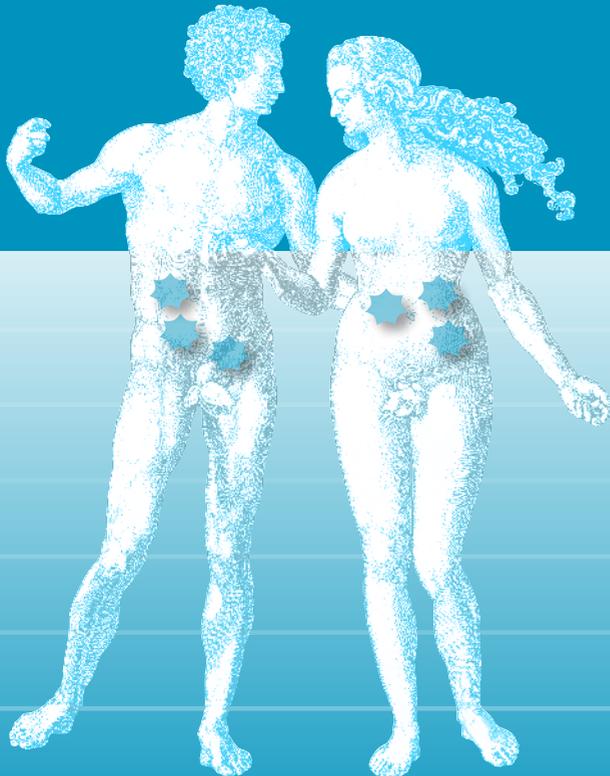




Le cancer du côlon et du rectum

Carcinome colorectal



**Informations de la Ligue
contre le cancer**
pour les personnes touchées
et leurs proches

Impressum

Editeur

Ligue suisse contre le cancer
Effingerstrasse 40, case postale, 3001 Berne
tél. 031 389 91 00, fax 031 389 91 60
info@swisscancer.ch, www.swisscancer.ch

Responsable de publication

Sabine Jenny, lic. phil., MAE, infirmière dipl. ES, responsable de service, Ligue suisse contre le cancer, Berne

Traduction

Cristina Martínez, Ligue suisse contre le cancer, Berne

Révision

Jacques-Olivier Pidoux, Ligue suisse contre le cancer, Berne

Conseils scientifiques

(ordre alphabétique)

Prof. Dr med. Markus Weber, médecin-chef de la clinique de chirurgie viscérale, thoracique et des vaisseaux, Hôpital de ville Triemli, Zurich

Dr med. Annelies Schnider Preisig, médecin adjoint de la clinique de chirurgie viscérale, thoracique et des vaisseaux, Hôpital de ville Triemli, Zurich

Dr med. Donat Dürr, médecin adjoint et médecin-chef suppléant, clinique de médecine oncologique et hématologique, Hôpital de ville Triemli, Zurich

Sabine Jenny, lic. phil., MAE, infirmière dipl. ES, Ligue suisse contre le cancer, Berne

Katrin Haldemann, responsable de programme Prévention

Prof. em. Dr Dr h.c. Urs Metzger, ancien médecin-chef de la chirurgie, Hôpital de la ville Triemli, Zurich

Ursula Zybach, responsable de secteur Prévention, Ligue suisse contre le cancer, Berne

Texte original en allemand

Susanne Lanz, Ernst Schlumpf, Ligue suisse contre le cancer

Couverture

Adam et Eve, d'après Albrecht Dürer

Illustrations

P. 7: Frank Geisler, dessinateur scientifique, Berlin;

pp. 12, 14, 21: Willi R. Hess, dessinateur scientifique, Berne

Photos

P. 4: ImagePoint SA, Zurich; p. 24: Huyangshu, shutterstock;

p. 32: Peter Schneider, Thoune; p. 42: Denis Tabler, shutterstock

Conception graphique

Ligue suisse contre le cancer, Berne

Impression

Ast & Fischer SA, Wabern

Cette information est également disponible en allemand et en italien.

© 2015, 2008, Ligue suisse contre le cancer, Berne

2^e édition revue et augmentée

Sommaire

- 5 Avant-propos**
- 6 Qu'est-ce que le cancer ?**
- 11 Le cancer du côlon et du rectum**
 - 11 L'intestin et sa fonction
 - 13 L'apparition d'un cancer de l'intestin
 - 13 Causes possibles et facteurs de risque
 - 15 Symptômes possibles
 - 16 Dépistage
- 17 Examens et diagnostic**
 - 17 Premiers examens
 - 17 Autres examens pour préciser le diagnostic
 - 20 Stades de la maladie
- 25 Généralités sur le traitement**
 - 25 Choix du traitement
 - 28 Principes thérapeutiques
 - 29 Faire face aux effets indésirables
 - 30 Répercussions sur la sexualité
 - 31 Les effets sur la continence urinaire et fécale
- 33 Carcinome colorectal : options thérapeutiques**
 - 33 Opération
 - 37 Anus artificiel ou stomie
 - 38 La radiothérapie
 - 39 Les traitements médicamenteux
- 44 Types de carcinomes et traitements**
 - 44 Cancer du côlon
 - 45 Cancer du rectum
 - 45 Traitement des métastases du foie
 - 48 La thérapie dans le cadre d'une étude clinique
- 49 Les traitements additionnels**
 - 49 Traitement de la douleur
 - 49 Les médecines complémentaires
 - 50 Suivi médical et réadaptation
- 51 Le retour à la vie quotidienne**
- 53 Conseils et informations**

Chère lectrice, cher lecteur,

Cancer. Pour les malades comme pour leurs proches, le diagnostic est généralement un choc. Du jour au lendemain, la vie bascule; le présent, l'avenir, tout est chamboulé et les questions se précipitent, chargées d'espoir un jour, lourdes d'angoisse et de colère le lendemain.

Cette brochure est destinée à vous aider à mieux comprendre et affronter la maladie. Vous y trouverez une description détaillée du cancer du côlon chez l'adulte, des examens réalisés en vue de poser le diagnostic et du traitement, mais aussi des conseils utiles pour la période qui suit les thérapies et des offres de soutien pour vous faciliter le retour à la vie de tous les jours.

Le traitement du cancer du côlon est devenu plus efficace et mieux toléré ces dernières années. Lorsque la maladie est découverte à un stade précoce, alors qu'elle est encore limitée au côlon, les perspectives de guérison sont généralement bonnes. A un stade plus avancé, il est souvent pos-

sible d'en ralentir l'évolution et d'en atténuer les symptômes. Même lorsqu'on ne peut plus espérer de rétablissement durable, des mesures d'accompagnement peuvent contribuer à maintenir ou améliorer la qualité de vie.

Si vous avez des questions, l'équipe médicale et soignante est là pour y répondre. N'hésitez pas non plus à faire appel au soutien de votre entourage, qu'il s'agisse de votre famille, de vos amis ou de vos voisins.

Vous trouverez des conseils et des informations utiles dans de nombreuses autres brochures de la Ligue contre le cancer. Les professionnels à l'œuvre au sein des ligues cantonales et régionales et à la Ligne InfoCancer connaissent bien les questions qui se posent dans le cas d'un cancer et sont là pour vous conseiller et vous accompagner. Vous trouverez les coordonnées nécessaires à la fin de cette brochure.

