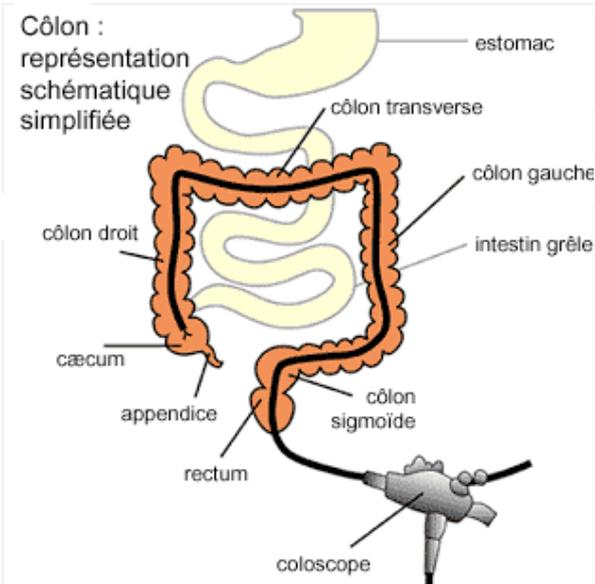


Polype du côlon et Cancer colorectal

L'intestin se compose de plusieurs sections. La portion la plus longue, l'intestin grêle, mesure environ 7 mètres de long ; les tumeurs malignes y sont très rares.

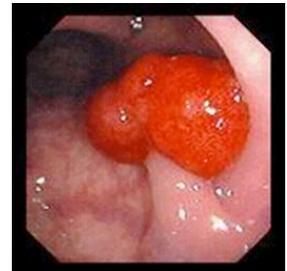


Le côlon (ou gros intestin) comprend le caecum avec l'appendice, le côlon droit (ou ascendant), le côlon transverse, le côlon gauche (ou descendant) et le côlon sigmoïde (ou pelvien). Sa longueur est d'environ 1 mètre. Le rectum est un segment fait fonction de réservoir avant l'évacuation des selles par l'anus.

Qu'est-ce qu'un polype du côlon?

On sait aujourd'hui que dans plus de 95% des cas, le cancer colorectal est dû à une prolifération de la muqueuse. Ces petites excroissances sont nommées polypes ou adénomes et peuvent devenir cancéreux.

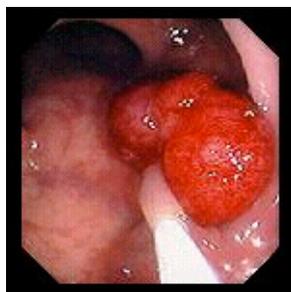
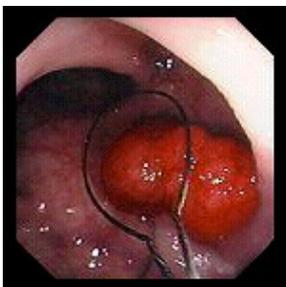
À l'heure actuelle, on ne connaît pas la cause de la formation des adénomes, on sait toutefois que le tabagisme, la consommation de café, une consommation



d'alcool importante et la surcharge pondérale sont des facteurs de risque. Seul un petit nombre d'adénomes dégénèrent, les risques toutefois, augmentent avec leur croissance.

Polype à long pédicule dont la tête mesure 2 cm

La plupart des adénomes peuvent être éliminés sans avoir recours à une opération au cours d'une coloscopie. On utilise pour cela une petite anse métallique introduite à travers l'endoscope, l'instrument utilisé pour l'examen, que l'on passe autour de l'adénome. Il est alors sectionné à la base par un courant électrique en même temps que le site est cautérisé.



Anse de polypectomie autour du polype puis étranglement avant la section électrique.

Cicatrice de polypectomie

En règle générale, l'adénome excisé peut être extrait par l'endoscope à l'aide d'un instrument spécial en vue d'un examen histologique (examen microscopique des tissus). Dans quelques cas, l'ablation de l'adénome nécessite une intervention chirurgicale (habituellement réservée aux adénomes de très grande taille ou cancéreux).

Qu'est ce qu'un cancer du côlon ou du rectum ?

Le cancer colorectal compte parmi les tumeurs malignes les plus fréquentes en Suisse, en langage scientifique, on l'appelle carcinome colorectal. Lorsqu'on parle de cancer de l'intestin, il s'agit presque toujours d'une affection maligne du côlon (carcinome du côlon) ou du rectum (carcinome rectal).

Le terme de cancer colorectal, ou cancer de l'intestin, regroupe le cancer du côlon et le cancer du rectum, le développement de ces tumeurs, leur diagnostic, ainsi qu'une grande partie du traitement étant très semblables.



cancer colorectal nécessitant une opération chirurgicale

Quelle est la fréquence de ce cancer ?

En Suisse, comme dans l'ensemble du monde occidental, le cancer colorectal est l'une des tumeurs malignes les plus fréquentes. Dans les statistiques de mortalité due au cancer, il occupe le second rang (après le cancer pulmonaire chez l'homme et le cancer du sein chez la femme). Pour l'année 2001, on a recensé plus de 3'600 nouveaux cas en Suisse, plus de 26'000 personnes présentaient déjà un cancer colorectal et plus de 1'700 en sont décédées.

