



## A qui en parler?

Vous cherchez de l'aide ou d'autres informations?  
Vous avez besoin de parler?  
Vous cherchez des informations sur un type de cancer  
ou ses possibilités de traitement?  
Vous voulez savoir comment faire appel à un service de  
la Fondation contre le Cancer?

Dans ce cas, appelez gratuitement et de façon anonyme  
le Cancerphone.

Des professionnels (médecins, psychologues) sont à  
l'écoute de toute personne confrontée au cancer.

La Fondation contre le Cancer  
à votre écoute.



Cancerphone  
0800 15 801

Fondation contre le Cancer ®

Tous les jours ouvrables  
de 9h à 13h, le lundi de 9h à 19h.

Chaussée de Louvain 479  
1030 Bruxelles  
tél.: + 32 2 736 99 99  
info@cancer.be  
www.cancer.be



Fondation  
contre le Cancer

Fondation d'utilité publique

# Les cancers du gros intestin

Gros intestin



Fondation  
contre le Cancer

Fondation d'utilité publique



## Table des matières

---

A qui cette brochure est-elle destinée?	3
Qu'est-ce qu'un cancer?	4
Gros intestin	6
■ Cancers du gros intestin	8
■ Examens de dépistage ou de diagnostic	13
■ Traitements	17
■ Effets secondaires des traitements	23
■ Quelle surveillance après l'arrêt des traitements?	26
Informations utiles	27
La Fondation contre le Cancer: une mission, trois objectifs	31

## A qui cette brochure est-elle destinée?

Ce document s'adresse avant tout aux personnes ayant un cancer du gros intestin (côlon et rectum).

Lorsqu'on vous annonce un diagnostic de cancer, de très nombreuses questions et émotions se bousculent. On veut comprendre comment et pourquoi la maladie s'est développée, quels sont les examens et les traitements indispensables, combien de temps ils risquent de durer... On se demande si une guérison est possible, si les traitements permettent de poursuivre une vie normale ou s'il faudra se faire aider... On s'interroge sur le coût de la maladie, sur ce qu'il vaut mieux dire ou ne pas dire à son entourage...

A toutes ces questions et à bien d'autres, des réponses devront être apportées au fur et à mesure qu'elles se posent, au cas par cas, en fonction de l'évolution particulière de chaque malade.

Votre médecin jouera à cet égard un rôle essentiel. Lui seul est en mesure de vous informer avec précision sur l'évolution de votre cas, pour autant que vous le lui demandiez.

Cette brochure n'a pas pour objet de tout vous apprendre sur votre maladie. Elle vous donne cependant des **informations générales** très importantes pour comprendre ce qu'est un cancer du gros intestin et comment il se soigne. Cette brochure vous aidera à poser les bonnes questions à votre médecin, si vous souhaitez en savoir plus sur votre situation particulière.

N'oubliez pas non plus vos proches. Eux aussi se posent de nombreuses questions. Ce document peut donc également leur être utile.



## Qu'est-ce qu'un cancer?

Un cancer est une perturbation profonde et complexe du fonctionnement de certaines cellules.

Normalement, nos cellules se divisent uniquement pour assurer la croissance ou l'entretien de l'organisme et elles restent dans la partie du corps où elles sont supposées se trouver.

À l'intérieur de chaque cellule, plusieurs gènes (parties des chromosomes transmis par nos parents) surveillent étroitement ce processus. Pourtant, il arrive que des anomalies s'accumulent dans la cellule jusqu'à lui faire perdre le contrôle de ses multiplications.

Ces anomalies peuvent être causées notamment par des substances chimiques ou des rayonnements cancérogènes capables d'endommager les gènes.

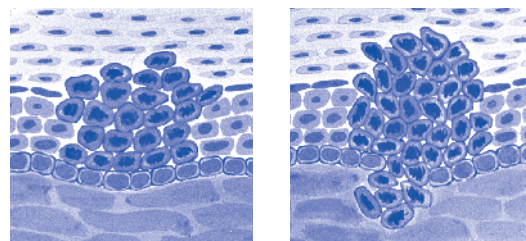
Une accumulation de dégâts atteignant des gènes bien particuliers est donc nécessaire, ce qui prend d'habitude un temps considérable. Voilà pourquoi les cancers sont très rares chez les enfants, et de plus en plus fréquents avec l'âge.

Au départ de la première cellule qui se divise exagérément, une série de cellules excédentaires sont produites qui, à leur tour, se multiplient sans contrôle.

Certaines de ces cellules développent la particularité de pouvoir s'échapper de leur lieu d'origine pour partir coloniser d'autres parties du corps.

Cela peut se produire par les vaisseaux sanguins et lymphatiques. Il se forme alors des colonies de cellules cancéreuses à distance de la tumeur d'origine. En langage médical, ces colonies s'appellent des **métastases**.