Nos vœux les plus chaleureux vous accompagnent.

Votre Ligue contre le cancer

Remarque

Pour éviter d'alourdir le texte, nous utilisons la forme masculine dans la suite de cette brochure. Nous remercions nos lectrices de leur compréhension.

Qu'est-ce que le cancer ?

Le terme de « cancer » recouvre un large éventail de maladies différentes qui présentent néanmoins certaines caractéristiques communes :

- > Des cellules normales au départ se multiplient de façon incontrôlée ; elles prolifèrent et se transforment en cellules cancéreuses.
- > Les cellules cancéreuses envahissent le tissu sain ; elles le compriment et le détruisent.
- > Certaines de ces cellules peuvent se détacher de l'endroit où elles se sont constituées et donner naissance à des foyers secondaires dans d'autres parties du corps : les métastases.

Le terme de « cancer » désigne donc la prolifération de cellules qui se multiplient de façon incontrôlée et qui envahissent le tissu sain. Dans le langage courant, on parle aussi de tumeur. Il faut toutefois distinguer les tumeurs bénignes, qui ne mettent pas la vie en danger, des tumeurs malignes, qui peuvent menacer l'existence. Les tumeurs malignes sont aussi appelées néoplasmes, ce qui signifie « nouvelle formation ».

Il existe plus de deux cents types de cancers différents. On distingue les tumeurs solides, qui se développent à partir des cellules d'un organe et qui forment une masse ou un nodule (c'est le cas

du cancer du côlon et du rectum), et les cancers qui prennent naissance dans le système sanguin ou lymphatique (les leucémies, par ex.). Ceux-ci peuvent notamment se traduire par un gonflement des ganglions lymphatiques, mais aussi par des modifications de la formule sanguine.

Les tumeurs malignes solides qui se forment à partir de tissus superficiels comme la peau, les muqueuses ou les glandes sont appelées carcinomes. Le cancer ou carcinome du côlon et du rectum se classe dans cette catégorie. Les carcinomes représentent la grande majorité des tumeurs malignes.

Les tumeurs malignes solides qui se développent dans le tissu conjonctif, le tissu adipeux, les cartilages, les muscles, les os ou les vaisseaux sont qualifiées de sarcomes.

Tumeurs bénignes et tumeurs malignes

En grandissant, les tumeurs bénignes compriment le tissu sain, mais elles ne l'envahissent pas et ne forment pas non plus de métastases. Suivant leur localisation, elles peuvent cependant provoquer des troubles importants en écrasant le tissu normal ou en entraînant le rétrécissement d'un canal comme un nerf ou un vaisseau sanguin.

Certaines tumeurs bénignes peuvent se transformer en tumeurs malignes, parfois après de longues années. Les polypes de l'intestin en sont un bon exemple. Ces excroissances qui se développent sur la muqueuse intestinale peuvent constituer un stade précurseur du cancer de l'intestin.

Les tumeurs malignes, quant à elles, envahissent le tissu environnant et l'endommagent. Elles forment également de nouveaux vaisseaux sanguins pour s'approvisionner en éléments nutritifs.

Des cellules cancéreuses peuvent se détacher de la tumeur et passer dans les vaisseaux sanguins ou lymphatiques. Elles parviennent ainsi dans les ganglions lymphatiques et dans d'autres organes, où elles forment des métastases. En principe, les cellules cancéreuses conservent les caractéristiques de leur tissu d'origine, de sorte qu'il est possible d'identifier l'organe dont les métastases sont issues.

Tout commence dans la cellule

Les tissus et les organes sont composés de plusieurs milliards de cellules. Chaque cellule renferme dans son noyau le plan de construction de l'individu : le matériel génétique (génome), avec les chromosomes et les gènes. Celui-ci est constitué d'acide désoxy-

ribonucléique (ADN), le support de l'information génétique.

Au cours du processus de division cellulaire, de nouvelles cellules apparaissent constamment tandis que d'autres meurent. Le matériel génétique peut être endommagé à la suite d'une erreur lors de la division cellulaire ou sous l'influence de divers autres facteurs. En principe, les cellules sont capables de détecter et de réparer elles-mêmes ces anomalies ou meurent si elles ont subi une altération. Lorsque ce n'est pas le cas, la cellule défectueuse – on parle de cellule mutée – continue de se diviser de manière incontrôlée. Les cellules qui prolifèrent ainsi finissent par former, avec le temps, un nodule, une tumeur.

Des dimensions inimaginables

Une tumeur d'un centimètre de diamètre contient déjà des millions de cellules et peut s'être formée il y a plusieurs années. En d'autres termes, une tumeur n'apparaît pas du jour au lendemain ; la vitesse à laquelle elle grandit varie toutefois d'un type de cancer à l'autre.

Des causes multiples

Les maladies cancéreuses sont dues à des altérations qui affectent le matériel génétique des cellules. Certains facteurs sont connus pour favoriser ces mutations et

jouent un rôle dans l'apparition du cancer:

- > le vieillissement naturel;
- > le mode de vie (alimentation trop peu variée, sédentarité, tabagisme, consommation d'alcool, etc.);
- > des influences extérieures (virus, polluants, fumée du tabac, rayonnement ultraviolet, etc.);
- > des facteurs héréditaires ou génétiques.

Certains de ces facteurs de risque peuvent être influencés, d'autres pas. On estime qu'environ un tiers de tous les cancers pourraient être évités si on éliminait des facteurs de risque comme l'alcool ou le tabac. Les deux tiers restants sont liés à des facteurs non modifiables ou inconnus.

En principe, l'apparition d'un cancer est due à la conjonction de plusieurs facteurs. Dans bien des cas, on ignore toutefois quels éléments particuliers ont conduit à la maladie.

Le vieillissement

Le vieillissement naturel de l'organisme favorise le développement des maladies cancéreuses. La fréquence de la plupart des cancers augmente avec l'âge; près de 90% surviennent après 50 ans.

En règle générale, la division cellulaire s'effectue correctement et

les éventuelles erreurs sont réparées. Mais avec les années, les altérations qui affectent le matériel génétique et qui sont susceptibles d'entraîner l'apparition d'un cancer s'accumulent, ce qui explique que plus une personne est âgée, plus son risque de cancer est élevé. Compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie moyenne, le nombre de cancers est en augmentation.

Le mode de vie

Le tabagisme, la consommation d'alcool, l'alimentation et l'activité physique – en d'autres termes, le mode de vie – sont autant de facteurs sur lesquels chacun peut agir. En ayant une bonne hygiène de vie, on peut diminuer le risque de certains cancers.

Les influences extérieures

Si l'on ne peut que partiellement se soustraire à certains facteurs extérieurs auxquels on se trouve involontairement exposé, comme les particules fines, il est possible de se prémunir contre d'autres, par exemple en adoptant une protection solaire appropriée contre le rayonnement ultraviolet ou en se faisant vacciner contre les virus susceptibles de provoquer un cancer.

