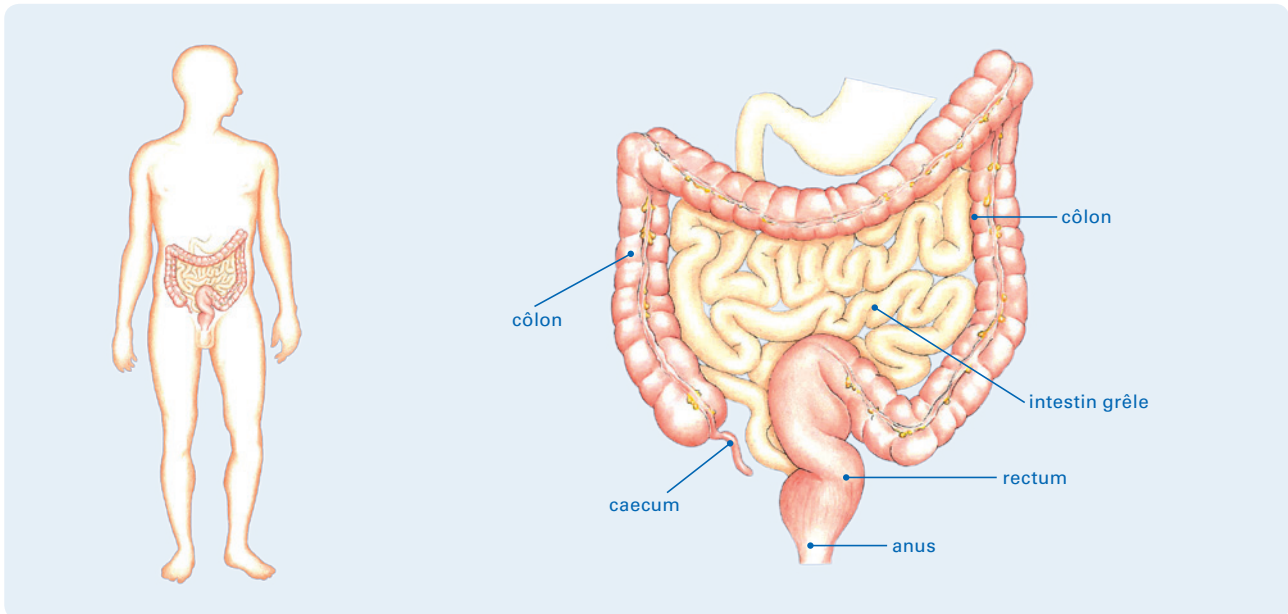




Le cancer du côlon et du rectum

Carcinome colorectal



Le côlon

Au fur et à mesure de leur passage à travers l'appareil digestif (bouche, estomac, intestin grêle), les aliments sont réduits en fragments de plus en plus petits. Les résidus qui ne peuvent être assimilés parviennent finalement dans le côlon (gros intestin), où ils sont épaissis et transportés vers l'anus; les matières fécales sont stockées dans le rectum, la dernière partie du côlon, jusqu'à leur élimination par l'anus.

Le cancer du côlon se développe dans les cellules de la muqueuse qui tapisse l'intérieur du côlon. Le rectum, segment terminal du côlon, est la partie la plus fréquemment touchée. Le cancer du côlon est l'un des cancers les plus fréquents. On l'appelle aussi cancer de l'intestin, car les autres segments de l'intestin (intestin grêle, anus) sont rarement affectés par des tumeurs.

Fréquence

Chaque année, on dénombre 4000 nouveaux cas de cancer du côlon en Suisse, ce qui représente 11% de tous les cancers. Le carcinome du côlon est ainsi le troisième cancer le plus fréquent. Chez la femme, il se classe même en deuxième position. Les risques augmentent fortement avec l'âge: 37% des patients sont âgés de 50 à 70 ans, 57% ont plus de 70 ans.

Symptômes

Le cancer de l'intestin se développe souvent sans provoquer le moindre trouble pendant une période prolongée. Les symptômes ci-après peuvent indiquer la présence d'une tumeur de l'intestin:

- > présence de sang dans les selles (coloration rougeâtre ou noirâtre);
- > troubles de la défécation, par exemple faux besoin d'aller à selle;
- > douleurs abdominales inconnues et persistantes;
- > troubles du transit intestinal, par exemple alternance de diarrhée et de constipation, selles filiformes, crampes en allant à selle ou ballonnements importants sans origine connue;
- > perte de poids inexpliquée.