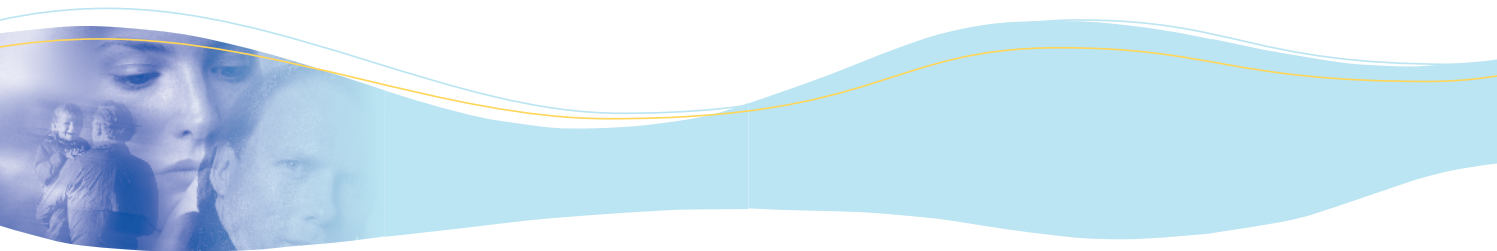
Elles sont responsables de la gravité de la maladie, raison pour laquelle il vaut mieux traiter un cancer avant qu'il ait eu l'occasion de se généraliser par l'envoi de métastases.



*Dissémination d'un cancer*

Si un cancer peut se généraliser, par contre, il ne se transmet pas d'une personne à l'autre.

Dernière précision de vocabulaire: une tumeur ne veut pas toujours dire cancer. Il s'agit d'une masse de cellules qui peuvent être cancéreuses ou non. Dans le premier cas, on parle de tumeur maligne (cancer), dans le second cas, il s'agit d'une tumeur bénigne.

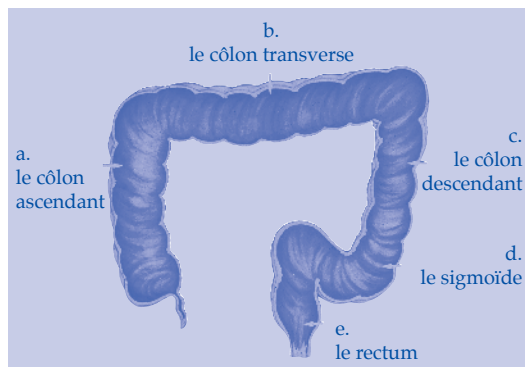


## Gros intestin

Notre tube digestif se compose de toute une série d'organes. Lorsque nous avalons des aliments, ceux-ci passent par l'oesophage, l'estomac et l'intestin grêle, pour arriver enfin dans le gros intestin. Ce dernier comprend successivement plusieurs régions anatomiques différentes:

- le côlon ascendant (qui suit directement l'intestin grêle et au début duquel se trouve l'appendice) également appelé côlon droit;
- le côlon transverse;
- le côlon descendant (également appelé côlon gauche);
- le sigmoïde;
- le rectum (qui se termine à l'anus).

### Gros intestin

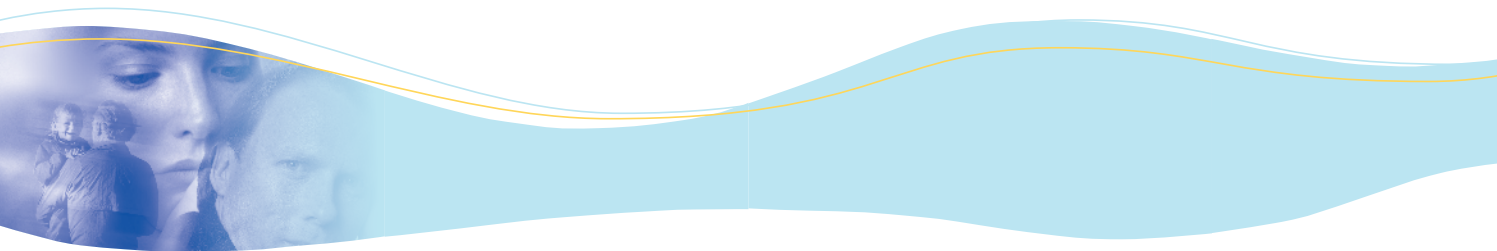


Au total, le gros intestin mesure environ 1,5 mètres. Il est situé dans la cavité abdominale (le ventre).

La paroi du gros intestin se compose de plusieurs couches concentriques. De l'intérieur vers l'extérieur, on distingue la muqueuse, la sous-muqueuse, une couche de muscles et le péritoine (feuillet séreux qui tapisse également la cavité abdominale).

Le gros intestin concentre les résidus alimentaires en résorbant de l'eau et des sels minéraux à travers sa paroi. Il héberge de très nombreuses bactéries (la flore intestinale) qui, par divers mécanismes de fermentation, dégradent les substances ayant échappé à la digestion. Certaines de ces bactéries sont fort utiles puisqu'elles produisent de la vitamine K (importante pour une bonne coagulation du sang).

Enfin, les selles composées de résidus alimentaires non résorbables (les fibres alimentaires), de bactéries, de cellules mortes de la muqueuse intestinale, d'un peu d'eau et de glaires, sont éliminées par l'anus.



## ■ Cancers du gros intestin

En Belgique, on enregistre chaque année plus de 7 500 nouveaux cas de cancers du gros intestin. Cette maladie est un peu plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Pourtant, il s'agit du 2<sup>ème</sup> cancer chez la femme (après les cancers du sein) et du 3<sup>ème</sup> chez l'homme (après les cancers de la prostate et du poumon).

Exceptionnels avant 40 ans, leur fréquence augmente nettement à partir de la cinquantaine.

Plus de la moitié des cancers du gros intestin se situent dans sa partie terminale (sigmoïde et surtout rectum).

