien de l'intervention sociale et familiale.

Ces professionnels ont diverses compétences et peuvent vous aider pour :

- les gestes du quotidien comme le lever, la toilette ou l'alimentation ;
- les activités domestiques comme l'entretien du logement et du linge, les courses ou la préparation des repas ;

- les démarches administratives ;
- l'organisation de la vie familiale, comme aller chercher les enfants à l'école.

Il est parfois possible de bénéficier d'un soutien financier qui couvre une partie des frais engendrés par l'aide à domicile. Plusieurs dispositifs existent. Ils sont conditionnés par votre âge, votre situation ou vos ressources.

Pour en savoir plus sur vos droits, sur les aides et sur les démarches, vous pouvez notamment faire appel à l'assistant de service social de l'établissement dans lequel vous êtes suivi, au Centre communal d'actions sociales de votre mairie (CCAS) ou encore prendre contact avec votre caisse d'assurance maladie.

LA VIE INTIME ET LA SEXUALITÉ

Le cancer et ses traitements peuvent affecter divers aspects de votre vie, dont votre vie intime et votre sexualité.

Après le diagnostic, le stress, l'inquiétude et la fatigue entraînent souvent une baisse de désir. La sexualité ne se limite pas aux rapports sexuels. Elle englobe l'affection, la tendresse, la parole... Avec le temps, le désir revient petit à petit.

Un peu de temps peut être nécessaire pour intégrer les conséquences physiques et psychologiques de la maladie et de ses traitements, et pour s'y adapter. La confiance et la communication avec votre partenaire facilitent le réapprentissage de la sexualité.

Demandez conseil à votre médecin ou à l'équipe médicale pour trouver des solutions adaptées à votre situation et à vos besoins. Des traitements médicaux peuvent diminuer les effets indésirables des traitements. Des entretiens avec un psychologue ou un psychiatre peuvent aider à mieux vivre certaines situations difficiles. Vous pouvez également consulter un sexologue.

LES PROCHES

Accompagner une personne atteinte d'un cancer peut être ressenti comme une épreuve difficile. L'investissement personnel auprès d'une personne malade est éprouvant, tant sur le plan physique que psychologique.

Proposez à vos proches de lire ce guide qui peut les aider à mieux comprendre la période que vous traversez.

Des psychologues, au besoin des psychiatres, sont généralement présents dans les établissements de santé et peuvent accueillir en consultation autant les personnes malades que leurs proches. Par ailleurs, des associations d'anciens patients et de bénévoles proposent un soutien particulier aux proches, notamment à travers des groupes de parole. N'hésitez pas à vous renseigner auprès de l'établissement où vous êtes suivi ou de la Ligue contre le cancer.

POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez le guide *Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer*.



12

RESSOURCES UTILES

122. LA PLATEFORME CANCER INFO

124. LES ASSOCIATIONS ET AUTRES RESSOURCES

125. LES LIEUX D'INFORMATION ET D'ORIENTATION

Voici une liste de contacts et de ressources qui peuvent vous être utiles tout au long de votre parcours de soins et après la maladie.

LA PLATEFORME CANCER INFO

- **Cancer info, le service téléphonique :**

0805 123 124 (service et appel gratuits)

Une équipe constituée de spécialistes de l'information sur les cancers répond à vos questions d'ordre pratique, médical ou social, du lundi au vendredi, de 9 heures à 19 heures et le samedi de 9 heures à 14 heures. Vous pouvez aussi accéder à un service d'écoute animé par des psychologues et à une permanence juridique animée par des avocats (du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures).

- **Cancer info, la rubrique internet :**

e-cancer.fr/patients-et-proches

La rubrique Cancer info du site de l'Institut national du cancer donne accès à des informations détaillées sur les cancers du pancréas, les facteurs de risque, le diagnostic, les traitements, le suivi après les traitements, la vie pendant et après la maladie, les associations près de chez vous, etc.

Cancer info, les guides

- **J'ai un cancer : comprendre et être aidé (2020)**

Ce guide offre aux patients des informations générales sur la maladie, le déroulement du parcours de soins, les traitements existants et la gestion de certaines conséquences de la maladie. Il délivre également des informations sur les démarches à suivre (administratives, professionnelles...) et des conseils pour mieux vivre les traitements.

- **Démarches sociales et cancer (2018)**

Support d'information sur les droits sociaux, ce guide a pour but d'aider les personnes malades et leurs proches à s'orienter dans leurs démarches auprès des différents services sociaux et administratifs.

- **Traitement du cancer et tabac, pourquoi arrêter et comment me faire aider ? (2016)**

Cette brochure présente les bénéfices du sevrage tabagique lors des traitements anticancéreux, et les moyens qui sont à votre disposition pour arrêter de fumer.

- **Participer à un essai clinique en cancérologie (2015)**

Ce guide répond aux questions que les patients peuvent se poser lorsqu'un essai clinique leur est proposé : quel est l'objectif ? Existe-t-il des risques ? Comment prendre la décision ? Etc.

- **Qu'est-ce qu'une thérapie ciblée ? (2015)**

Ce document de deux pages permet de comprendre ce qu'est la médecine de précision, une thérapie ciblée par rapport à la chimiothérapie classique, pourquoi et comment sont réalisées des analyses moléculaires de la tumeur.

- **Comprendre la chimiothérapie (2011)**

Ce guide a pour but d'aider les personnes traitées par chimiothérapie à mieux comprendre le principe de ce traitement, à faciliter la gestion de ses effets indésirables et à mieux le vivre au quotidien.