L'hérédité

On estime que dans 5 à 10% des cas, le cancer est lié à une modifi-

cation congénitale avérée du matériel génétique. On parle alors de cancer héréditaire. Les personnes qui présentent une prédisposition supposée ou avérée au cancer devraient consulter un spécialiste. S'il n'est pas possible d'influencer cette prédisposition en soi, on peut toutefois, pour certains cancers, procéder à des examens de dépistage ou prendre des mesures qui réduisent le risque de développer la maladie.

Dans certaines familles, on observe une accumulation de cancers spécifiques, dont le cancer du côlon et du rectum. Vous trouverez de plus amples informations sur le sujet dans la section « Causes possibles et facteurs de risque » (p. 13), de même que dans la brochure « Prédispositions héréditaires au cancer » (voir p. 56).

Pourquoi moi ?

Vous vous posez peut-être cette question et vous vous demandez si vous auriez pu faire les choses autrement pour échapper à la maladie. Il est compréhensible que vous vous interrogiez et que vous soyez en proie au doute ou à la colère. Vous devez toutefois savoir que la genèse du cancer est un processus extrêmement complexe, qui est difficile à cerner même pour un spécialiste.

Personne ne peut se protéger à coup sûr de la maladie. Le cancer frappe indifféremment les personnes qui ont un comportement à risque et celles qui vivent sainement, les jeunes et les moins jeunes. La probabilité d'être atteint relève en partie du hasard ou de la fatalité. Ce qui est sûr, c'est que le diagnostic engendre un stress important.

Le cancer du côlon et du rectum

Lorsqu'on parle de «cancer de l'intestin», on entend généralement une maladie cancéreuse du côlon (aussi appelé *carcinome du côlon*) et/ou du rectum (*carcinome du rectum*). On dénomme aussi ce type de cancer *carcinome colorectal*.

Deux tiers de tous les carcinomes colorectaux sont localisés à l'intérieur du côlon sigmoïde et dans le rectum (voir illustration page suivante); un tiers environ est limité au seul rectum. Le cancer de l'intestin grêle est très rare.

L'intestin et sa fonction

L'intestin fait partie du tube gastro-intestinal. Il joue un rôle central dans la digestion et l'absorption des nutriments.

Digestion et absorption des nutriments

Depuis la bouche, les aliments passent par l'œsophage puis dans l'estomac et l'intestin grêle, qui mesure entre trois et cinq mètres de long. A mesure que la nourriture traverse les organes digestifs, elle est progressivement réduite en particules de plus en plus petites, afin de permettre le passage dans l'organisme des nutriments (graisses, protéines, sucres) et autres composants qui lui servent de carburant.

Le processus s'achève dans le côlon, long d'environ 1,5 mètre. C'est là aussi qu'une grande partie du liquide est absorbée. Les selles épaissies parviennent au sigmoïde, situé à la fin du côlon, avant de passer par le rectum (environ 15 cm de long) et le canal anal juste en dessous (environ quatre cm). Elles sont ensuite évacuées par l'anus.

Les parois de l'anus renferment deux sphincters, externe et interne, en partie sous contrôle à volonté. Ils fonctionnent comme des valves et s'ouvrent lors de la défécation.

- > Le côlon se compose de différentes couches musculueuses (circulaires et longitudinales) qui mélangent le contenu intestinal et le font avancer (mouvement péristaltique de l'intestin).
- > Une muqueuse « tapissée » de nombreuses glandes recouvre la paroi interne du côlon. Elle présente d'innombrables petits creux (ou cryptes intestinales). Entre la couche de muqueuse et la couche musculueuse interne se trouve la sous-muqueuse, une couche péristaltique constituée de tissu conjonctif souple, innervé et contenant des vaisseaux.
- > Les quatre derniers centimètres du rectum forment le canal anal. Cette partie marque la transition progressive de

la muqueuse vers la peau externe « normale ».

L'apparition d'un cancer de l'intestin

Les cancers colorectaux peuvent se développer à partir de différentes cellules. Plus de 95% d'entre eux apparaissent toutefois dans la muqueuse du côlon et du rectum. Environ 5% des maladies cancéreuses colorectales se développent à partir d'autres types de cellules (que celles de la muqueuse intestinale). Elles nécessitent un autre type de traitement, raison pour laquelle cette brochure ne les aborde pas.

Le renouvellement constant des cellules de la muqueuse intestinale peut conduire à une surproduction cellulaire. Chez les personnes de plus de 40 ans en particulier, ce phénomène peut entraîner la formation de polypes, des excroissances bénignes de la muqueuse qui grandissent lentement et en continu. On les appelle aussi adénomes parce qu'elles se développent à partir de cellules glandulaires.

Bien qu'ils soient bénins dans la plupart des cas, on classe les polypes dans les stades précancéreux. En effet, avec le temps, ils peuvent évoluer en tumeur maligne dénommée adénocar-

cinome. Cette tumeur s'infiltré alors progressivement dans les différentes couches de tissus de l'intestin (voir illustration p. 21).

Différents facteurs encore inconnus exercent une influence sur l'apparition d'un cancer de l'intestin. C'est pourquoi la recherche médicale travaille intensément afin de comprendre les processus.

Causes possibles et facteurs de risque

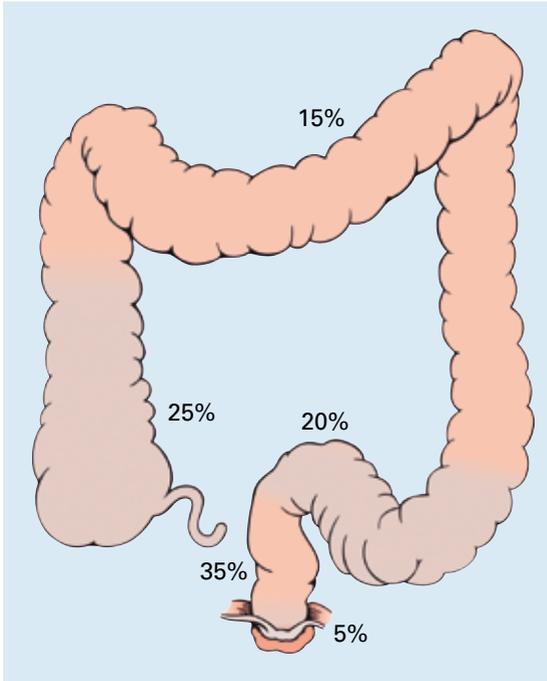
Il n'existe pas une seule cause liée à l'apparition d'un cancer du côlon et/ou du rectum. Chaque personne peut être touchée par cette maladie et le risque augmente à mesure que l'on avance en âge.

Des facteurs particuliers et certaines circonstances de vie peuvent représenter un risque plus élevé de développer la maladie mais pas nécessairement. Vous n'avez donc aucune raison de vous sentir coupable.