Un cancer du gros intestin se développe presque toujours au départ d'une excroissance (un polype bénin) de la muqueuse. Au fur et à mesure de sa progression, il envahit les couches profondes de la paroi intestinale. Lorsque des cellules cancéreuses ont pénétré suffisamment en profondeur pour atteindre des vaisseaux sanguins ou lymphatiques, elles peuvent s'échapper et aller coloniser des ganglions ou des organes distants (le foie, parfois les poumons ou les os).

Le degré de développement d'un cancer du gros intestin est déterminé en fonction des couches de la paroi intestinale atteintes par la tumeur, et de la présence ou non de métastases (dans les ganglions ou d'autres parties du corps).

Deux classifications existent pour décrire le stade de la maladie: "Dukes" et "TNM". Si vous entendez le médecin employer ces termes au sujet de votre cancer, faites-vous expliquer ce qu'ils signifient dans votre cas particulier.

## Causes

La majorité des cancers du gros intestin atteignent des individus qui ne présentent apparemment pas de risques particuliers. Ils résultent vraisemblablement de nombreuses interactions entre des substances cancérogènes inconnues, et de facteurs génétiques prédisposants encore à découvrir.

**L'alimentation** joue très probablement un rôle, dans la mesure où ce que nous mangeons expose notre intestin à un cocktail de substances chimiques cancérogènes ou, au contraire, protectrices. Plusieurs études ont montré que les cancers du gros intestin sont plus fréquents chez les individus ayant une alimentation riche en graisses animales et pauvre en fibres. Reste à comprendre comment ces substances agissent.

Le manque d'**exercice physique** pourrait aussi favoriser le développement de ces cancers en ralentissant le transit intestinal. En effet, qui dit intestin "paresseux" dit augmentation du temps de contact entre des molécules cancérogènes présentes dans les matières fécales et la paroi intestinale.

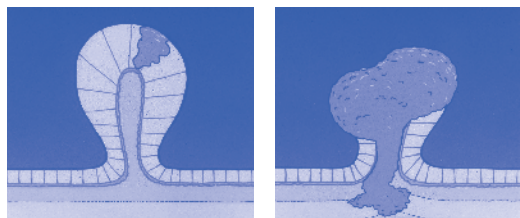
Les cancers colorectaux sont un peu plus fréquents chez les fumeurs, d'où la question (non élucidée) d'un lien possible avec le **tabac**.



D'autres facteurs de risque sont identifiés:

- **La présence d'adénomes (polypes bénins) sur la muqueuse de l'intestin.** En effet, la plupart des cancers du gros intestin prennent naissance sur un de ces polypes. Plus un adénome est grand, plus le risque de dégénérescence est important. La fréquence des polypes augmente avec l'âge, comme celle des cancers colorectaux.

Polypes en cours de cancérisation



- **Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.** On constate que les cancers colorectaux sont plus fréquents chez des patients ayant une longue histoire de recto-colite ulcéro-hémorragique ou, dans une moindre mesure, de maladie de Crohn. Ces cancers peuvent apparaître à un âge plus précoce que la moyenne.
- **Un premier cancer du gros intestin.** Une personne guérie d'un premier cancer colorectal conserve un risque augmenté de développer un second cancer du gros intestin, sans rapport avec le premier.

Enfin, **l'hérédité** joue un rôle non négligeable. Le risque de développer un cancer colorectal est multiplié par 2 ou 3 chez les parents au premier degré d'un malade. On estime que 30% des personnes atteintes par un cancer du gros intestin seraient porteuses d'une anomalie génétique (mutation d'un ou plusieurs gènes particuliers) héritée d'un de leurs parents. Ces anomalies n'ont pas toutes la même importance. Deux tiers d'entre elles s'accompagnent d'un risque faiblement ou moyennement augmenté de cancer du gros intestin. On peut donc très bien être porteur d'une anomalie génétique, sans jamais développer la maladie.

Par contre, un tiers de ces mutations (cela concerne  $\pm$  10% des patients) exposent les personnes qui en sont porteuses à un risque majeur. On parle alors soit de "Cancer Héritaire Non Polyposique du Côlon" (anciennement appelé syndrome de Lynch), soit plus rarement de "Polypose Adénomateuse Familiale". Elles sont suspectées lorsqu'un cancer du gros intestin se développe à un âge beaucoup plus jeune que la moyenne. Plusieurs mutations génétiques responsables de ces maladies ont été identifiées. Elles ont 50% de risque de se transmettre de génération en génération, raison pour laquelle les membres de la famille de ces patients doivent être soumis à un dépistage génétique. Les individus porteurs du gène muté feront l'objet d'une étroite surveillance et, si nécessaire, de traitements préventifs (dès l'enfance en cas de polyposose familiale).

Rappelons que les cancers ne sont pas contagieux!



## Symptômes

Les cancers colorectaux peuvent s'accompagner d'un grand nombre de manifestations différentes (symptômes) qui ne sont toutefois pas spécifiques à cette maladie. La nature des symptômes et leur rapidité d'apparition varient en fonction de la localisation de la tumeur à l'intérieur du gros intestin.

Les cancers situés sur la **partie terminale de l'intestin** (sigmoïde et rectum) peuvent s'accompagner de pertes de sang par l'anus, de traces de sang dans les selles ou sur le papier toilette.