- **Comprendre la radiothérapie (2009)**

Ce guide a pour but d'aider les personnes traitées par radiothérapie à mieux comprendre le principe de ce traitement, à faciliter la gestion de ses effets indésirables et à mieux le vivre au quotidien.

- **Douleur et cancer (2007)**

Ce guide a pour objectif de répondre aux questions des patients sur les douleurs liées au cancer et de faciliter leur traitement.



Téléchargez ou commandez gratuitement les guides sur le site **e-cancer.fr/patients-et-proches** ou renvoyez le bon de commande joint à ce guide.

- **Vivre pendant et après un cancer (2007)**

Ce guide a pour but d'accompagner le patient dans les changements que peuvent entraîner la maladie et ses traitements, sur le plan psychologique, émotionnel, relationnel ou familial.

- **Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer (2006)**

Ce guide a pour objectif de permettre aux proches de mieux cerner le rôle qu'ils peuvent jouer auprès de la personne malade.

- **Fatigue et cancer (2005)**

Ce guide a pour objectif d'aider les patients et leurs proches à comprendre les causes de la fatigue associée au cancer et à faciliter son traitement.

LES ASSOCIATIONS ET AUTRES RESSOURCES

- **La Ligue contre le cancer**

La Ligue contre le cancer apporte aux malades et à leurs proches un soutien moral, psychologique, matériel et financier. Elle édite également des brochures d'information sur des thèmes variés comme la sexualité et le cancer ou l'alimentation pendant les traitements. Elle est présente partout en France à travers ses 103 comités départementaux. Pour connaître et accéder à ses services : appelez le **0800 940 939** (service et appel gratuits) ou connectez-vous sur **ligue-cancer.net**

- **Espoir pancréas**

Espoir pancréas est la première association française regroupant des patients atteints de cancers du pancréas et leurs proches, afin de les accompagner et les aider à mieux comprendre et appréhender la maladie. L'association propose de faire entendre la voix et le ressenti des malades et de donner la parole aux familles et aux proches. Elle a également pour objectif d'informer le grand public et de sen-

sibiliser les médecins à la détection précoce du cancer du pancréas. Pour contacter l'association : **contact@espoir-pancreas.info**

- **Alcool info service**

Information, aide, soutien, orientation vers des professionnels et des structures spécialisés en alcoologie.

Appel anonyme et confidentiel de 8 heures à 2 heures, 7 jours sur 7.

Tél. : 0980 980 930 (appel non surtaxé)
alcool-info-service.fr

- **Tabac info service**

Information et aide à l'arrêt du tabac, du lundi au samedi, de 8 heures à 20 heures.

Tél. : 39 89 (appel non surtaxé)
tabac-info-service.fr

LES LIEUX D'INFORMATION ET D'ORIENTATION

Il existe des lieux d'information pour les malades et leurs proches animés par des professionnels qui accompagnent les personnes tout au long de la maladie ou les accueillent ponctuellement, selon leur choix.

Leur rôle est d'informer, écouter et orienter. Ils ne font ni diagnostic ni **pronostic*** et leurs services sont gratuits.

Certains établissements de santé accueillent des **ERI** (Espaces de rencontres et d'information). Les bénévoles des comités départementaux de la Ligue contre le cancer animent des **espaces Ligue** partout en France. Les **Accueils Cancer** de la ville de Paris et les **AIRES Cancer** (dans la région Hauts-de-France) proposent également un soutien psychologique, social, personnel et familial.



Pour connaître les coordonnées de ces lieux d'information, connectez-vous sur **e-cancer.fr/patients-et-proches**, rubrique ressources utiles, ou appelez Cancer info au **0805 123 124** (service et appel gratuits).

GLOSSAIRE

Ce glossaire définit les termes scientifiques que vous pouvez entendre tout au long des traitements.

A

ADÉNOCARCINOME

type de cancer qui se développe à partir des cellules épithéliales d'une glande.

ALBUMINE

protéine fabriquée par le foie, mais également apportée par certains aliments, notamment le lait et l'œuf. L'albumine est la principale protéine de transport dans le sang. Elle transporte des substances de petite taille qui, seules, seraient éliminées par les reins, dont les hormones (en particulier les hormones liposolubles), la bilirubine, le calcium ou encore des acides gras. Elle sert également à assurer le passage de l'eau du sang vers les cellules. Dans le sang, le taux d'albumine est abaissé en cas notamment de dénutrition, d'affection hépatique ou de syndrome néphrotique, maladie rénale qui est responsable d'une fuite des protéines dans les urines.

ANÉMIE

diminution du nombre de globules rouges dans le sang, qui se traduit notamment par

une fatigue, une pâleur et un essoufflement, surtout à l'effort.

ARTÈRE MÉSENTÉRIQUE SUPÉRIEURE

gros vaisseau qui alimente le pancréas et l'intestin en sang riche en oxygène.

B

BILE

liquide sécrété par le foie, mis en réserve transitoirement dans la vésicule biliaire, puis versé dans l'intestin où il contribue à la digestion des graisses.

C

CANAL CHOLÉDOQUE

canal qui traverse la tête du pancréas et qui conduit la bile produite par le foie vers les intestins.

CRÉATININE

molécule produite par les muscles et éliminée par les reins. La mesure de la créatinine dans le sang est utilisée pour évaluer

le fonctionnement rénal (on dit aussi la fonction rénale).