Risque familial

Certaines personnes – même jeunes – sont plus exposées en raison d'antécédents familiaux. Le risque concerne en particulier les familles touchées par :

- > le syndrome du cancer colorectal héréditaire sans polyposé



Fréquence des carcinomes colorectaux

La fréquence de ces carcinomes varie en fonction du segment intestinal (voir p. 12) : Un bon tiers survient dans le rectum, à savoir dans les derniers 15 centimètres du côlon.

(HNPCC) auquel appartient le syndrome familial du carcinome colorectal et le syndrome héréditaire de l'adénocarcinome ;

- > la polypose adénomateuse familiale (PAF) qui provoque

la formation de nombreux polypes intestinaux.

Autres facteurs de risque :

- > les maladies cancéreuses de l'intestin (ou polypes intestinaux) chez les parents ou chez un frère ou une sœur ;
- > les polypes intestinaux découverts et enlevés antérieurement ;
- > les maladies de l'intestin chroniques inflammatoires telles que la colite ulcéreuse et la maladie de Crohn.

Pour les personnes qui se retrouvent dans l'une des situations ci-dessus, il est important de consulter un médecin sans attendre pour discuter des mesures de prévention ou de dépistage à envisager. Elles pourront alors convenir avec leur médecin des examens et des contrôles à effectuer.

Si vous et vos proches désirez en savoir plus, consultez la brochure de la Ligue contre le cancer « Prédispositions héréditaires au cancer » (voir p. 56).

Troisième cancer le plus fréquent chez l'homme, en deuxième position chez la femme

Chaque année en Suisse, le cancer du côlon ou du rectum touche environ 4100 personnes. La maladie atteint en particulier le groupe

d'âge au-dessus de 60 ans. Elle est légèrement plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Au cours des dernières décennies, la mortalité par cancer de l'intestin a diminué de façon continue grâce au dépistage et à l'amélioration des traitements.

Un mode de vie sain

Les éléments principaux suivants diminuent le risque de cancer de l'intestin :

- > une activité physique régulière ;
- > des fibres alimentaires consommées en grandes quantités (surtout des produits complets, en complément à des fruits, à des légumes et à des fibres de légumes secs) ;
- > peu de viande rouge ;
- > peu d'alcool ;
- > pas de surpoids.

Symptômes possibles

Le cancer colorectal se développe lentement, raison pour laquelle il peut passer inaperçu pendant une période prolongée. Lorsque des signes apparaissent, c'est souvent par vagues, d'où une confusion possible avec des troubles plus courants et bénins.

Les symptômes les plus fréquents sont :

- > des modifications lorsque vous allez à selle (par ex. diarrhée et/ou constipation soudaines ou alternance des deux) ;
- > un faux besoin d'aller à la selle ;
- > une perte de poids inexplicquée ;
- > du sang dans ou sur les selles, qui les rend rouges ou noires – les selles noires peuvent être le signe d'un saignement du côlon (droit) ;
- > du mucus dans les selles, des saignements rectaux ;

Important

La présence de sang dans les selles, des signes de pâleur et d'anémie doivent vous inciter à consulter un médecin. La conjugaison de tous ces signes indiquent des saignements qui durent depuis longtemps. Il est aussi conseillé de signaler à son médecin des changements lorsque vous allez à selle (ou de votre transit intestinal) – une constipation chronique par exemple, qui soudain laisse la place à des selles rétrécies.

- > des douleurs abdominales inconnues et persistantes
 - elles peuvent signaler un début d’occlusion intestinale;
- > des ballonnements;
- > une perte d’appétit et d’énergie;
- > une diminution soudaine de rendement.

Dépistage

Diagnostiqué tôt, le traitement du cancer de l’intestin peut donner de bons résultats. Pour cette raison, le dépistage joue un rôle central dans le pronostic et l’évolution de la maladie.

Le corps médical et la Ligue contre le cancer recommandent d’effectuer un examen de dépis-

tage régulier à partir de 50 ans. Il consiste la plupart du temps à réaliser une coloscopie ou une recherche de sang occulte dans les selles: ce test permet de détecter du sang invisible à l’œil nu.

En règle générale, le coût d’une coloscopie est pris en charge par l’assurance de base lorsqu’il existe un risque familial ou en présence de certains symptômes ou de sang dans les selles.

Chez les personnes âgées de 50 à 69 ans qui ne présentent ni symptômes ni risque familial, l’assurance de base prend en charge les coûts des deux méthodes de dépistage: le test de sang dans les selles tous les deux ans et la coloscopie tous les dix ans.

Examens et diagnostic

Pour établir un diagnostic précis et choisir la meilleure thérapie, il est indispensable de combiner différents examens médicaux.

En général, ils sont effectués par un gastro-entérologue (spécialiste des maladies de l'estomac et de l'intestin), dans le cadre d'un dépistage ou suite à l'apparition des symptômes évoqués dans le chapitre précédent.

Premiers examens

Anamnèse

Pour le médecin, l'anamnèse consiste à vous interroger en détail sur votre état de santé et vos symptômes. Il s'intéressera également à vos antécédents médicaux et à ceux de votre famille, notamment aux cas de cancers (voir pp. 13 et suiv.).

Un examen physique complet

L'examen physique inclut une palpation de l'abdomen et des ganglions lymphatiques, ainsi qu'un toucher rectal.

Examen sanguin

En cas de sang dans les selles, il s'agit d'en trouver la source. On recherche aussi la présence de sang occulte, signe possible d'un cancer, mais l'origine peut en être moins grave.

Afin d'exclure un carcinome colorectal, une coloscopie s'impose toutefois chez les personnes de plus de 50 ans dont les saignements sont causés par des hémorroïdes.

Autres examens pour préciser le diagnostic

Plusieurs procédés d'imagerie médicale servent à préciser le diagnostic: la coloscopie qui a pour but d'évaluer la muqueuse intestinale mais aussi l'échographie, le scanner et la rectoscopie.

La coloscopie

L'examen du côlon qu'on appelle coloscopie est relativement indolore mais peut provoquer une sensation désagréable. Pour cette raison, le patient reçoit en général un médicament qui l'endort momentanément.

Préparation

Une coloscopie n'est possible que lorsque l'intestin est complètement vide, raison pour laquelle vous devez prendre un laxatif efficace la veille (qui entraîne une diarrhée) et boire beaucoup d'eau.

Mesures de précaution

Si vous prenez des anticoagulants, des médicaments contenant de l'aspirine ou êtes diabétique, il

est nécessaire d'en parler d'abord au médecin de famille. Cette précaution vaut également pour tout médicament pris régulièrement. En effet, il est possible que des mesures supplémentaires s'imposent. Par ailleurs, les puissants laxatifs peuvent entraver l'effet contraceptif de la pilule: demandez au médecin si un moyen de contraception complémentaire est nécessaire.

Coloscopie ou rectoscopie ?

Dans la mesure du possible, le gastro-entérologue effectue une coloscopie. Elle permet une observation minutieuse au moyen d'un endoscope, tube souple qui laisse passer de petits instruments et est muni d'une petite caméra. La rectoscopie entre en ligne de compte dans des situations exceptionnelles.

Le médecin introduit l'endoscope muni d'une mini-caméra par l'anus, afin de visualiser la muqueuse du rectum et du côlon, voire du caecum, la partie terminale de l'intestin grêle. Puis on le retire en soufflant de l'air.

