



Fondation
contre le Cancer

Transformons l'espoir en victoire !

À qui en parler ?

- Vous cherchez de l'aide ou d'autres infos ?
- 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 Cancerinfo gratuitement et de façon anonyme (du lundi au vendredi, de 9h00 à 18h00).

Des professionnels (médecins, psychologues, infirmiers, assistants sociaux et diététiciens) sont à l'écoute de toute personne confrontée au cancer.

Cancerinfo

Fondation contre le Cancer

0800 15 801
www.cancer.be/info



Fondation
contre le Cancer

Chaussée de Louvain 479 • 1030 Bruxelles
T. 02 736 99 99 • info@cancer.be • www.cancer.be
Soutenez-nous : IBAN : BE45 0000 0000 8989 • BIC : BPOTBEB1



Suivez-nous sur
www.facebook.com/fondationcontrolecancer

E.R. : Patricia Lamsliers - Fondation contre le Cancer - Chaussée de Louvain 479, B-1030 Bruxelles - Fondation d'utilité publique - 0873.268.432 - P&R 23.02 - CDN Communication 23.4.8

3.113 FR



Fondation
contre le Cancer

Le cancer colorectal



Table des matières

Fréquence	4
Différents types de cancers colorectaux	4
Facteurs de risque	4
Dépistage systématique.....	6
Symptômes	7
Examens de diagnostic	7
Bilan d'extension	9
Traitements	10
Traitement des métastases du foie	12
La qualité de vie comme but des traitements	13
Suivi après la fin des traitements	13
Guérison ou rémission ?	14
Encore quelques conseils	15
La Fondation contre le Cancer Transformons l'espoir en victoire !	19

Lisez ceci

**Attention : l'information disponible dans ce folder ou sur Internet ne remplace jamais un avis médical !
Parlez-en à votre médecin.**

Un cancer de l'intestin est composé d'une masse de cellules anormales qui se multiplie de façon anarchique. Les cellules cancéreuses peuvent s'échapper de l'intestin et coloniser d'autres organes (foie, poumons, etc.) pour y former des tumeurs secondaires appelées métastases.

Ces métastases sont constituées de cellules cancéreuses venant de l'intestin et elles doivent donc être traitées comme un cancer de l'intestin.

**Besoin de plus d'informations sur le cancer ?
Surfez sur www.cancer.be.**

Fréquence

En Belgique, on enregistre chaque année près de 8000 nouveaux cas de cancers du gros intestin (cancer colorectal), un peu plus souvent chez l'homme que chez la femme. Il s'agit du 2^{ème} cancer chez la femme (après les cancers du sein) et du 3^{ème} chez l'homme (après les cancers de la prostate et du poumon).

Exceptionnel avant 40 ans, le cancer colorectal augmente nettement à partir de la cinquantaine.

Différents types de cancers colorectaux

95% des cancers colorectaux (côlon et rectum) sont des adénocarcinomes. Ils prennent naissance dans les cellules de la muqueuse qui recouvre l'intérieur de l'intestin. Cette brochure leur est consacrée.

Facteurs de risque

La majorité des cancers colorectaux atteignent des individus qui ne présentent apparemment pas de risques particuliers. Ils résultent vraisemblablement de nombreuses interactions entre des substances cancérigènes, et de facteurs pré-disposants encore mal identifiés.

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

Le manque d'exercice physique semble aussi favoriser le développement de ces cancers. Une des hypothèses serait que la sédentarité ralentit le transit intestinal, ce qui augmente le temps de contact entre la paroi intestinale et des molécules cancérigènes présentes dans l'alimentation. Les cancers colorectaux sont un peu plus fréquents chez les fumeurs, d'où 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 colorectaux prennent naissance sur un de ces polypes. Plus un adénome est grand, plus le risque de transformation cancéreuse est important. La fréquence des polypes augmente avec l'âge, comme celle des cancers colorectaux.
- Les **maladies inflammatoires chroniques de l'intestin**. On constate que les cancers colorectaux sont plus fréquents chez des personnes ayant une longue histoire de recto-colite ulcérohémorragique ou, dans une moindre mesure, de maladie de Crohn. Ces cancers peuvent apparaître à un âge plus précoce que la moyenne.
- Un **premier cancer colorectal**. Une personne guérie d'un premier cancer colorectal conserve un risque augmenté de développer ultérieurement un second cancer du gros intestin, sans rapport avec le premier.
- Les **antécédents familiaux**. Le risque de développer un cancer colorectal est doublé si un parent du premier degré présente un cancer colorectal. Cela peut être dû à des gènes hérités ou à des facteurs environnementaux communs.