D

DIABÈTE

maladie caractérisée par un excès de sucre (glucose) dans le sang.

DÉVASCULARISER

cesser d'alimenter en sang, via les vaisseaux sanguins, une partie du corps, comme un organe par exemple. Cette action peut être faite par radiologie interventionnelle ou chirurgie.

DUODÉNUM

partie de l'intestin située juste après l'estomac et avant l'intestin grêle.

E

ÉCHOENDOSCOPIE

examen qui associe une échographie à une endoscopie. Elle permet de déterminer précisément les limites d'une tumeur du pancréas et d'effectuer des biopsies pour l'analyser et en préciser le type.

ÉCHOGRAPHIE

examen qui permet de regarder l'intérieur du corps à travers la peau à l'aide d'ultrasons (vibrations non audibles par l'oreille humaine). Le médecin fait glisser sur la zone du corps à examiner une sonde qui produit des ultrasons. Quand ils rencontrent des tissus, ceux-ci sont renvoyés vers la sonde sous forme d'écho. Capté par un ordinateur, l'écho est transformé en image sur un écran.

ENZYME

protéine présente dans les cellules et ayant pour fonction de faciliter les réactions chimiques qui s'y produisent. Par exemple, lors de la digestion, ce sont des enzymes qui accélèrent la décomposition et la transformation des aliments avant leur absorption.

G

GANGLION LYMPHATIQUE

petit renflement sur le trajet des vaisseaux lymphatiques. Souvent disposés en chaîne ou en amas, les ganglions sont soit superficiels (dans le cou, l'aisselle, l'aîne), soit profonds (dans le pelvis,

l'abdomen, le thorax). Ils assurent un rôle essentiel dans la protection du corps contre les infections ou les cellules cancéreuses. Les ganglions peuvent être atteints par des cellules cancéreuses.

GLANDE

organe dont la fonction est de fabriquer certaines substances libérées ensuite, soit dans le sang (glande endocrine), soit dans des organes creux, notamment le tube digestif, ou à l'extérieur de l'organisme (glande exocrine). Le pancréas est une glande endocrine et exocrine qui produit respectivement des hormones (insuline, glucagon) indispensables au bon fonctionnement de l'organisme et des enzymes nécessaires à la digestion des protéides et des lipides.



HÉMOGRAMME

examen biologique réalisé sur un prélèvement sanguin et qui permet de mesurer la qualité et la quantité des différentes cellules sanguines ; on parle

également de numération formule sanguine (NFS).

HORMONE

substance produite par certaines glandes de l'organisme comme le pancréas. Les hormones agissent sur le développement ou le fonctionnement d'un organe. Il existe un grand nombre d'hormones, qui sont indispensables au bon fonctionnement du corps. Chaque hormone a une ou plusieurs fonctions précises, comme stimuler la croissance, gérer le stress, contrôler la fertilité, réguler la température du corps, etc. Parfois, elles stimulent la croissance des cellules cancéreuses.



IMMUNOTHÉRAPIE

traitement médicamenteux qui vise à stimuler les défenses immunitaires de l'organisme contre les cellules cancéreuses.

INSULINE

hormone produite par le pancréas qui diminue la quantité de glucose dans le sang.

IRM

examen d'imagerie médicale qui aide au diagnostic du cancer, à l'évaluation de l'efficacité d'un traitement ou au suivi après la fin des traitements. Une IRM permet d'obtenir des images précises de l'intérieur du corps grâce à l'utilisation d'un aimant et d'ondes électromagnétiques. Cet examen est utilisé pour examiner n'importe quelle partie du corps : les organes (tels que le cerveau, le foie, les poumons, le pancréas, par exemple), mais aussi les vaisseaux sanguins, la moelle épinière, les os et les articulations.



LYMPHE

liquide le plus souvent translucide qui transporte certains globules blancs (lymphocytes) et évacue certains déchets produits par les cellules. La lymphe circule dans des vaisseaux, appelés vaisseaux lymphatiques. Elle est issue du sang.



MÉTASTASE

tumeur formée à partir de cellules cancéreuses qui se sont détachées d'une première tumeur (tumeur primitive) et qui ont migré par les vaisseaux lymphatiques ou les vaisseaux sanguins dans une autre partie du corps où elles ont proliféré.



PANCRÉATECTOMIE

ablation d'une partie du pancréas (voire de tout le pancréas).

PÉRITOINE

est une membrane qui tapisse l'intérieur de l'abdomen et recouvre les organes abdominaux (côlon, estomac, foie, pancréas, etc.).

PRONOSTIC

appréciation de l'évolution d'une maladie et de son issue. Le pronostic est établi en se

référant à la situation propre du patient et à l'évolution habituellement observée chez de nombreuses autres personnes présentant une maladie identique à un stade identique.

PROTHÈSE BILIAIRE (OU STENT BILIAIRE)

élément tubulaire, en plastique ou en métal, destiné à rétablir un flux biliaire normal dans la voie biliaire en cas de compression par un cancer de la tête du pancréas. Il est habituellement mis en place par voie endoscopique, sinon par voie radiologique.

PROTHÈSE DUODÉNALE (OU STENT DUODÉNAL)

élément tubulaire, en plastique ou en métal, destiné à rétablir un passage digestif normal dans le duodénum en cas de compression par un cancer de la tête du pancréas. Il est mis en place par voie endoscopique.