Un écran permet au spécialiste d'examiner la muqueuse et de relever les modifications suspectes de la muqueuse comme des polypes. Des échantillons de tissus peuvent aussi être prélevés pour être analysés par la suite (biopsie).

Polypes

Les polypes sont des excroissances du tissu glandulaire poussant sur la muqueuse. Dans la plupart des cas, ils ne causent aucun trouble mais peuvent dégénérer et devenir malins.

Ablation des polypes

Il est possible de retirer les polypes pendant l'examen (polypectomie). Selon la taille ou le nombre de polypes ou d'adénomes, l'intervention chirurgicale a lieu par la suite.

Pour poser un diagnostic de cancer définitif ou l'écartier, on examine au microscope le tissu prélevé au cours de la coloscopie. L'ablation des polypes par coloscopie réduit le risque de cancer de l'intestin et la mortalité par cette maladie. Les complications (par ex. lésion de la paroi intestinale lors de l'ablation, saignement) sont très rares. Si elles se produisent, il existe des moyens médicaux ou chirurgicaux qui les soignent bien.

Coloscopie virtuelle

La coloscopie virtuelle s'effectue sans introduire d'instrument, mais la préparation est la même (prise de laxatifs). Il s'agit d'un scanner nécessitant l'administration de rayons, et capable de détecter les polypes d'au minimum 5 millimètres. En cas de zone suspecte, le gastro-entérologue doit

procéder à des prélèvements et enlever les polypes.

Procédés d'imagerie médicale supplémentaires

Si le spécialiste constate la présence de polypes bénins, des examens diagnostiques complémentaires sont dans un premier temps inutiles. En revanche, des précisions sont indispensables en cas de maladie cancéreuse, afin de planifier au mieux le traitement.

Les différentes techniques d'imagerie médicale mettent notamment en évidence si la tumeur a déjà atteint les ganglions lymphatiques avoisinants ou formé des métastases dans des organes plus éloignés (voir « Stades de la maladie », p. 20).

Le choix d'une technique supplémentaire dépend de chaque cas particulier et des résultats obtenus lors des examens précédents :

- > radiographie ou tomographie assistée par ordinateur de la cage thoracique ;
- > scanner de l'abdomen et du thorax pour évaluer l'étendue de la maladie (voir « Stades de la maladie », p. 20) ;
- > tomographie assistée par ordinateur, tomographie par résonance magnétique (IRM) et tomographie par émission de positons pour déterminer l'emplacement et l'étendue des tumeurs.

Les étapes après un diagnostic de polypes

- > Selon le type, le nombre et la taille des polypes (bénins) retirés, une nouvelle coloscopie est recommandée dans les trois à cinq ans car ils peuvent réapparaître ou former des cellules cancéreuses.
- > Si l'ensemble du côlon est touché, le médecin recommande une coloscopie annuelle ou dans certains cas (par ex. en cas de PAF, voir p. 14), l'ablation de tout le côlon.
- > Si les tissus prélevés sur les polypes contiennent des cellules cancéreuses, le segment de l'intestin touché doit être enlevé.

PET CT : perfusion de glucose radioactif

Ce procédé repose sur l'utilisation d'un appareil combinant une tomographie par émission de positons et une tomographie assistée par ordinateur. Le patient reçoit une perfusion intraveineuse dans le bras de glucose associé à un produit radioactif. Il est ainsi possible de déterminer la taille, l'emplacement, la texture et l'extension d'une tumeur, ainsi que la présence d'éventuelles métastases. Cet examen permet aussi de préparer minutieusement le prélèvement d'échantillons de tissus, des opérations et des radiothérapies.

Concernant le carcinome colorectal, l'examen PET CT est surtout utile lorsque des métastases se trouvent déjà dans le foie et qu'une opération supplémentaire de cet organe est prévue.

Il peut aussi évaluer l'action d'un traitement, puisqu'en fonction de la réponse de la tumeur au traitement (chimio-, radio- ou radiochimiothérapie), son activité change (on le visualise à travers la reprise du sucre).

Mesure des marqueurs tumoraux

Certaines tumeurs sécrètent des substances caractéristiques dans le sang ou dans les tissus. On les appelle *marqueurs tumoraux*.

Pour déterminer leur présence ou non, on effectue une prise de sang ou un prélèvement de tissu. Les marqueurs caractéristiques du cancer colorectal sont l'Antigène carcino-embryonnaire (ou ACE) et l'antigène carbohydrate (AC 19-9).

Effectuée dans le bilan initial, la mesure sert de repère pour suivre l'efficacité du traitement et déceler, en cas d'ascension du marqueur, une rechute ou la présence de métastases.

Stades de la maladie

La classification TNM

Le stade de la maladie désigne l'étendue du cancer déterminée et évaluée par les différents examens. La classification internationale TNM sert de base pour décrire le stade d'une maladie cancéreuse.

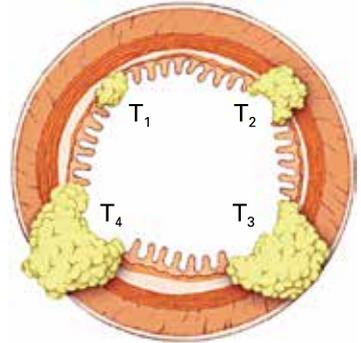
Pour le cancer colorectal, il faut souvent attendre le déroulement de l'opération ou l'analyse ultérieure des ganglions lymphatiques prélevés pour préciser le stade de la maladie. En revanche, pour pouvoir trouver le traitement optimal d'un cancer du rectum, il est important d'établir le stade le

plus exact possible *avant* l'opération.

Différentes combinaisons sont possibles: par exemple T2 N1 M0 ou T3 N0 M0. A chaque combinaison correspond un stade différent.

Les stades du cancer du côlon

Les différentes combinaisons de la classification TNM sont regroupées en stades qui vont de I à IV. Plus la maladie s'est étendue dans l'organisme, plus le chiffre est élevé et le stade avancé.



Coupe sagittale des différents stades de la maladie.

T correspond à « tumeur ». Les chiffres de 0 à 4 permettent de décrire sa taille et son étendue. Plus le chiffre est élevé, plus la tumeur s'est propagée (voir illustration ci-dessus).

Tis signifie tumeur « in situ », limitée à la muqueuse.

T1 La tumeur s'infiltré dans la sous-muqueuse (voir p. 11).

T2 La tumeur s'infiltré dans la couche musculieuse de l'intestin.

T3 La tumeur s'infiltré à travers toutes les couches de l'intestin.

T4 La tumeur s'infiltré dans les tissus ou dans les organes avoisinants.

N correspond aux ganglions lymphatiques (*nodes* en anglais).

N0 Les ganglions sont intacts.

N1 Jusqu'à trois ganglions avoisinant sont atteints.

N2 Plus de trois ganglions sont touchés.
L'ajout de lettres minuscules permet de préciser les résultats, par exemple N2a signifie que quatre à six ganglions lymphatiques sont atteints.