Deux syndromes héréditaires prédisposent au cancer colorectal : le syndrome de Lynch ou plus rarement une 'Polypose Adénomateuse Familiale'. Ils sont suspectés lorsqu'un cancer colorectal se développe à un âge beaucoup plus jeune que la moyenne. Plusieurs mutations génétiques responsables de ces maladies ont été identifiées. Le risque de les transmettre à sa descendance est de 50% pour chaque naissance, raison pour laquelle il est fortement

conseillé aux membres de la famille de ces patients de pratiquer 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 polypose familiale). Ensemble, ces deux syndromes représentent 5% des cancers colorectaux.

Pour plus de renseignements, contactez la FAPA (Familial Adenomatous Polyposis Association) :

Belgian Polyposis Project - Hereditary Colorectal Cancer Project

Chaussée de Louvain 479 - 1030 Bruxelles
Tél: 02 743 45 94 - Fax: 02 734 92 50
info@belgianfapa.be - www.belgianfapa.be

Dépistage systématique

Aussi bien en Wallonie, qu'à Bruxelles et en Flandre, le dépistage systématique des cancers du gros intestin est proposé gratuitement, tous les deux ans, aux hommes et aux femmes âgés de 50 à 74 ans qui ne présentent pas de risque particulier. Il leur est proposé de réaliser un **test immunologique** (iFOBT, pour Immunological Faecal Occult Blood Test).

Les personnes présentant des symptômes ou ayant des antécédents personnels ou familiaux doivent faire l'objet d'un suivi spécifique, et ne sont pas concernées par le dépistage systématique tel que décrit ci-dessus.

Pour savoir quelle technique de dépistage est adaptée à votre situation personnelle, parlez-en à votre médecin traitant.

Des détails sur le dépistage sont disponibles sur le site www.cancer.be ou par téléphone auprès de Cancerinfo : 0800 15 801.

Symptômes

Aucun symptôme n'est automatiquement le signe d'un cancer colorectal mais, en cas d'anomalie persistante, il est conseillé de consulter son médecin.

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 petites 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).

À un stade avancé, le cancer colorectal peut obstruer le passage des selles causant une constipation sévère, voire une occlusion intestinale.

Examens de diagnostic

Le diagnostic de cancer colorectal est généralement posé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie ou par un chirurgien digestif. Après avoir interrogé et examiné le patient, le médecin demandera si nécessaire un ou plusieurs des examens suivants :

Toucher rectal

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

Endoscopie

Un endoscope est un fin tube flexible muni de fibres optiques, que l'on introduit par l'anus. Cet examen peut être couplé à la réalisation de biopsies (prélèvements) au niveau des lésions suspectes.

L'examen au microscope de ces biopsies permet de confirmer le diagnostic de cancer et de faire la distinction entre les différents types de cancers possibles.

Si l'endoscope remonte jusqu'au sigmoïde, on parle d'une rectosigmoïdoscopie. Si l'entièreté de l'intestin est examiné, on parle d'une coloscopie (ou colonoscopie). Pour réaliser cet examen, l'intestin doit être vide de matières fécales.

Coloscopie virtuelle

Le médecin peut faire réaliser une coloscopie "virtuelle" à l'aide d'un CT-scan.

Le CT-scan (scanner) utilise des rayons X. Il permet d'obtenir des images détaillées des organes examinés. Son principe consiste à prendre une série de clichés radiographiques successifs de la région à explorer (tomographie). Les données obtenues sont ensuite traitées par informatique pour être transformées en images. Cet examen ne permet pas de prélever une biopsie ou de retirer un polype. Si un diagnostic de cancer est suspecté, il faudra donc procéder à une biopsie par endoscopie classique après la coloscopie virtuelle. Pour réaliser cet examen, l'intestin doit être vide de matières fécales.