Examens et diagnostic

Pour établir le diagnostic, le médecin procède à une coloscopie de l'intestin (examen visuel intérieur). Il introduit dans l'anus un tube souple (le coloscope) équipé d'une caméra miniaturisée afin de visualiser l'intérieur de l'intestin. Des échantillons de tissu (biopsie) peuvent être prélevés simultanément à l'aide d'instruments spéciaux pour être ensuite examinés en laboratoire.

Pour déterminer dans quelle mesure la tumeur s'est propagée à d'autres régions du corps, le médecin peut avoir recours à d'autres techniques d'imagerie médicale comme la radiographie de l'intestin, l'échographie de l'abdomen ou encore le scanner ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM).

Les stades de la maladie

Pour déterminer le stade du cancer de l'intestin, on utilise la classification internationale TNM. T désigne l'extension de la tumeur, N l'atteinte des ganglions lymphatiques (*nodes* en anglais) et M la présence de métastases. Plus le chiffre qui accompagne les lettres est élevé, plus la tumeur s'est propagée dans l'organisme.

- T0** Pas de tumeur
- T1** La tumeur est limitée à la couche intérieure de la paroi intestinale.
- T2** La tumeur s'est propagée à la couche musculaire de l'intestin.
- T3** La tumeur s'est propagée à toutes les couches de l'intestin.
- T4** La tumeur a envahi les tissus voisins.
- Tx** Extension de la tumeur impossible à évaluer
- N0** Pas de cellules cancéreuses dans les ganglions lymphatiques
- N1** Jusqu'à trois ganglions voisins sont touchés.
- N2** Quatre ganglions voisins ou plus sont touchés.
- Nx** Atteinte ganglionnaire impossible à évaluer
- M0** Pas de métastases
- M1** Présence de métastases dans d'autres organes, par exemple le foie ou le poumon
- Mx** Présence de métastases impossible à évaluer

Traitement

Le choix des méthodes de traitement dépend avant tout du stade de la maladie. Chaque fois que la situation le permet, on procède à l'ablation chirurgicale de la tumeur. Au stade débutant, le traitement est terminé après l'opération.

A un stade plus avancé, d'autres traitements sont nécessaires. Dans bien des cas, on procède déjà à une radiothérapie et/ou à une chimiothérapie (radiochimiothérapie) avant l'opération, afin de réduire la taille de la tumeur et d'augmenter les chances de réussite. Une chimiothérapie peut également être proposée après l'opération.

Lorsque la tumeur a déjà formé des métastases, on a recours à d'autres possibilités thérapeutiques, par exemple une radiothérapie et une chimiothérapie combinées ou un traitement à base de médicaments (anticorps monoclonaux, immunothérapie). Le traitement médicamenteux permet d'atténuer les symptômes et d'augmenter l'espérance de vie. Certaines métastases – dans le foie notamment – peuvent être réduites, voire même détruites par voie chirurgicale ou à l'aide de techniques particulières.

Répercussions du traitement

Les techniques opératoires actuelles permettent de préserver le sphincter anal dans la plupart des cas et d'éviter ainsi la confection d'un anus artificiel (stomie).

Mais si la tumeur est très proche de l'anus, il est nécessaire d'enlever toute la partie terminale de l'intestin avec le sphincter anal et de pratiquer une dérivation intestinale. Le chirurgien tire l'extrémité de l'intestin vers l'extérieur à travers un petit orifice pratiqué dans la paroi abdominale. Il relie ensuite l'intestin à l'abdomen par une suture. Après l'opération, les selles sont collectées dans une poche spéciale fixée sur la peau et ne peuvent plus être éliminées par la voie naturelle.

Suivi médical

Une fois le traitement terminé, des contrôles réguliers sont indispensables. L'intervalle entre les rendez-vous et les examens nécessaires sont déterminés individuellement en fonction de chaque cas particulier.

Facteurs de risque

Certaines personnes ont un risque accru de développer un cancer de l'intestin pour des raisons personnelles ou familiales. Les facteurs suivants peuvent être liés à cette augmentation du risque:

- > affections inflammatoires chroniques de l'intestin, par exemple maladie de Crohn ou colite ulcéreuse;
- > certaines maladies héréditaires de l'intestin, caractérisées par la formation d'un grand nombre de polypes (excroissances de la muqueuse) dans l'intestin, comme la polypose adénomateuse familiale (PAF);
- > tumeurs de l'intestin chez de proches parents, surtout si la tumeur est apparue avant l'âge de 50 ans. On estime que 10 à 15% des cancers de l'intestin sont liés à une prédisposition héréditaire;
- > polypes précédemment diagnostiqués et opérés.