M correspond aux métastases. Dans le cancer colorectal, les plus fréquentes se forment dans le foie et dans le poumon. Elles sont plutôt rares dans les os ou le cerveau.

M0 On ne détecte pas de métastases.

M1 La tumeur a formé des métastases dans d'autres organes. Il est possible de préciser les résultats en ajoutant des lettres minuscules : M1b signifie par exemple que des métastases ont atteint plus d'un organe.

Stade I

Extension de la tumeur jusqu'à T2, pas d'atteinte des ganglions lymphatiques, pas de métastases détectables.

Stade II

T3 ou T4, pas d'atteinte des ganglions lymphatiques, pas de métastases détectables.

Stade III

T1 à T4, atteinte des ganglions lymphatiques jusqu'à N2, pas de métastases détectables.

Stade IV

T1 à T4, atteinte des ganglions lymphatiques jusqu'à N2, présence de métastases (M1).

L'ajout de lettres majuscules permet de préciser le diagnostic (par ex. IIA ou IIB). Votre médecin vous en expliquera les détails.

Les stades du cancer du rectum

La classification TNM en 4 stades s'applique également au cancer du rectum. Ce type de cancer se distingue toutefois du cancer du côlon sur des points essentiels.

On procède avant l'opération à une tomographie par résonance magnétique (MRI/MRT) pour préciser l'emplacement de la tumeur et déterminer la nécessité d'une thérapie néoadjuvante (voir p. 28).

Les grades de la tumeur

Afin de prévoir l'évolution possible de la tumeur et de proposer les traitements adaptés, on analyse, en complément de la classification TNM, des prélèvements de tissus. Cette méthode détermine le grade de la tumeur, à savoir le degré d'agressivité (*grading* en anglais).

Alors que les cellules saines présentent une structure et une fonction spécifiques et se divisent à un

rythme sain (on dit qu'elles sont « bien différenciées »), les cellules cancéreuses en ont une nettement plus simple et se divisent plus vite. Plus une cellule cancéreuse diffère d'une cellule saine, plus sa vitesse de division sera élevée et la tumeur agressive.

On distingue 3 degrés d'agressivité :

- G1** Les cellules cancéreuses ressemblent encore fortement aux saines.
- G2** Les cellules cancéreuses ressemblent encore un peu aux saines.
- G3** Les cellules cancéreuses ne ressemblent presque plus aux cellules saines et se divisent de manière plus rapide (agressive) que les degrés G1 et G2.

En l'absence de biopsie à ce stade, il faut attendre l'opération pour analyser le tissu tumoral.

Généralités sur le traitement

Le traitement dépend avant tout :

- > du type, de l'extension et de la taille de la tumeur ;
- > de sa localisation : dans quelle partie du côlon se trouve-t-elle ? dans le rectum ou dans la zone du sphincter anal ?
- > du stade de la maladie (voir p. 21) : la tumeur est-elle localisée ? Des ganglions lymphatiques sont-ils touchés ? Des métastases se sont-elles formées dans d'autres organes ? La tumeur est-elle opérable ?
- > des caractéristiques (par ex. le type de cellules) du tissu tumoral prélevé lors de l'opération ou de la biopsie ;
- > de l'état de santé général, les souhaits individuels et l'âge du patient.

Choix du traitement

Le traitement est planifié et conçu de manière pluridisciplinaire. En d'autres termes, différents experts évaluent ensemble la situation lors de réunions de concertation pluridisciplinaire ou *tumor boards*. Cette démarche a pour objectif de vous proposer la thérapie la mieux adaptée à votre situation.

Les médecins impliqués au premier chef dans le traitement du carcinome colorectal sont :

- > le gastro-entérologue, expert en maladies des organes digestifs ;
- > le pathologue, qui examine les tissus ;
- > le chirurgien spécialiste des organes abdominaux (en chirurgie viscérale) ;
- > l'oncologue, expert en traitements médicamenteux du cancer, les soins de support, la coordination du traitement, le suivi ;
- > le radio-oncologue, spécialiste en la radiothérapie.

Parfois, les professionnels suivants sont également amenés à se prononcer :

- > l'hépatologue, concernant les maladies du foie et des voies biliaires ;
- > l'urologue, spécialisé en maladies des organes vésicaux (formant la vessie et dérivés de la vessie) et de l'appareil génital masculin ;
- > Le spécialiste en radiologie ou médecine nucléaire, expert en techniques d'imagerie médicale en vue de poser un diagnostic et décider du traitement approprié ;
- > le stomathérapeute pour les conseils et soins dispensés avant ou après la pose d'une stomie (ou anus artificiel).

Vous décidez

Nous vous recommandons de discuter des options thérapeutiques avec les spécialistes. Dans certains hôpitaux ou centres de traitement, ce processus est coordonné par un médecin responsable de votre suivi.

Vous pouvez poser des questions à tout moment, remettre en question une décision ou demander un temps de réflexion. Avant de donner votre accord, il est important que vous compreniez les conséquences et les effets secondaires d'un traitement. Vous avez le droit de le refuser. Demandez au médecin de vous expliquer comment évolue la maladie si vous prenez cette décision.

Vous pouvez aussi laisser la décision du choix thérapeutique aux médecins traitants. Votre accord est de toute façon indispensable pour entreprendre un traitement ou décider d'une opération.

Faites-vous accompagner et conseiller

Lors de l'entretien, prenez le temps nécessaire pour bien comprendre le traitement proposé et poser des questions. Chez vous, dans le calme, préparez par écrit ce que vous souhaitez demander afin de penser à tout au moment du rendez-vous. Il est recommandé d'être accompagné par un proche ou une personne de confiance.

Vous pouvez également en parler avec votre médecin de famille ou demander un deuxième avis médical: c'est votre droit le plus strict, et le spécialiste chargé de votre suivi ne jugera pas votre démarche comme une marque de défiance.

Peut-être allez-vous également ressentir le besoin de consulter un psycho-oncologue: ce professionnel peut vous soutenir au-delà des aspects purement médicaux, si vous souhaitez parler d'autres difficultés, d'ordre psychologique (angoisse) ou social (voir aussi p. 53).

Principes thérapeutiques

Les principes thérapeutiques varient selon la tumeur et le stade de la maladie.

Curatif

Le traitement curatif a pour objectif la guérison. Il est envisagé lorsque le chirurgien peut enlever toute la tumeur et d'éventuelles métastases.

En cas de cancer colorectal, la résection de tous les tissus atteints ne garantit toutefois pas la rémission ou l'absence de récurrence. C'est la raison pour laquelle une thérapie médicamenteuse ou une radiothérapie préopératoire ou postopératoire sont envisagées.

Palliatif

(On parle de soins palliatifs quand les médecins s'efforcent de ralentir l'évolution de la maladie parce que les chances de guérison sont faibles. Il est parfois possible de contenir la maladie pendant un certain temps, voire des années. La qualité de vie représente l'objectif prioritaire: des mesures ou des soins médicaux, des soins, un accompagnement psychologique et un soutien spirituel peuvent atténuer des symptômes de la maladie et des troubles comme des

douleurs, l'angoisse, la fatigue et les problèmes liés à l'alimentation.