Le scanner thoraco-abdominal

Le scanner utilise des rayons X pour réaliser des images en 3 dimensions du thorax, de l'abdomen. Avant l'examen, on injecte un produit de contraste pour visualiser les vaisseaux sanguins et détecter les anomalies dans les organes.

Bilan d'extension

Si le diagnostic est confirmé, des examens complémentaires sont menés afin de décrire l'étendue du cancer selon la classification TNM :

T décrit la taille de la tumeur et le degré de propagation dans les tissus adjacents.

N décrit le degré d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux.

M décrit le degré de propagation du cancer vers des organes éloignés (présence de métastases).

On appelle ces examens le 'bilan d'extension'. Le stade désigne le degré d'extension du cancer. Il est établi en fonction du résultat du bilan d'extension. Le stade, tout comme le type de cellules à l'origine du cancer, est important pour le choix du/des traitements.

Dosage du CEA

Le CEA (Antigène Carcino-Embryonnaire) est produit 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.

Echographie transrectale

En cas de cancer du rectum, une sonde à ultrasons est introduite par l'anus. L'échographie permet d'évaluer l'importance de la tumeur et de voir dans quelle mesure elle a éventuellement envahi les tissus adjacents.

L'examen est inconfortable mais non douloureux et ne comporte pas de contre-indications.

CT-scan de l'abdomen ou résonance magnétique (IRM ou RMN)

Ces examens peuvent également être utiles pour donner 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 repérer d'éventuelles métastases dans les ganglions lymphatiques qui entourent le gros intestin.

PET-scan (tomographie par émission de positrons)

Le PET-scan n'est que rarement utilisé en cas de cancer colorectal, et uniquement si les examens précédents n'ont pas donné de résultats concluants. Le PET-scan permet de visualiser les zones où les cellules sont les plus actives grâce à un traceur radioactif.

Traitements

Face à un cancer, les traitements sont choisis au cas par cas. Chaque malade doit être pris en charge par une équipe médicale pluridisciplinaire spécialisée, ayant une solide expérience dans le traitement de ce type particulier de cancer.

En fonction du stade du cancer, les médecins peuvent faire appel à :

- chirurgie ;
- chimiothérapie ;
- thérapies ciblées ;
- immunothérapie ;
- radiothérapie (cancer du rectum).

Des détails sur le déroulement des traitements sont disponibles sur le site www.cancer.be ou par téléphone auprès de Cancerinfo : 0800 15 801.

Chirurgie

La chirurgie est une étape quasi obligatoire 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).

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 nécessaires ou en complément de la chirurgie.

Chimiothérapie

La chimiothérapie est utilisée depuis de nombreuses années dans le traitement des cancers colorectaux. La chimiothérapie est administrée en complément de la chirurgie lorsqu'il y a :

- risque de récurrence : la tumeur a envahi la paroi intestinale ou des cellules cancéreuses se sont installées dans les ganglions ;
- présence de métastases : en cas de migration de cellules cancéreuses dans d'autres organes (foie, poumons, etc.).

La chimiothérapie peut être combinée avec des thérapies ciblées.

Thérapies ciblées

Ces médicaments s'attaquent aux cellules cancéreuses en perturbant sélectivement certaines étapes-clés de leur fonctionnement. Ces thérapies ne sont pas efficaces pour toutes les tumeurs. Avant de les administrer, le médecin doit déterminer si les cellules de la tumeur pourront être attaquées par un médicament particulier. C'est ce qu'on appelle le profilage tumoral. Les thérapies ciblées font partie de ce qu'on appelle la 'médecine de précision'.

Immunothérapie

Un très petit nombre de patients souffrent d'une forme spécifique, mais rare, de cancer colorectal. Ces patients peuvent être traités de manière très ciblée par immunothérapie, sur la base des caractéristiques moléculaires et génétiques de leur tumeur, avec de fortes chances de succès à la clé. L'immunothérapie utilise le système immunitaire de la personne atteinte de cancer pour détruire la tumeur.