R

RADIOGRAPHIE

examen qui permet d'obtenir des images d'une partie du corps à l'aide de rayons X, par exemple du thorax. Une radio est un examen d'imagerie.

RADIOTHÉRAPIE

traitement local du cancer qui a pour but de détruire les cellules cancéreuses au moyen de rayons tout en préservant au mieux les tissus sains voisins.

RATE

organe essentiel du système lymphatique, situé dans la partie gauche de l'abdomen près de l'estomac et de la queue du pancréas. Il a pour principaux rôles de détruire les cellules sanguines en fin de vie et de participer à la défense de l'organisme contre certaines infections bactériennes.

RECOMMANDATION DE BONNES PRATIQUES

document destiné à aider les professionnels de santé à proposer au patient les

stratégies de diagnostic, de traitement et de suivi les mieux adaptées selon le type de cancer et son stade. L'élaboration des recommandations s'appuie sur l'analyse des essais cliniques internationaux et sur l'avis d'experts. On parle parfois de RPC (recommandation pour la pratique clinique) ou de référentiel de bonnes pratiques.

S

SCANNER

également appelé tomодensitométrie, abrégée en TDM, cet examen radiologique permet d'obtenir des images du corps en coupes fines au moyen de rayons X. Les images sont reconstituées par ordinateur (en 2 voire en 3 dimensions), ce qui permet une analyse précise de différentes régions du corps. Le terme scanner désigne aussi l'appareil utilisé pour réaliser cet examen.

T

TEP-TDM (TOMOGRAPHIE PAR ÉMISSION DE POSITONS – TOMODENSITOMÉTRIE)

examen de médecine nucléaire qui aide au diagnostic du cancer, à l'évaluation de l'efficacité d'un traitement ou au suivi après la fin des traitements. Il est aussi appelé TEP-scanner, simplement TEP ou bien PET scan. La TEP-TDM nécessite une injection dans le sang d'un produit faiblement radioactif qui, après un temps d'attente, va s'accumuler dans les cellules cancéreuses. Les rayonnements émis par ce produit vont être captés par l'appareil de TEP afin de localiser les éventuelles cellules cancéreuses dans l'organisme. Cette localisation est facilitée par les images de tomодensitométrie (TDM) acquises simultanément pendant l'examen.

THÉRAPIE CIBLÉE

ensemble de médicaments conçus pour bloquer la croissance ou la propagation des cellules tumorales en interférant avec des altérations

moléculaires ou avec des mécanismes qui sont à l'origine de leur développement ou de leur dissémination. Cette action dite « ciblée » permet d'agir plus spécifiquement sur les cellules tumorales et ainsi de limiter les dommages induits aux cellules normales. Elles ont toutefois des effets indésirables spécifiques.

TISSU

ensemble de cellules qui assurent une même fonction, comme le tissu musculaire ou le tissu osseux, par exemple.

TRONC CŒLIAQUE

artère volumineuse destinée aux organes abdominaux (foie, estomac pancréas, rate), entourée de nombreux nerfs organisés en plexus (plexus cœliaque) et située immédiatement en arrière du pancréas.

TUMEUR

grosseur plus ou moins volumineuse due à une multiplication excessive de cellules normales (tumeur bénigne) ou anormales (tumeur maligne ou cancéreuse). Les tumeurs bénignes (comme les grains de beauté, les verrues, etc.) se développent de façon

localisée sans altérer les tissus voisins. Les tumeurs malignes (ou cancéreuses) ont tendance à envahir les tissus voisins et à migrer dans d'autres parties du corps, produisant des métastases.



VAISSEAU LYMPHATIQUE

canal par lequel circule la lymphe. Les vaisseaux lymphatiques relient les ganglions lymphatiques entre eux pour former le système lymphatique, impliqué dans la défense de l'organisme.

VEINE MÉSENTÉRIQUE SUPÉRIEURE

vaisseau situé à proximité du pancréas qui amène le sang (mal oxygéné) provenant de l'intestin à la veine porte, qui elle-même conduit ce sang au foie.

VÉSICULE BILIAIRE

petite poche attachée sous le foie qui concentre et stocke transitoirement la bile qu'il produit jusqu'à ce qu'elle soit libérée dans l'intestin lors de la digestion.

ANNEXES

136. ANNEXE 1. LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE

142. ANNEXE 2. LES EXAMENS DU BILAN PRÉTHÉRAPEUTIQUE

ANNEXE 1. LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE

Le tableau ci-dessous présente les examens le plus souvent réalisés et leurs objectifs. L'ordre dans lequel ils sont effectués peut varier d'une personne à l'autre. Ils ne sont pas tous systématiques et, si besoin, d'autres peuvent vous être proposés. Cette étape peut sembler longue, mais un bilan précis est indispensable pour vous proposer un traitement adapté.

LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE	
✓ EXAMENS	✗ OBJECTIFS
EXAMEN CLINIQUE: SYSTÉMATIQUE	
• Examen (auscultation, palpation de l'abdomen, etc.) par un médecin généraliste ou un gastroentérologue, réalisé dans le cadre d'une consultation médicale qui comprend également un entretien avec le patient.	• Faire un bilan de votre état général. • Détecter des signes éventuels d'un cancer du pancréas et d'extension à des organes voisins (foie, péritoine, etc.). • S'informer sur vos antécédents médicaux personnels et familiaux et sur vos traitements en cours. • Recenser vos facteurs de risque (dont le tabac, l'alcool, le surpoids).

LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE

✓ EXAMENS	✗ OBJECTIFS
SCANNER THORACOABDOMINOPELVIEN: SYSTÉMATIQUE	
• Examen indolore qui permet, à l'aide de rayons X, de réaliser des images du thorax, de l'abdomen (qui contient les organes du système digestif) et de la région pelvienne (vessie, utérus, ovaires, prostate, rectum). On parle aussi de tomodensitométrie, abrégée en TDM. • Pendant l'examen, un produit de contraste (contenant de l'iode) est injecté pour visualiser les vaisseaux sanguins et mieux distinguer les éventuelles anomalies dans les organes.	• Faire le diagnostic de la tumeur et souvent, affirmer sa nature maligne (adénocarcinome pancréatique). • Préciser la taille de la tumeur et sa localisation dans le pancréas. • Évaluer l'extension du cancer sur les organes voisins et à distance du pancréas: développement de la tumeur sur des vaisseaux sanguins à proximité du pancréas, présence de métastases éventuelles, etc. Cela contribue au choix du traitement. • Évaluer la résecabilité de la tumeur, c'est-à-dire déterminer si la tumeur peut être retirée complètement par chirurgie.
ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE: NON SYSTÉMATIQUE, prescrite si la réalisation d'un scanner n'est pas possible rapidement	
• Examen indolore qui permet de regarder l'intérieur du corps à travers la peau. Le médecin fait glisser sur l'abdomen une sonde qui produit des ultrasons (vibrations non audibles par l'oreille humaine). Quand ils rencontrent des tissus, les ultrasons sont renvoyés vers la sonde sous forme d'écho. Capté par un ordinateur, l'écho est transformé en image sur un écran.	• Visualiser la tumeur. • Détecter une dilatation des canaux qui transportent la bile (cholédoque), provoquée par la tumeur. • Repérer une extension du cancer sur d'autres organes de l'abdomen (sur le foie par exemple). • Guider la biopsie d'éventuelles métastases hépatiques.

LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE	
✓ EXAMENS	✗ OBJECTIFS
IRM PANCRÉATIQUE : NON SYSTÉMATIQUE , éventuellement prescrite en alternative ou en complément du scanner thoracoabdominopelvien	
• L'IRM pancréatique est un examen d'imagerie qui associe un puissant aimant et des ondes radio pour obtenir des images « en coupe » du pancréas.	• Visualiser la tumeur, préciser sa taille et sa localisation dans le pancréas, ses conséquences sur les canaux biliaires. • Préciser le diagnostic d'adénocarcinome pancréatique, lorsque les images du scanner sont douteuses. • Détecter des métastases hépatiques.
ÉCHOENDOSCOPIE ASSOCIÉE À UNE BIOPSIE : NON SYSTÉMATIQUE	
• Examen de l'intérieur de l'abdomen à l'aide d'une sonde d'endoscopie (ou endoscope). Il est réalisé par un gastroentérologue, généralement sous anesthésie générale. • Le médecin insère l'endoscope par la bouche et le fait glisser jusque dans l'intestin. Au bout de l'endoscope, une sonde d'échographie permet d'obtenir des images de l'intérieur de l'abdomen depuis l'intestin.	• Déterminer précisément les relations entre la tumeur et les vaisseaux sanguins à proximité du pancréas. • Déterminer si une intervention par chirurgie est réalisable. • Cet examen permet également d'effectuer des prélèvements (biopsie pancréatique).

LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE	
✓ EXAMENS ET DESCRIPTIONS	✗ OBJECTIFS
BIOPSIE : SYSTÉMATIQUE (sauf en cas de tumeur résécable d'emblée)	
• Prélèvement d'un échantillon de tissu qui semble anormal. • Sur le pancréas, la biopsie est réalisée en même temps que l'échoendoscopie. L'aiguille qui sert au prélèvement est déployée par l'endoscope, puis guidée jusqu'à la tumeur. • En cas de métastase (hépatique le plus souvent), elle peut être faite sous guidage échographique.	• Récupérer des échantillons de tissus qui semblent anormaux pour les analyser et déterminer s'ils sont de nature cancéreuse ou non (voir examen anatomopathologique). • Ces échantillons peuvent également être conservés après l'opération dans une bibliothèque de tumeurs (tumorotheque), en vue de recherches ultérieures.
EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE : SYSTÉMATIQUE (après une biopsie ou une exérèse)	
• Examen des tissus ou des cellules prélevés lors de la biopsie ou lors de la chirurgie. • Cet examen est réalisé à l'œil nu puis au microscope par un médecin spécialiste appelé anatomopathologiste ou anatomocytopathologiste ou pathologiste. • Selon les situations, une analyse d'éventuelles altérations moléculaires est effectuée dans un échantillon de tumeur.	• Examen indispensable pour diagnostiquer de façon certaine un cancer. Il permet d'étudier les caractéristiques des cellules de la tumeur (histologie, altérations moléculaires si besoin) et d'identifier des facteurs pronostiques tels que la taille de la tumeur, un envahissement ganglionnaire éventuel, la distance entre la tumeur et les marges de résection.

LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE	
✓ EXAMENS ET DESCRIPTIONS	✗ OBJECTIFS
BILAN BIOLOGIQUE: SYSTÉMATIQUE	
• Avant de débiter les traitements, on mesure dans le sang : - la quantité et la qualité des différentes cellules sanguines (on parle de numération formule sanguine (NFS) ou encore d'hémogramme*); - le taux de créatinine* qui permet de vérifier le bon fonctionnement du rein; - la clairance de la créatinine pour apprécier la vitesse de filtration du rein; - le taux de certaines enzymes et protéines fabriquées par le foie (transaminases, albumine*, etc.) pour évaluer l'état de la fonction hépatique; - la glycémie, c'est-à-dire la quantité de glucose (sucre) présent dans le sang. • La prise de sang permet aussi de mesurer dans certains cas le taux de concentration d'un marqueur tumoral appelé CA 19-9, l'antigène carbohydrate 19-9. Il s'agit d'une protéine sécrétée par certaines cellules cancéreuses du pancréas.	• Fournir des renseignements sur l'état de santé général, vérifier qu'il n'y a pas de contre-indications à certains examens ou traitements. • Le dosage du CA 19-9 peut donner une indication sur la présence d'une tumeur et l'évolution de la maladie. En revanche, cette mesure n'a pas une valeur diagnostique parfaite, car un cancer du pancréas peut se développer ou évoluer sans que le taux de CA 19-9 augmente. À l'inverse, il existe d'autres causes d'augmentation du CA 19-9 (gêne à l'élimination de la bile, diabète, autres).

LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE	
✓ EXAMENS ET DESCRIPTIONS	✗ OBJECTIFS
EXAMENS POUR ÉVALUER L'EXTENSION DU CANCER	
IRM HÉPATIQUE: SYSTÉMATIQUE, prescrite avant toute pancréatectomie	
• L'IRM hépatique est un examen d'imagerie qui utilise un puissant aimant et des ondes radio pour obtenir des images « en coupe » du foie.	• L'IRM permet, en complément du scanner de déterminer si des métastases se sont développées dans le foie, car elles sont parfois invisibles au scanner.
PONCTIONS ET BIOPSIES DES MÉTASTASES: NON SYSTÉMATIQUE	
• Une biopsie des lésions hépatiques est effectuée avant une intervention chirurgicale de résection en cas de doute quant à la nature métastatique des lésions. • Une biopsie des ganglions lymphatiques lombo-aortiques est effectuée si les examens d'imagerie laissent supposer une atteinte de ces ganglions.	• Déterminer si les lésions visibles sur le foie sont des métastases (en les différenciant d'un abcès, par exemple). • Déterminer si des métastases ganglionnaires lombo-aortiques sont présentes.
TOMOGRAPHIE PAR ÉMISSION DE POSITONS (TEP-TDM* ou TEP Scan): NON SYSTÉMATIQUE	
• Examen indolore qui permet de réaliser des images « en coupe » du corps entier, après injection dans le sang d'un traceur faiblement radioactif. Ce traceur a la particularité de se fixer sur les cellules cancéreuses. La TEP-TDM fournit des images de la répartition du traceur et donc des cellules cancéreuses dans tout le corps, visualisables par ordinateur. une atteinte de ces ganglions.	• Repérer des foyers de cellules cancéreuses partout dans le corps si le scanner (TDM) et/ou l'IRM sont insuffisants pour les détecter ou les caractériser.

ANNEXE 2. LES EXAMENS DU BILAN PRÉTHÉRAPEUTIQUE

LES EXAMENS DU BILAN PRÉTHÉRAPEUTIQUE	
✓ EXAMENS ET DESCRIPTIONS	✗ OBJECTIFS
ÉVALUATION CLINIQUE ET NUTRITIONNELLE INITIALE : SYSTÉMATIQUE	
• Calcul de l'IMC : indice de masse corporelle qui se calcule en divisant le poids d'une personne par sa taille au carré (poids en kg/taille en m x taille en m). • Dosage dans le sang des taux d'albumine, de préalbumine et de CRP.	• Un bon équilibre nutritionnel est indispensable avant le début du traitement, car il conditionne le pronostic*. Cette évaluation permet d'identifier un état de dénutrition et d'y remédier par des mesures adaptées.
ÉVALUATION GÉRIATRIQUE : SYSTÉMATIQUE POUR LES PERSONNES ÂGÉES DE PLUS DE 75 ANS	
• Tests G8, VES 13, FOG, etc. • Il s'agit de tests visant à dépister la fragilité du patient reposant sur plusieurs composantes dont : - l'autonomie motrice ; - l'auto-évaluation de son état de santé ; - le nombre de médicaments pris au long cours, leurs indications et les risques d'interactions ; - l'évaluation nutritionnelle ; - l'état des fonctions cognitives ; - l'état psychologique.	• Cette évaluation en cancérologie permet d'adapter les traitements anticancéreux et de prendre en compte les spécificités des personnes âgées.

MÉTHODE ET RÉFÉRENCES

Ce guide fait partie de Cancer info, la plateforme d'information de référence à destination des malades et des proches. Cette plateforme est développée par l'Institut national du cancer en partenariat avec la Ligue contre le cancer. Elle vise à rendre accessible une information validée pour permettre au patient d'être acteur de son parcours de soins. Les contenus de Cancer info sont élaborés à partir des recommandations destinées aux professionnels de santé et selon une méthodologie rigoureuse, basée sur un groupe de travail pluridisciplinaire associant professionnels et usagers. Ils sont régulièrement mis à jour en fonction des avancées médicales et réglementaires.