Dans cette situation, peut-être avec l'aide d'un psycho-oncologue, réfléchissez à votre définition personnelle de la qualité de vie. Parlez-en aussi à votre équipe soignante. Les médecins pourront ainsi cibler le traitement.

Néo-adjuvant ou préopératoire

Le traitement néo-adjuvant ou préopératoire *précède* l'opération afin de réduire la taille de la tumeur. Le chirurgien est ainsi en mesure de la retirer plus facilement en entier ou de l'enlever et de rendre possible une ablation complète.

Adjuvant ou postopératoire

Un traitement adjuvant ou postopératoire est effectué après l'opération, en vue d'éliminer d'éventuels résidus tumoraux. Ce type de traitement permet de détruire de petites métastases (micrométastases).

Ce traitement supplémentaire diminue ainsi le risque de récurrence (nouvelle apparition de la tumeur) et freine la progression de la maladie.

Faire face aux effets indésirables

L'opération, la radiothérapie et la chimiothérapie ont une action et des effets indésirables différents. La brochure y revient en détail en pages 38–40, dans le chapitre qui décrit les traitements.

La survenue ou non d'effets indésirables, leur nature et leur intensité varient fortement d'un individu à l'autre. Ils peuvent apparaître en cours de traitement et régresser plus tard. D'autres ne se manifestent qu'après la fin du traitement.

Inflammations, infections, troubles neurologiques ou réactions cutanées sont liés à des traitements particuliers. Vous ne serez par conséquent peut-être jamais concerné par ces effets-là. Votre équipe soignante vous informera à ce sujet.

Des médicaments ou des soins pour soulager les effets indésirables

Il est possible d'en soulager beaucoup par des médicaments ou des soins (voir « Médicaments ou traitements de soutien », p. 41). Ils s'atténuent quelques jours, semaines

ou mois plus tard. Il est essentiel que vous communiquiez les effets indésirables dont vous souffrez afin de prendre les mesures qui s'imposent. Dans les stades avancés notamment, il est opportun d'évaluer soigneusement les bénéfices d'un traitement par rapport à ses effets indésirables.

Important

- > Certains symptômes comme les douleurs ou les nausées sont prévisibles. Pour cette raison, vous recevez avant le début du traitement – et en fonction de celui-ci – des médicaments de soutien pour les soulager. Veillez à les prendre selon la prescription du médecin.
- > Consultez d'abord votre équipe soignante avant de prendre des produits de votre propre initiative, qu'il s'agisse par exemple de pommades ou de médicaments de médecine complémentaire. En effet, même s'ils vous paraissent « naturels » ou inoffensifs, ils peuvent influencer l'action de votre traitement.
- > Si vous souhaitez recourir à la médecine complémentaire, votre équipe soignante saura vous conseiller.

Un grand nombre de brochures de la Ligue contre le cancer décrit les différents traitements, leurs effets et ceux de la maladie. Vous y trouverez notamment des conseils pour vous aider à mieux les gérer.

Répercussions sur la sexualité

Avant de subir une opération dans la zone du bassin ou de recevoir une radiothérapie ou une chimiothérapie, il est essentiel de discuter avec votre médecin. En effet, il est possible que les traitements entravent votre capacité de conception ou votre fertilité.

Répercussions chez l'homme

Etant donné que le côlon et le rectum sont situés à (une grande) proximité des organes urogénitaux, il peut arriver pendant une intervention chirurgicale dans le bassin que des lésions se produisent dans les nerfs et les vaisseaux qui cheminent le long de la vessie et la prostate. Ces lésions entraînent une diminution de la capacité érectile en raison de leur implication dans le mécanisme de l'érection. Si cela arrive, n'hésitez pas à en parler avec le médecin car il est possible d'obtenir une amélioration en prenant des médicaments.

Par ailleurs une chimiothérapie ou une radiothérapie dans la zone du bassin peut aussi causer une incapacité temporaire ou définitive à concevoir un enfant. Pour cette raison, si vous envisagez encore de devenir père, il est recommandé de conserver du sperme par congélation (cryoconservation) avant le début des traitements.

Répercussions chez la femme

Chez la femme, il arrive que l'irradiation du bassin ou une chimiothérapie déclenchent une ménopause prématurée et les manifestations qui en découlent (des traitements existent). Cependant, selon l'âge et le type de traitement, les ovaires deviennent à nouveau fonctionnels au terme d'une période de récupération et rendent une grossesse envisageable.

Contraception

Bien que la fertilité soit nettement diminuée, les mesures de contraception sont indispensables pendant toute la durée du traitement et un certain temps après. En effet, la chimiothérapie et la radiothérapie augmentent le risque de malformations du fœtus. Votre médecin vous donnera des explications supplémentaires à ce sujet.

En savoir plus sur le cancer et la sexualité

Vous trouverez plus d'informations sur le thème «Cancer et sexualité» dans les brochures de la Ligue contre le cancer à ce sujet (voir p. 55).

Les effets sur la continence urinaire et fécale

Les opérations et dans une certaine mesure la radiothérapie administrées dans la région du bassin peuvent affaiblir certains réflexes des nerfs avoisinants ou du plancher pelvien responsables du contrôle des selles ou de l'urine. Ces effets provoquent de temps à autre des pertes involontaires.

Dans la majorité des cas, il est aujourd'hui possible d'éviter les problèmes d'incontinence.

Toutefois, on ne peut pas totalement les exclure, surtout lorsque la tumeur est logée en profondeur dans le rectum et s'est propagée dans le sphincter anal.

Si vous rencontrez ce type de difficultés, consultez un spécialiste: des moyens existent pour agir sur ces symptômes dans de nombreux cas.

Carcinome colorectal : options thérapeutiques

Voici les principaux traitements d'un carcinome colorectal :

- > l'opération ;
- > la radiothérapie ;
- > les traitements médicamenteux (chimiothérapie, immunothérapie) ;
- > la radiochimiothérapie, à savoir une combinaison de chimiothérapie et de radiothérapie ;
- > de la physiothérapie comme la cryothérapie, la thermothérapie, la haute fréquence et le laser en cas de métastases du foie.

Ces traitements sont administrés seuls ou combinés. Toutefois, ils sont souvent prescrits l'un après l'autre, car des thérapies simultanées présentent le risque d'entraîner des effets indésirables plus prononcés.

Opération

En cas de carcinome colorectal, l'opération représente le traitement de premier choix et joue un rôle déterminant quant aux chances de rémission. Elle consiste à retirer la tumeur et les tissus touchés.

Le but est d'en enlever un maximum avec une marge de sécurité suffisante (voir aussi encadré p. 36).

En raison de la proximité directe des organes sexuels, de la vessie, des uretères et de l'urètre, l'opération requiert du chirurgien un grand savoir-faire et une vaste expérience. Le défi consiste en effet à enlever toute la tumeur (de façon curative, voir p. 28), tout en conservant les fonctions de l'intestin, du sphincter anal et des organes voisins cités plus haut. Pour cette raison, il est recommandé de choisir un hôpital où ces interventions sont fréquentes. La chirurgie viscérale est la discipline spécialisée dans ce domaine.