Seulement 5% des personnes atteintes sont âgées de moins de 40 ans. À partir de cet âge, les risques augmentent, le pic de fréquence se situant à l'âge de 65 ans. Soixante-dix pour-cent des cancers colorectaux sont diagnostiqués entre 50 et 80 ans. Il est donc utile et important pour l'ensemble de la population de subir des examens de dépistage à partir de 45 ans. Deux constats positifs : la mortalité due au cancer colorectal a diminué au cours des 40 dernières années et les taux de nouveaux cas se sont stabilisés. Cette évolution est attribuable aux progrès réalisés en matière de traitement, mais surtout aux mesures de dépistage précoce.

Le cancer colorectal est-il héréditaire ?

Dix pourcent des cas de cancers colorectaux ont une origine familiale. Les progrès réalisés par la recherche génétique appliquée au cancer ont permis de découvrir des gènes ayant subi une mutation, transmis de génération en génération, et déclencheurs du cancer colorectal.

On connaît aujourd'hui 2 formes de cancer colorectal héréditaire :

- **La Polypose Adénomateuse Familiale (abrégée PAF) :** dans la PAF, des centaines ou des milliers de polypes se forment dans le côlon en moyenne dès l'âge de 16 ans. Étant donné qu'il n'est plus possible d'extirper chaque adénome du fait de leur nombre et de la survenue d'un cancer du côlon au plus tard vers 50 ans, on décide de retirer le côlon et une partie du rectum chez le patient jeune.
- **Le Carcinome colorectal héréditaire non polypeux ou syndrome de Lynch :** il en va différemment dans le syndrome de Lynch. Contrairement à la PAF, des adénomes isolés se développent, souvent dans la portion ascendante du côlon. Ceux-ci évoluent très fréquemment en cancer du côlon alors que le patient est encore jeune. Il est donc important que les personnes porteuses de ce défaut génétique subissent tous les ans une coloscopie. La probabilité d'un syndrome de Lynch est très élevée lorsqu'un arbre généalogique répond aux critères d'Amsterdam : au moins 3 membres d'une famille ont ou ont eu un cancer colorectal (au moins 2 d'entre eux étant parents au premier degré). Au moins 2 générations sont concernées ou l'ont été. Au moins l'une des personnes atteintes est âgée de moins de 50 ans ou l'était au début de la maladie. Une PAF est exclue.

Pour ces deux affections intestinales, il existe aujourd'hui des tests génétiques qui permettent d'établir quels membres d'une famille sont porteurs de la mutation génétique. Les services de consultation génétique des universités fournissent des renseignements détaillés à ce sujet.

Quels sont les facteurs de risque ?

Dans la population, certaines personnes, en raison de leur histoire personnelle ou familiale, présentent un risque élevé de développer un cancer colorectal. Le plus souvent, le cancer colorectal ne s'explique pas par une cause précise, clairement responsable de l'apparition de la maladie. En principe, le cancer est le résultat de modifications cellulaires consécutives à l'absence ou à la mutation de gènes dans l'ADN. Dans le cancer colorectal – qui est la tumeur la mieux étudiée sur le plan génétique – on a découvert que les mutations génétiques se multipliaient dans les cellules lors de la transformation de l'adénome en carcinome. Généralement, plusieurs facteurs participent au processus de mutation de la cellule saine en cellule cancéreuse. On peut citer certains facteurs de risque connus du cancer colorectal :

- histoire personnelle d'un cancer colorectal
- histoire personnelle d'ablation de polypes du côlon
- l'existence de cancers colorectaux chez des parents au premier degré
- histoire personnelle de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (présence d'une colite ulcéreuse ou d'une maladie de Crohn de longue date)
- histoire personnelle de cancer du sein, de l'ovaire ou de l'utérus
- une alimentation riche en matières grasses et pauvre en fibres
- une consommation d'alcool excessive
- le tabagisme
- une forte surcharge pondérale

Comment prévenir le cancer colorectal ?

Outre le dépistage, une alimentation équilibrée contribue à prévenir le développement d'un cancer. Voici quelques recommandations :

- Évitez l'excès de poids!
- Réduisez votre consommation de graisse, si possible à moins de 30 % de votre apport calorique quotidien. Mangez régulièrement des fruits et des légumes. Limitez votre consommation de viande rouge, en particulier de bœuf, de porc et d'agneau !
- Buvez moins d'alcool et arrêtez de fumer !

On ne sait pas encore avec précision dans quelle mesure la prise régulière de médicaments (comme l'acide acétylsalicylique) ou d'oligo-éléments (comme le sélénium) contribuent à prévenir le cancer colorectal.

En conclusion

En présence d'une histoire personnelle de polypectomie, de résection d'un cancer du côlon, d'une colite inflammatoire au long cours ou d'une histoire familiale de cancer ou de polypes du côlon, le risque de développer un cancer est nettement plus élevé par rapport à la population normale.

Chez ces personnes, il convient de procéder à des examens de dépistage plus intensifs, afin d'empêcher le développement de ces tumeurs ou, du moins, de les diagnostiquer à un stade précoce.

La coloscopie est la méthode de choix dans tous les schémas de dépistage.

Le dépistage du cancer colorectal est à charge de l'assurance de base depuis le 1^{er} juillet 2013 pour toutes les personnes de 50 à 69 ans.