Radiothérapie

La radiothérapie est utilisée pour traiter le cancer du rectum en complément de la chirurgie. Elle précède bien souvent la chirurgie dans le but de :

- diminuer le risque de récurrence locale ;
- réduire le volume de la tumeur, ce qui facilite l'opération ou limite son ampleur (conservation de l'anus).

La radiothérapie est parfois utilisée seule pour lutter contre, ou prévenir, une obstruction intestinale.

Traitement des métastases du foie

Lorsqu'un cancer du gros intestin se généralise, les métastases atteignent très fréquemment le foie. Pour combattre les métastases du foie (hépatiques), plusieurs traitements sont possibles en fonction du cas particulier du patient :

- ablation par chirurgie ;
- chimiothérapie et médicaments ciblés ;
- ablation par radiofréquence ;
- embolisation (injections extrêmement localisées de chimiothérapie via un cathéter (fin tuyau) introduit par l'artère hépatique).

La qualité de vie comme but des traitements

Certains cancers ne peuvent pas être définitivement guéris. Les traitements visent alors à stabiliser leur évolution en stoppant leur progression ou en les maintenant sous contrôle. Dans ce cas, on peut dire que le cancer devient une maladie chronique avec laquelle il faut vivre. L'équipe médicale met alors tout son savoir-faire au service de la **qualité de vie**.

Quand le cancer progresse malgré tout, ce souci de la qualité de vie prend de plus en plus d'importance. Le but du traitement est alors de contrôler les éventuelles douleurs et inconforts liés à la maladie. Une situation qui peut durer plusieurs années.

Enfin, quand le cancer est trop avancé pour être maîtrisé, on propose des soins palliatifs qui visent également à maintenir une qualité maximale qui peut être de durée très variable.

Suivi après la fin des traitements

Le suivi après traitement du cancer colorectal est très important. L'équipe médicale proposera un planning de suivi qui comprendra une série de consultations et d'exams complémentaires (prises de sang, imagerie, etc.) à un certain rythme, qui diminuera au fil des années. Il est très important de respecter ce planning. Si de nouveaux troubles ou symptômes font leur apparition dans l'intervalle entre deux contrôles, il faut en informer rapidement le médecin. En effet, même en cas de rechute métastatique, un traitement à visée curative est encore possible pour le cancer colorectal.

Guérison ou rémission ?

Une rémission est une amélioration de l'état du patient, avec diminution des signes de présence du cancer. Lorsque tous les signes de la maladie ont disparu, on parle de **rémission complète**. Cela ne signifie pas toujours que la maladie a été totalement et définitivement éliminée. En effet, même à ce stade, quelques cellules malignes peuvent avoir survécu, mais elles sont trop petites pour être détectées par les examens pratiqués. Seul le temps permettra de s'assurer que ce n'est pas le cas. Et c'est seulement à ce moment qu'on parlera de **guérison**.

Combien de temps faudra-t-il attendre? Tout dépend du type de cancer. Arbitrairement, la barre a été fixée à 5 ans, mais il n'est pas toujours nécessaire de patienter aussi longtemps pour parler de guérison. En règle générale, plus une rémission se prolonge, plus il y a de chances d'être définitivement guéri.

Encore quelques conseils

Lutter contre la fatigue

La fatigue est un effet secondaire très fréquent du cancer et/ou de ses traitements. Elle peut être ressentie longtemps après la fin des traitements.

Votre médecin et/ou l'équipe médicale, peuvent vous aider à en réduire les effets.

Pratiquer une activité physique adaptée, pendant et après les traitements, permet de retrouver un certain tonus. Cela peut faciliter les petits efforts quotidiens. Les éventuels effets secondaires sont également mieux tolérés grâce à une activité physique régulière.

Plus d'informations sur l'activité physique pendant et après un cancer sur www.cancer.be ou par téléphone auprès de Cancerinfo : 0800 15 801.



Soulager la douleur

Le médecin et/ou le personnel soignant peuvent vous aider à soulager les douleurs. Suivez toujours strictement leurs recommandations, notamment concernant les doses prescrites d'antidouleurs.

Pour que manger reste un plaisir

Si la maladie ou les traitements perturbent votre alimentation, vous pouvez demander conseil à un diététicien spécialisé en oncologie (oncodiététicien).