On peut aussi constater un changement inexplicable et persistant du rythme des selles (constipation, diarrhée, ou alternance des deux), des faux besoins, ou une diminution du calibre des selles.

Les tumeurs situées **plus haut dans l'intestin** (côlon ascendant) peuvent passer longtemps inaperçues. Elles s'accompagnent plutôt de fatigue (souvent liée à l'anémie causée par les pertes chroniques de sang au niveau de la tumeur), d'un amaigrissement inexplicable ou de maux de ventre persistants (souvent sous forme de crampes intermittentes).

Aucun de ces symptômes ne veut automatiquement dire qu'un cancer colorectal est présent, mais ils justifient la réalisation d'examens médicaux.

## ■ Examens de dépistage ou de diagnostic

Le dépistage systématique des cancers du gros intestin est recommandé aux hommes et aux femmes à partir de 50 ans. Le type et le rythme des examens de dépistage varient en fonction du risque individuel (présence ou non d'antécédents personnels ou familiaux, etc.).

Dans le cadre d'un dépistage, ou lorsque le médecin suspecte la présence d'un cancer du gros intestin après avoir interrogé et examiné son patient, divers examens doivent être pratiqués pour confirmer le diagnostic.

### Toucher rectal

Un doigt est introduit dans le rectum pour palper sa paroi. Cet examen permet de repérer une tumeur située près de l'anus.

### Recherche de sang occulte dans les selles

Un cancer s'accompagne souvent de petites pertes de sang qui ne sont pas toujours visibles à l'oeil nu. Ces saignements microscopiques peuvent être découverts en faisant réagir un prélèvement de selles (effectué à l'aide d'une petite tige) avec des produits chimiques (technique connue sous le nom "test Hemocult®").

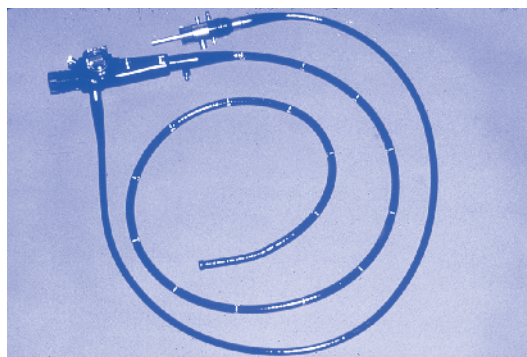


## Endoscopie

Un endoscope est un mince tuyau souple contenant un système optique et un système d'éclairage. Il permet d'observer les parois des cavités du corps ou des organes creux. On commence par vider l'intestin de son contenu (prise d'un laxatif). L'endoscope est ensuite introduit par l'anus. Si l'appareil est remonté jusqu'au sigmoïde, l'examen s'appelle une rectosigmoïdoscopie. On parle de coloscopie lorsque l'entièreté du gros intestin est examinée. Via l'endoscope, on peut prélever un petit morceau de tissu suspect (polype, par exemple). L'échantillon ainsi récolté (biopsie) est examiné au microscope pour déterminer sa nature exacte.

Ceci est capital pour l'établissement du diagnostic puisque seul l'examen microscopique donne une certitude quant à la nature cancéreuse ou non de la tumeur.

Endoscope



## Radiographie ou colonoscopie virtuelle (scanner)

L'examen du gros intestin est possible par radiographie classique ou par scanner. Dans ce dernier cas, on parle de colonoscopie virtuelle. Ces deux techniques supposent la prise préalable de laxatifs pour vider complètement le gros intestin. Ceci est indispensable pour bien visualiser la paroi intestinale et repérer ses éventuelles anomalies. Lors de l'examen, de l'air est insufflé dans le gros intestin par une sonde rectale pour visualiser le mieux possible l'ensemble de la paroi intestinale. En cas de radiographie classique, un produit de contraste est également introduit par la sonde rectale.

## Dosage du CEA (antigène carcino-embryonnaire)

Il s'agit d'une substance naturellement présente dans le sang en très faibles quantités, mais produite en excès par certains cancers, dont ceux du gros intestin. En langage médical, une telle substance s'appelle un marqueur tumoral. Son dosage s'effectue par prise de sang.

Si le diagnostic de cancer est posé, le médecin demande d'autres examens pour préciser le degré de développement local de la tumeur.

Il peut s'agir d'une **échographie transrectale** (une sonde à ultrasons étant introduite par l'anus) en cas de cancer du rectum. Un **CT-scan** ou une **résonance magnétique nucléaire** (RMN) peut également être utile. Ces examens donnent une



idée de la profondeur de l'envahissement tumoral à l'intérieur de la paroi intestinale (c'est très important pour définir le stade de la maladie) et permettent de repérer des anomalies (éventuelles métastases) dans les ganglions lymphatiques qui entourent le gros intestin.

Un **bilan d'extension** est ensuite effectué, à la recherche d'éventuelles métastases à distance. Ce bilan comporte un examen du foie (échographie, scanner ou résonance magnétique nucléaire). En effet, lorsqu'un cancer colorectal se généralise, il envahit souvent le foie. Un examen des poumons est également réalisé, surtout dans les cas de cancers du rectum.

Si un ou plusieurs de ces examens vous sont prescrits, n'hésitez pas à demander des explications sur le pourquoi et le comment.

En fonction des résultats du bilan ainsi réalisé, des traitements appropriés pourront être proposés.