Sources de référence

- **Cancers du pancréas, du diagnostic au suivi**, collection Outils pour la pratique des médecins généralistes, INCa, 2020.
- **Conduites à tenir devant des patients atteints d'adénocarcinome du pancréas**, collection Recommandations et référentiels, INCa, septembre 2019.
- **Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018**, INCa, février 2019.
- **Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer – Des connaissances scientifiques aux repères pratiques**, INCa, mars 2017.
- **Arrêt du tabac dans la prise en charge du patient atteint de cancer – Systématiser son accompagnement**, INCa, mars 2016.

Participants

Le groupe de travail a été constitué avec la contribution de :

- L'**Association de chirurgie hépato-bilio-pancréatique et transplantation hépatique** (ACHBT)
- La **Société d'imagerie abdominale et digestive** (SIAD)
- La **Société française de radiologie** (SFR)
- La **Société nationale française de gastro-entérologie** (SNFGE)

- La **Société française d'endoscopie digestive** (SFED)
- La **Fédération française de cancérologie digestive** (FFCD)
- La **Société française de chirurgie digestive** (SFCD)
- La **Société française de médecine nucléaire** (SFMN)
- La **Société française de pathologie** (SFP)
- L'**Association francophone pour les soins oncologiques de support** (AFSOS)
- L'**Association française des infirmier(e)s en cancérologie** (AFIC)

Ont participé au groupe de travail

- **Pr Jean-Baptiste Bachet**, gastroentérologue, oncologue digestif, Hôpital Pitié Salpêtrière, Paris
- **Pr Jean-Frédéric Blanc**, hépato-gastroentérologue, oncologue digestif, Hôpital Haut-Lévêque (CHU Bordeaux), Pessac
- **Dr Cédric Boucherat**, pharmacien d'officine, Livry-Gargan
- **Pr Emmanuel Buc**, chirurgien digestif, CHU Estaing (CHU Clermont-Ferrand), Clermont-Ferrand
- **Dr Clément Charra**, médecin généraliste, Ladoix Serrigny
- **Pr Christelle de la Fouchardière**, oncologue médical, Centre Léon Bérard, Lyon
- **Pr Florence Huguet**, oncologue radiothérapeute, Hôpital Tenon, Paris
- **Sylvie Lozano**, cadre de santé formateur, Institut de Formation en Soins Infirmiers, Étampes
- **Anne-Marie Ollitrault**, infirmière en hôpital de jour en oncologie, hématologie et médecine, Hôpital Pierre-le-Damany, Lannion
- **Nicole Rama**, infirmière stomathérapeute, cadre de santé, Saint-Jean
- **Dr Marcel Ruetsch**, médecin généraliste, Dessenheim
- **Pr Alain Sauvanet**, chirurgien digestif, CHU Beaujon, Clichy
- **Pr Jean-Pierre Tasu**, radiologue, Hôpital de la Milétrie (CHU Poitiers), Poitiers
- **Pr Marie-Pierre Vullierme**, radiologue, CHU Beaujon, Clichy
- **Dr Myriam Wartski**, médecin nucléaire, Hôpital Cochin, Paris

Institut national du cancer

Rédaction et coordination

- **Marianne Duperray**, directrice, direction des Recommandations et du Médicament
- **Nadia Krim**, chargée de missions, département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du Médicament
- **Hélène Thiollet**, chargée de projets, département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du Médicament (jusqu'en février 2020)

Conformité aux recommandations

- **Dr Marie de Montbel**, département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du Médicament
- **Sophie Negellen**, pharmacien, conseillère Médicament, direction des Recommandations et du Médicament

UNE COLLECTION À VOTRE DISPOSITION POUR VOUS INFORMER

Les guides

- J'ai un cancer, **comprendre et être aidé** (2020)
- Les traitements des cancers du **côlon** (mis à jour en 2020)
- Les traitements des cancers du **rectum** (mis à jour en 2020)
- Les traitements des cancers de l'**ovaire** (mis à jour en 2020)
- Les traitements des cancers de la **thyroïde** (mis à jour en 2020)
- Les traitements du cancer du **pancréas** (mis à jour en 2020)
- Comprendre les **lymphomes non hodgkiniens** (avec France Lymphome Espoir) (2019)
- Les traitements des cancers des **voies aérodigestives supérieures** (2018)
- **Démarches sociales** et cancer (mis à jour en 2018)
- Les traitements des cancers du **poumon** (2017)
- Les traitements du **mélanome de la peau** (2016)
- Les traitements du cancer de la **prostate** (2016)
- La participation de mon **enfant** à une **recherche clinique** sur le cancer (en partenariat avec la SFCE et l'Espace éthique - Région Île-de-France) (2016)
- Participer à un **essai clinique en cancérologie** (2015)
- Comprendre le **myélome multiple** (2015)
- La prise en charge de la **leucémie lymphoïde chronique** (2015)
- Les traitements des cancers de l'**œsophage** (2015)
- Comprendre le **lymphome hodgkinien** (en partenariat avec France Lymphome Espoir) (2015)
- Qu'est-ce qu'une **thérapie ciblée ?** (2015)
- Les traitements des cancers du **testicule** (2014)
- Les traitements des cancers de la **vessie** (2014)
- Les traitements des cancers de l'**estomac** (2014)
- **Mon enfant a un cancer** : comprendre et être aidé (en partenariat avec la Société française de lutte contre les cancers et leucémies de l'enfant et de l'adolescent (SFCE)) (2014)
- Les traitements des cancers du **sein** (2013)
- Les traitements du cancer du **rein** (2013)
- Les traitements du cancer de l'**endomètre** (2013)