Les personnes concernées, même jeunes, devraient se soumettre à un dépistage.

En l'absence de prédisposition particulière au cancer de l'intestin, certains facteurs augmentent le risque de tumeur:

- > le manque d'exercice;
- > la surcharge pondérale;
- > une alimentation déséquilibrée, trop de matières grasses et pas assez de fibres par exemple;
- > le tabagisme.

Prévention et dépistage

Une bonne hygiène de vie permet de réduire le risque de cancer de l'intestin, à savoir:

- > pratiquer une activité physique régulière;
- > éviter les kilos superflus;
- > veiller à une alimentation équilibrée riche en fruits, en légumes, en salades et en fibres, et pauvre en matières grasses et en viande rouge;
- > ne pas fumer.

Il existe deux méthodes pour dépister le cancer de l'intestin: la recherche de sang occulte dans les selles et la coloscopie.

La première permet de détecter dans les selles la présence de sang invisible à l'œil nu qui pourrait provenir d'une tumeur de l'intestin.

La seconde consiste à examiner la muqueuse de l'intestin au moyen d'un tube souple muni d'une caméra. La coloscopie permet aussi de prélever des échantillons de tissu et d'éliminer des polypes suspects.

Demandez conseil à votre médecin pour savoir si un dépistage est indiqué dans votre cas et dans l'affirmative, à quel intervalle il devra être pratiqué.

Remarque

Cette information peut également être téléchargée en allemand, en italien, en espagnol, en portugais, en albanais, en serbo-croate-bosniaque et en turc sur le site www.liguecancer.ch → les différents types de cancer.

Vous trouverez également des brochures gratuites en français, en allemand et en italien sur www.liguecancer.ch/brochures.

Informations, conseils et soutien

Krebsliga Aargau

Tel. 062 834 75 75
www.krebsliga-aargau.ch

Krebsliga beider Basel

Tel. 061 319 99 88
www.krebsliga-basel.ch

Bernische Krebsliga

Ligue bernoise contre le cancer
Tel. 031 313 24 24
www.bernischekrebsliga.ch

Ligue fribourgeoise contre le cancer

Krebsliga Freiburg
tél. 026 426 02 90
www.liguecancer-fr.ch

Ligue genevoise contre le cancer

tél. 022 322 13 33
www.lgc.ch

Krebsliga Glarus

Tel. 055 646 32 47
www.krebsliga-glarus.ch

Krebsliga Graubünden

Tel. 081 252 50 90
www.krebsliga-gr.ch

Ligue jurassienne contre le cancer

tél. 032 422 20 30
www.liguecancer-ju.ch

Ligue neuchâteloise contre le cancer

tél. 032 721 23 25
www.liguecancer-ne.ch

Krebsliga Schaffhausen

Tel. 052 741 45 45
www.krebsliga-sh.ch

Krebsliga Solothurn

Tel. 032 628 68 10
www.krebsliga-so.ch

Krebsliga St. Gallen-Appenzell

Tel. 071 242 70 00
www.krebsliga-sg.ch

Thurgauische Krebsliga

Tel. 071 626 70 00
www.tgkl.ch

Lega ticinese contro il cancro

tel. 091 820 64 20
www.legacancro-ti.ch

Ligue valaisanne contre le cancer

tél. 027 322 99 74
www.lvcc.ch

Krebsliga Wallis

Tel. 027 922 93 21
www.krebsliga-wallis.ch

Ligue vaudoise contre le cancer

tél. 021 641 15 15
www.lvc.ch

Krebsliga Zentralschweiz

Tel. 041 210 25 50
www.krebsliga.info

Krebsliga Zug

Tel. 041 720 20 45
www.krebsliga-zug.ch

Krebsliga Zürich

Tel. 044 388 55 00
www.krebsliga-zh.ch

Krebshilfe Liechtenstein

Tel. 00423 233 18 45
www.krebshilfe.li

Ligne InfoCancer

0800 11 88 11
du lundi au vendredi 10–18 h
appel gratuit

www.forumcancer.ch

Forum internet de la Ligue contre le cancer

Impressum

Auteur

Dr. méd. Eva Ebnöter,
Zollikon

Traduction

Evelyne Carrel, Arzier

Illustrations

Daniel Haldemann, Wil SG

Editrice

Ligue suisse contre le cancer
Effingerstrasse 40
Case postale 8219
3000 Berne
Téléphone 031 389 91 00
www.liguecancer.ch

© 2010

Ligue suisse contre le cancer, Berne