## ■ Traitements

Trois types de traitements sont couramment utilisés en cancérologie. Il s'agit de la chirurgie, de la radiothérapie (les rayons) et de la chimiothérapie (des médicaments).

Si nécessaire, le malade reçoit une combinaison de plusieurs traitements différents.

Le choix du/des traitement(s) est déterminé au cas par cas en fonction de:

- la nature cellulaire de chaque cancer;
- sa localisation;
- son degré d'extension;
- l'état général du patient, autrement dit la manière dont fonctionnent ses principaux organes vitaux.





## Chirurgie

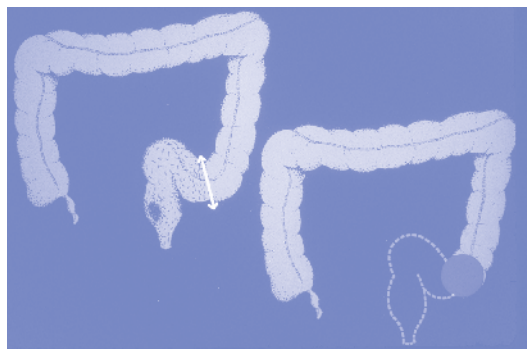
En cas de cancer colorectal, la chirurgie est une étape quasi obligée du traitement, soit à titre **curatif** (on enlève l'entière de la tumeur), soit à titre **palliatif** (on évite une obstruction intestinale causée par le cancer).

Avant l'opération, l'intestin sera le plus soigneusement possible vidé de son contenu (laxatifs, lavement, régime sans résidus).

Le type de chirurgie dépend pour beaucoup de la localisation tumorale.

Lorsque le cancer se trouve à proximité immédiate de l'anus, le chirurgien est parfois obligé d'enlever ce dernier. En conséquence, un anus artificiel (colostomie en langage médical) définitif devra être réalisé. Pour ce faire, la partie terminale de l'intestin est amenée à la peau (au niveau du ventre) et reliée à une poche amovible chargée de collecter les selles.

### Enlèvement de la zone atteinte et création d'un anus artificiel



Signalons toutefois que les progrès de la chirurgie et l'utilisation combinée de radiothérapie rendent de moins en moins fréquent le recours à un anus artificiel. Chaque fois que possible, l'anus naturel est laissé en place et la continuité de l'intestin est restaurée, soit dès la première opération, soit dans les quelques mois qui suivent l'enlèvement de la tumeur. Cette dernière solution suppose l'installation d'un anus artificiel temporaire.

L'opération cherche à enlever en bloc la tumeur et les tissus avoisinants éventuellement infiltrés par des cellules cancéreuses. L'analyse microscopique du cancer et des ganglions enlevés à proximité immédiate de l'intestin permet de décider si d'autres traitements sont ou non nécessaires. Si tel est le cas, des séances de radiothérapie ou de chimiothérapie peuvent être prescrites en complément de la chirurgie.

## Radiothérapie

La radiothérapie est utilisée dans les cancers du rectum **en complément de la chirurgie**. Les rayons peuvent être donnés après l'opération (en fonction des résultats opératoires), mais ils précèdent bien souvent la chirurgie dans le but de diminuer le risque de récurrence locale.

Dans certains cas, la radiothérapie préopératoire permet également de réduire le volume tumoral, ce qui facilite l'opération ou limite son ampleur (conservation de l'anus). Dans les rares situations où l'état général du patient contre-indique toute opération, le traitement consiste en une radiothérapie destinée à lutter contre, ou à prévenir, une obstruction intestinale.



Des associations de radiothérapie et chimiothérapie avant ou après la chirurgie sont également possibles.

## Chimiothérapie

La chimiothérapie est utilisée depuis de nombreuses années dans le traitement des cancers du côlon. Plus récemment, l'utilisation de nouveaux médicaments ciblés (voir ci-dessous), en combinaison avec la chimiothérapie, a permis d'améliorer encore les résultats. La chimiothérapie est administrée en complément de la chirurgie (on parle de traitement adjuvant) lorsque l'envahissement de la paroi intestinale par la tumeur ou la présence de cellules cancéreuses dans les ganglions font craindre un risque de récurrence. On y recourt également en cas de métastases avérées dans d'autres organes (foie, poumons, etc.).

## Nouveaux traitements ciblés

Issue de la recherche fondamentale puis des essais cliniques, une nouvelle génération de médicaments est utilisée, en association avec la chimiothérapie, dans le traitement des cancers du gros intestin à certains stades de leur développement. Comme leur nom l'indique, ces nouveaux médicaments ciblés agissent de façon très spécifique. Ils perturbent la création de nouveaux vaisseaux sanguins (néo-angiogenèse) à l'intérieur des tumeurs cancéreuses et de leurs métastases.

Certains de ces nouveaux médicaments bloquent des récepteurs présents à la surface de certaines cellules cancéreuses (EGFR - récepteurs du facteur de croissance épidermique humain).