- Comprendre la **chimiothérapie** (2011)
- La **polypose adénomateuse** familiale (2011)
- Les traitements du cancer invasif du **col de l'utérus** (2011)
- Les traitements du cancer du **foie** (2011)
- Les tumeurs du **cerveau** (2010)
- Traitements du cancer et **chute des cheveux** (2009)
- Comprendre la **radiothérapie** (2009)
- **Douleur** et cancer (2007)
- Comprendre la **nutrition entérale** (2007)
- La **radiothérapie** (2007)
- **Vivre pendant et après** un cancer (2007)
- **Vivre auprès d'une personne** atteinte d'un cancer (2006)
- **Fatigue** et cancer (2006)

Les fiches

- **L'IRM** (l'imagerie par résonance magnétique)
- **Le scanner**
- **La scintigraphie osseuse**
- **La TEP-TDM** (au 18F-FDG)
- **La stomie digestive**
- **Les soins palliatifs**
- **La consultation d'oncogénétique**

À TÉLÉCHARGER OU À COMMANDER GRATUITEMENT



e-cancer.fr, rubrique « Catalogue des publications ». Accédez à notre catalogue en ligne en quelques clics en scannant le QR code.



Bon de commande présent dans ce guide, à compléter et à renvoyer à l'adresse indiquée.



UN GUIDE COMPLET POUR VOUS ACCOMPAGNER DURANT VOTRE PARCOURS DE SOINS ET APRÈS LA MALADIE

Qu'est-ce qu'un cancer ?

Quelles sont les étapes de votre parcours de soins ?

Comment sont choisis vos traitements ?



Qui sont les professionnels qui vous accompagnent au quotidien ?

Que mettre en place pour faciliter votre vie quotidienne ?

Quel suivi après votre cancer ?

« Grâce aux explications fournies par ce guide sur mon parcours de soins, mes traitements et sur certains mots médicaux, j'ai pu communiquer plus facilement avec mon équipe soignante. »

Michel H., 71 ans.

« La lecture de ce guide, qui a été remis à ma mère lorsqu'elle a appris sa maladie, m'a permis de comprendre ce qu'elle vivait et de l'accompagner au mieux. »

Sandra M., 41 ans.

À TÉLÉCHARGER OU À COMMANDER GRATUITEMENT

@ **e-cancer.fr**, rubrique « Catalogue des publications ». Accédez à notre catalogue en ligne en quelques clics en scannant le QR code.

✍ Bon de commande présent dans ce guide, à compléter et à renvoyer à l'adresse indiquée.



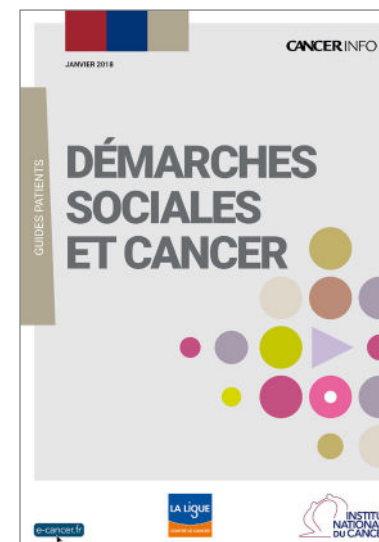
UN GUIDE POUR TOUT SAVOIR DES DÉMARCHES, AIDES ET SOLUTIONS, QUELLE QUE SOIT VOTRE SITUATION

Qui sont vos principaux interlocuteurs administratifs ?

Quels sont vos droits pendant l'hospitalisation ?

Quelle prise en charge financière de vos soins ?

Quels sont vos revenus pendant un arrêt de travail ?



Une collection **GRATUITE** à votre disposition

Quels congés pour le proche qui vous accompagne ?

Comment s'organise la reprise du travail ?

Puis-je contracter un prêt bancaire après la maladie ?

Dans quels cas le cancer est-il reconnu comme maladie professionnelle ?

« Ce guide m'a permis d'y voir plus clair dans les démarches administratives. »

Fabienne K., 65 ans.

« En lisant ce guide, j'ai appris que j'avais droit à un congé pour accompagner ma femme malade. »

Laurent V., 54 ans.



À NOTER

Pour commander ce guide, voir encadré ci-contre.

Pour en savoir plus et télécharger/commander
gratuitement ce guide :



Imprimé sur papier
100 % recyclé

Édité par l'Institut national du cancer (INCa)

Tous droits réservés - Siren 185 512 777

Conception : Ici Barbès

Réalisation : INCa

Illustrations : Pierre Bourcier

Impression : CIA GRAPHIC

ISBN : 978-2-37219-752-6

ISBN net : 978-2-37219-753-3

DEPÔT LÉGAL JUIN 2021

Les traitements des cancers du pancréas

Ce guide a pour objectif de vous informer et de répondre largement aux questions que vous vous posez sur les traitements des cancers du pancréas.

D'autres guides et fiches d'information existent et sont à votre disposition au sein de la collection Guides Patients. Conçus par l'Institut national du cancer et validés par des spécialistes, ces documents garantissent des informations médicales de référence.

La survenue de la maladie provoque d'importants bouleversements. Votre situation face au cancer étant unique, ces informations ne remplacent pas un avis médical. Ces guides et fiches d'information peuvent constituer des supports pour vos échanges avec vos spécialistes, mais aussi pour vous permettre d'ouvrir le dialogue avec vos proches.

Pour vous informer sur la prévention,
les dépistages et les traitements des cancers,
consultez **e-cancer.fr**