Ne suivez pas de votre propre initiative un prétendu régime « anticancer ». Leur efficacité est loin d'être démontrée, et cela risque fort d'affaiblir davantage votre corps. Soyez également prudent avant de prendre des compléments alimentaires. Certains d'entre eux peuvent perturber l'efficacité du traitement.

Plus d'informations (conseils, recettes, annuaire d'onco-diététiciens, etc.) sur www.cancer.be/alimentation-recettes ou par téléphone auprès de Cancerinfo : 0800 15 801.



Attention aux interactions médicamenteuses !

Certains médicaments (conventionnels ou issus de thérapies complémentaires) peuvent modifier l'efficacité des traitements anticancéreux.

Faites une liste des traitements que vous suivez (médicaments mais aussi vitamines, plantes, régimes, etc.) et discutez-en avec votre médecin et/ou l'équipe soignante lors de vos consultations.

Ces brochures complémentaires sont disponibles sur www.cancer.be/publications ou par téléphone auprès de Cancerinfo 0800 15 801 :

- Thérapies complémentaires et cancers.
- Guide des compléments alimentaires.

Arrêter de fumer

Si vous fumez, pensez à arrêter. Arrêter de fumer a souvent un effet positif sur l'efficacité du traitement chez les patients atteints d'un cancer.

Tabacstop

Fondation contre le Cancer

0800 111 00
www.tabacstop.be

Les tabacologues de Tabacstop vous fournissent **gratuitement** des informations, des conseils et un accompagnement pour arrêter de fumer. Contactez-les au **0800 111 00** ou via conseil@tabacstop.be.

L'importance d'un bon moral

Pendant la maladie, il est normal d'avoir des hauts et des bas. L'équipe soignante est là pour vous aider à passer ce cap difficile.

Après la fin d'un traitement contre le cancer, il faut reprendre pied dans la vie « normale », parfois retourner au travail, et pourtant vous vous sentez comme rescapé(e) d'une aventure difficile à partager.

Si vous éprouvez des difficultés, parlez-en à un proche, à un membre de l'équipe soignante, à un psychologue ou aux membres d'une association de patients.

La Fondation contre le Cancer propose également un coaching psychologique complémentaire par téléphone. Plus d'informations sur www.cancer.be ou par téléphone auprès de CancerInfo : 0800 15 801.

L'importance d'une relation de confiance avec ceux qui vous soignent

N'hésitez jamais à interroger l'équipe soignante (médecins, infirmières et autres) et à répéter vos questions jusqu'à obtenir une réponse compréhensible. Construisez un véritable dialogue avec eux. Cela vous permettra de prendre, de commun accord et en toute confiance, les décisions qui s'imposent.

Le CSO, un partenaire tout au long du traitement

Le « Coordinateur de soins en oncologie » est un/une infirmier/infirmière spécialisé(e) qui sera votre personne de contact privilégiée tout au long des traitements que vous allez suivre.

Il/elle fait partie intégrante de votre équipe soignante, assiste à toutes les réunions vous concernant et coordonne tous vos rendez-vous. Votre CSO est facilement joignable par téléphone ou par mail pour répondre à vos questions.

La Fondation contre le Cancer

Transformons l'espoir en victoire !

Au sein de la Fondation contre le Cancer, nous avons pour missions :

- D'abord et avant tout de **financer** les meilleures équipes de chercheurs qui travaillent à mieux comprendre les mécanismes d'apparition de la maladie, qui vont ainsi pouvoir **trouver** des méthodes de traitement encore plus performantes, qui améliorent les chances de guérison et la qualité de vie des patients. En effet, pour vaincre le cancer, c'est la recherche scientifique qui transforme petit à petit l'espoir en victoire.
- D'**agir** nous-même quand c'est nécessaire et notamment par le financement de projets psychosociaux qui permettent d'avoir un impact sur la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer ou de leurs proches.
- De **mobiliser** tous les acteurs, car ensemble nous serons plus efficaces et avancerons plus vite.
- D'**informer** en renforçant les connaissances globales sur le cancer, sur les mécanismes d'apparition de la maladie et sur les traitements ; de traduire les résultats de la recherche en informations accessibles et compréhensibles pour le grand public.