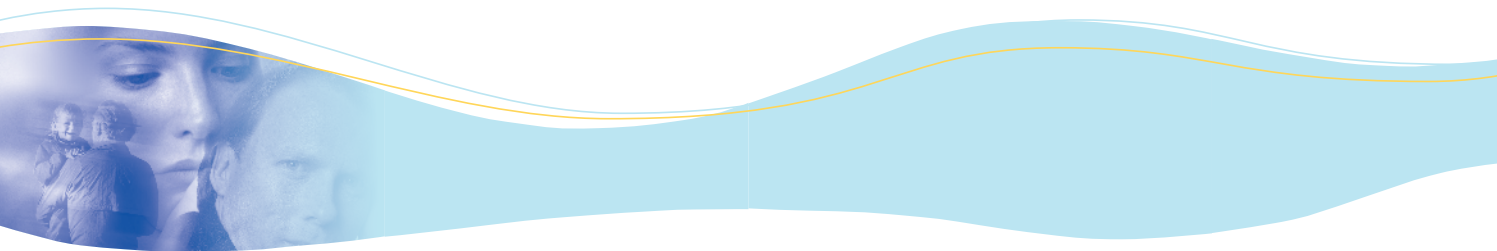
## HIPEC - Traitement des métastases dans le péritoine

L'HIPEC (Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy), ou CHIP en français (Chimiothérapie Hyperthermique IntraPéritonéale), est un traitement combinant chirurgie et chimiothérapie. Il consiste à rincer le péritoine avec des cytostatiques, directement durant l'opération.

L'HIPEC peut être utilisée en cas de métastases au niveau du péritoine. Durant l'opération, le chirurgien procède d'abord à l'ablation de toutes les tumeurs visibles. Toutes les parties du péritoine qui sont touchées sont alors enlevées (elles se reformeront avec le temps). Ensuite, on fait circuler 3 litres de cytostatiques dans l'abdomen, à l'aide d'un système de pompe. Cette procédure a une durée d'environ 1 heure et demie.

L'HIPEC reste une intervention lourde, avec des risques de complication d'environ 30%.

L'HIPEC a pour but d'être un traitement curatif mais, le plus souvent, il ne mène pas à une guérison complète. Il permet surtout d'ajouter quelques années de survie, dans de bonnes conditions. Son efficacité dépend de l'extension de la maladie au moment du traitement.



## Traitement des métastases hépatiques

Lorsqu'un cancer colorectal se généralise, les métastases atteignent très fréquemment le **foie**. En présence d'une métastase hépatique isolée, ce qui est relativement rare, on décide parfois de l'enlever par chirurgie.

Ces métastases sont généralement combattues par de la **chimiothérapie** en combinaison avec les nouveaux traitements ciblés. Ces traitements peuvent rendre opérables des métastases qui ne l'étaient pas initialement.

Les métastases au niveau du foie peuvent parfois être traitées par RFA (Radio Frequency Ablation). Ce traitement consiste à détruire les métastases à l'aide de rayons électromagnétiques. Cette technique peut être utilisée à travers la peau, ou durant une opération.

Il arrive que les métastases entraînent des douleurs par distension du foie. Pour soulager le patient, on procède alors dans certains cas à des injections extrêmement localisées de chimiothérapie (on parle d'embolisation) via un cathéter (fin tuyau) introduit par l'artère hépatique.

## ■ Effets secondaires des traitements

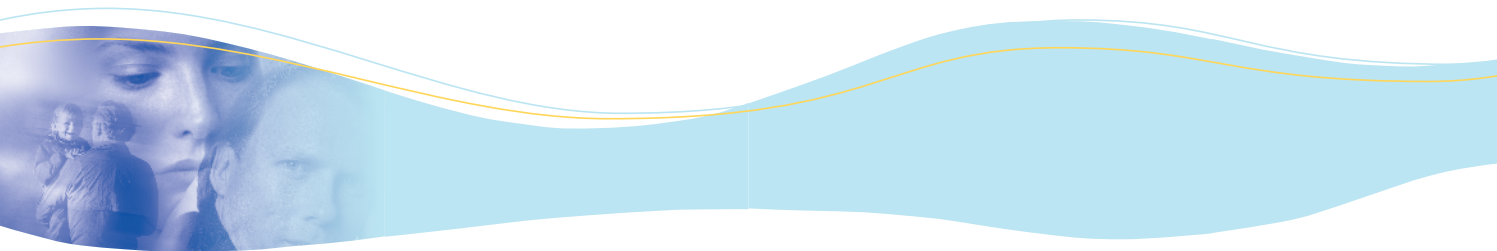
La nature et l'intensité des effets secondaires varient en fonction du type de traitement et de la sensibilité individuelle de chaque malade.

Remarque importante : la présence, la durée ou l'intensité des effets secondaires n'a rien à voir avec l'efficacité du traitement.

### Chirurgie

La chirurgie peut entraîner la réalisation d'un anus artificiel (colostomie) temporaire ou définitif. Tout dépend de la localisation de la tumeur et de son degré d'extension. N'hésitez pas à demander au chirurgien, avant l'opération, s'il pense devoir pratiquer chez vous ce type d'intervention. Dans ce cas, la localisation de la colostomie devra être discutée de commun accord avec le malade, afin de choisir un endroit du ventre qui cause le moins de désagréments possible.

Lorsqu'un anus artificiel est réalisé, des indications précises (régime éventuel, soins locaux, changement de la poche) seront données au patient avant qu'il ne quitte l'hôpital, pour lui faciliter, le plus rapidement possible, un retour à une vie normale. Des conseils pratiques à ce sujet peuvent être obtenus auprès d'une association de personnes stomisées (voir page 29).



## Radiothérapie

La radiothérapie attaque les cellules qui se divisent (les cellules cancéreuses, mais aussi les "bonnes" cellules) à l'endroit précis où les rayons sont dirigés.

Outre une fatigue progressive, les effets secondaires des traitements se limitent donc à la partie du corps irradiée, en fonction de la dose reçue, de la durée du traitement et de la sensibilité des organes aux rayons. Lors de l'irradiation d'un cancer du rectum, la peau du bas-ventre peut être irritée (rougeurs similaires à un coup de soleil), tout comme la paroi du rectum (selles fréquentes et mêlées de glaires) ou de la vessie (besoin fréquent d'uriner). Ces effets secondaires sont habituellement temporaires et disparaissent plus ou moins rapidement après la fin du traitement.

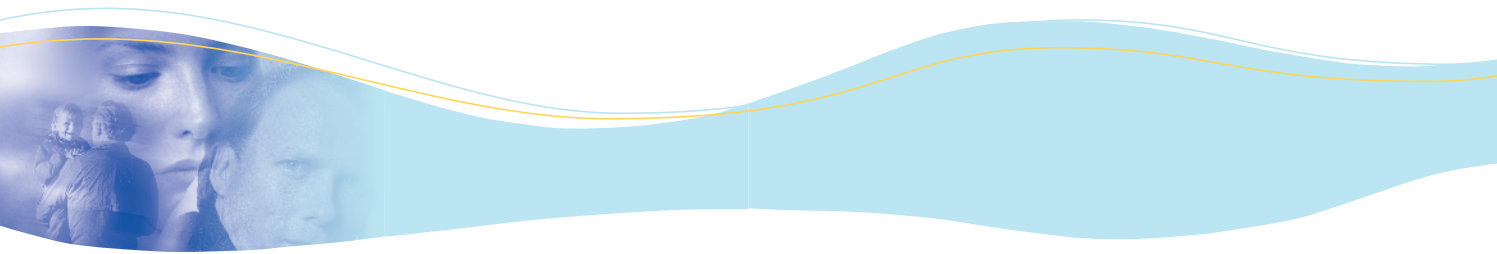
## Chimiothérapie

La chimiothérapie attaque également les cellules qui se divisent mais, contrairement à la radiothérapie, il s'agit d'un traitement général. En effet, les médicaments véhiculés par le sang circulent dans tout le corps. Outre les cellules cancéreuses, les cellules normales qui se multiplient pour régénérer le sang (moelle osseuse) ou les organes sont donc aussi affectées par la chimiothérapie. Des effets secondaires en résultent (fragilité aux infections, manque de globules rouges, nausées, etc.) qui limitent parfois les quantités utilisables de médicaments.

Il faut en effet que le traitement respecte suffisamment de "bonnes" cellules afin que ces dernières réparent les dégâts entre deux cures ou une fois le traitement terminé.

Le 5-FU (médicament de base dans la chimiothérapie des cancers du côlon), donné sous forme d'injections intraveineuses intermittentes, peut s'accompagner de nausées, parfois de vomissements, ainsi que d'une toxicité pour la moelle osseuse et les muqueuses. Le même médicament, utilisé en injection continue à l'aide d'une pompe portable, est à la fois plus efficace et mieux toléré. Dans ce dernier cas, l'effet secondaire le plus fréquent est une fatigue d'intensité variable.

Si vous souhaitez plus d'informations sur les effets secondaires de la chimiothérapie ou de la radiothérapie, ainsi que des conseils pratiques pour les atténuer, vous pouvez obtenir gratuitement une brochure explicative à la Fondation contre le Cancer, consulter son site Internet [www.cancer.be](http://www.cancer.be) à la rubrique 'Traitements' ou appeler gratuitement le **Cancerphone au 0800 15 801**.



## ■ Quelle surveillance après l'arrêt des traitements?

Après la fin des traitements, la personne reste sous surveillance à la recherche d'une éventuelle récurrence ou d'un possible nouveau cancer colorectal. Le schéma standard (adapté en fonction des patients) consiste en une **coloscopie annuelle** pendant les trois premières années, puis tous les 3 à 5 ans si aucune récurrence ni aucun nouveau polype n'ont été découverts. Ces examens sont complétés par un scanner lorsque le cancer était situé au niveau du rectum.

## ■ Informations utiles

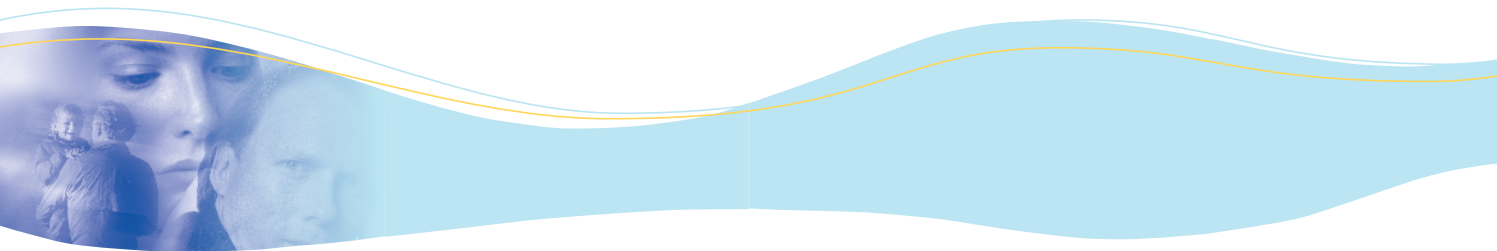
### Fatigue

La fatigue est l'un des effets secondaires du cancer et/ou de son traitement dont les patients se plaignent de plus en plus fréquemment ces dernières années. Il arrive même que ces personnes continuent à ressentir longtemps après la fin des traitements une fatigue importante. Parlez-en à votre médecin. Il pourra vous aider à y remédier ou à en atténuer les effets.

### Soulager au mieux les malades

Lorsqu'on parle de cancer, beaucoup de personnes pensent immédiatement "douleur". C'est loin d'être la règle. En tant que tel, un cancer est rarement douloureux mais des douleurs peuvent être causées par l'envahissement ou la compression d'organes, de vaisseaux ou de nerfs. De nombreuses possibilités de traitement existent, de l'aspirine à la morphine (correctement utilisée, c'est un excellent médicament), en passant par des chimiothérapies ou radiothérapies palliatives (destinées à soulager le patient sans chercher à le guérir).

Pour être pleinement efficaces, ces traitements doivent être administrés sous contrôle médical et suivis scrupuleusement par les malades. Il est par exemple très important de respecter les doses prescrites de médicaments anti-douleur.



## Importance d'une bonne alimentation

Une alimentation de qualité est importante pour tout un chacun, et plus encore lorsque la maladie ou les traitements mettent l'organisme à rude épreuve. Essayez autant que possible de conserver une alimentation normale. En cas de difficultés, n'hésitez pas à demander conseil à votre médecin.

Ne suivez pas de votre propre initiative un prétendu régime anti-cancer. Son efficacité est loin d'être démontrée et il risque fort d'affaiblir davantage votre corps à un moment particulièrement inopportun.

Une brochure d'information intitulée "Alimentation des personnes atteintes d'un cancer" est disponible sur simple demande à la Fondation contre le Cancer. Vous trouverez également de nombreux conseils à ce sujet sur le site [www.cancer.be](http://www.cancer.be)



## Importance d'un bon moral

Un bon moral est toujours important, même s'il ne suffit pas à garantir de meilleures chances de guérison. C'est néanmoins un élément essentiel pour vivre mieux, quoi qu'il arrive, et pour faciliter la traversée des moments difficiles de la maladie et des traitements.

Ceci étant, il est parfaitement normal d'avoir des "hauts" et des "bas".

Si vous éprouvez des difficultés, ne les gardez pas pour vous. Parlez-en à un proche, à un membre de l'équipe soignante ou à un psychologue.

Pour plus d'informations, les personnes porteuses d'une colostomie peuvent s'adresser à l'association des patients stomisés:

STOMA ILCO BRUXELLES - WALLONIE A.S.B.L.  
Rue de l'Abattoir, 39  
7380 Quiévrain - Belgique  
Tél. : 070 66 66 80 - [www.stomie.be](http://www.stomie.be)  
E-mail : [info@stomie.be](mailto:info@stomie.be)



## Importance d'une relation de confiance avec ceux qui vous soignent

Cette brochure n'a pas, et de loin, répondu à toutes les questions que vous vous posez ou que vous vous poserez au fil de l'évolution de votre maladie. Ce n'était pas son but.

Par ces explications générales, nous avons essayé de vous faire mieux comprendre les aspects principaux de la maladie et des traitements. Vous êtes ainsi mieux à même de poser les questions qui vous préoccupent à votre médecin. Lui seul est en mesure de vous préciser l'évolution de votre cas.

Encore faut-il vous souvenir que la médecine n'a pas toujours des réponses absolues à toutes les questions, puisqu'un malade n'est jamais entièrement comparable à son voisin.

N'hésitez cependant jamais à interroger votre médecin et, si nécessaire, à répéter vos questions jusqu'à obtenir une réponse compréhensible... Cela vous aidera à construire un véritable dialogue, bien nécessaire pour faire face à la maladie, et à prendre de commun accord ou en toute confiance les décisions qui s'imposent.

Rendez-vous sur notre site [www.cancer.be](http://www.cancer.be)

Vous trouverez, sous la rubrique "A propos du cancer", beaucoup d'informations utiles. Vous pourrez également consulter nos nombreuses brochures sous la rubrique "Publications" ou les commander au 02 736 99 99.

## La Fondation contre le Cancer: une mission, trois objectifs

La Fondation contre le Cancer n'a qu'une seule ambition: rendre possible un maximum de progrès contre le cancer.

**Pour cela, nous travaillons à trois niveaux:**

### 🔗 Le soutien financier de la recherche oncologique en Belgique

Pour augmenter les chances de guérison, nous finançons les travaux de nombreux chercheurs dans les grands centres du pays, le plus souvent universitaires.

### 🔗 L'aide sociale, le soutien financier et l'information des patients et leurs proches

Pour augmenter la qualité de vie des malades, nous proposons de l'information, de l'aide sociale et du soutien aux personnes atteintes par un cancer et à leurs proches.

### 🔗 La promotion de modes de vie sains, de la prévention et du dépistage, ainsi que la diffusion large d'informations scientifiquement validées

Pour réduire les risques de développer un cancer, nous encourageons après vérification de leur efficacité, l'adoption de modes de vie sains et la pratique du dépistage. Pour cela, nous diffusons largement des informations scientifiquement validées.