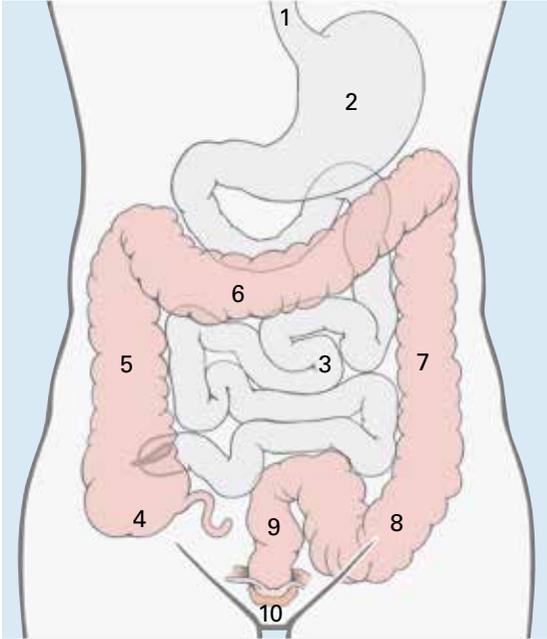
Procédé chirurgical et préservation de la continence

Souvent, les examens diagnostics permettent d'établir déjà avant l'opération si le chirurgien est en mesure de préserver la continence du patient et si elle redevient normale après l'opération.

Aujourd'hui, il est possible d'opérer la plupart des carcinomes du côlon en sauvegardant la continence du patient. En revanche, une personne sur cinq touchée par un carcinome rectal doit se préparer à la pose d'une stomie (voir pp. 37 et suiv.)

Cancer du côlon

Traitement de premier recours, l'opération joue, à un stade précoce, un rôle décisif dans la guérison de la maladie. Le chirurgien



enlève la partie de l'intestin atteinte par la tumeur, mais aussi les vaisseaux sanguins et les voies lymphatiques qui l'irriguent avec une marge de sécurité.

En fonction de la partie de l'intestin qu'il faut retirer, les spécialistes parlent d'hémi-colectomie droite (côlon ascendant), de résection transversale (côlon transverse), d'hémi-colectomie gauche (côlon descendant) ou de résection du sigmoïde (partie en S du côlon).

La « colectomie totale » se réfère à une ablation complète de l'intestin. Elle est parfois nécessaire, notamment dans certains cas de polypose familiale (voir PAF, p. 14).

Les organes digestifs

- 1 Oesophage
- 2 Estomac
- 3 Intestin grêle (jéjunum et iléon)
- 4 Caecum et appendice
- 5 Côlon ascendant du côté droit
- 6 Côlon transverse
- 7 Côlon descendant
- 8 Côlon sigmoïde
- 9 Rectum
- 10 Sphincter

Il est souvent possible de retirer la tumeur en entier (résection R0, voir p. 36). Comme la résection complète est plus fréquente et plus simple en cas de carcinome du colon, le risque de récurrence (rechute à l'emplacement de la première tumeur) est plus faible que pour les tumeurs du rectum.

En présence de métastases, il faut déterminer au cas par cas si l'opération permet d'enlever toute la tumeur. Pour le chirurgien, l'objectif essentiel consiste à préserver le passage des selles.

Cancer du rectum

À un stade précoce de la maladie, l'opération représente le traitement principal. Toutefois, la résection complète de la tumeur est moins souvent possible qu'en présence d'un cancer du côlon (résection R0, voir p. 36).

Dans la mesure du possible, le chirurgien préserve le sphincter anal. Cependant, plus la tumeur est localisée à proximité du sphincter anal, plus cet objectif s'avère difficile à atteindre.

Dans certains cas – quel que soit le stade de la maladie – une radiothérapie ou une radiochimiothérapie combinée réduisent la tumeur avant d'opérer, de sorte que le chirurgien puisse enlever la tumeur tout en conservant le sphincter.

La pose d'une stomie peut toutefois s'avérer nécessaire lorsque la chirurgie est exclue ou l'ablation intégrale de la tumeur rectale n'est pas possible.

Si le patient court un risque d'occlusion intestinale (iléus), le chirurgien place des petits tubes souples en métal (*stents*) qui maintiennent l'intestin « ouvert » et rendent possible le passage des selles.

Les méthodes décrites dans le chapitre sur les métastases du foie

(voir pp. 45 et suiv.) préviennent les occlusions intestinales et atténuent les symptômes.

Selon la situation, le chirurgien recourt à différentes techniques : il pratique une incision abdominale, du périnée, transanale ou par laparoscopie (chirurgie « par le trou de la serrure », à l'aide d'une vidéo qui évite d'ouvrir la cavité abdominale).

Selon l'emplacement de la tumeur, le chirurgien doit retirer une partie plus ou moins importante de l'intestin. En principe, il enlève simultanément du tissu graisseux et conjonctif ainsi que des vaisseaux sanguins et des ganglions lymphatiques (que l'on appelle mésocôlon ou mésorectum).

Les spécialistes chargés de votre traitement vous expliqueront quelle est l'intervention la plus judicieuse dans votre cas.

Durant l'intervention, le chirurgien examine attentivement la cavité abdominale. S'il trouve des métastases hépatiques, il les retire (au cours de la même opération), pour autant que leur nombre, leur taille et leur emplacement le permettent. Même incomplet, le foie dispose de capacités d'adaptation lui permettant de remplir sa fonction. Il est possible d'employer d'autres méthodes en vue de ré-

duire ou d'enlever les métastases résiduelles ou celles qui apparaissent (voir pp. 45 et suiv.).

À la fin de l'opération, le chirurgien suture les deux parties de l'intestin pour que le transit intestinal puisse, après un certain temps, retrouver un fonctionnement nor-

mal. Il est parfois nécessaire de mettre en place une colostomie provisoire afin que l'intestin ait le temps de se rétablir complètement (voir « Anus artificiel ou stomie » p. 37).

Résection

L'ablation chirurgicale totale d'une tumeur est déterminante pour obtenir les chances maximales de guérison.

Après l'opération – qu'on appelle aussi *résection* – des analyses révèlent si le chirurgien a pu enlever toute la tumeur. La lettre R ci-dessous désigne un éventuel résidu tumoral :

- R0** le chirurgien a retiré la tumeur avec une marge de tissu sain (ou « de sécurité ») et on ne détecte pas de résidu tumoral ;
- R1** la tumeur atteint la marge de tissu enlevé. Il est donc possible de découvrir au microscope un petit résidu de tissu tumoral ;
- R2** Le résidu tumoral est visible à l'œil nu.

Par ailleurs, même en cas de R0, le risque demeure que des cellules cancéreuses non détectables continuent de proliférer et entraînent plus tard une récurrence et/ou des métastases. Pour cette raison, après l'opération et dans le but de diminuer ce risque, la personne touchée suit en fonction de la situation une chimiothérapie et parfois aussi une radiothérapie.

Dans le cas particulier du carcinome rectal, une radiochimiothérapie effectuée *avant* l'intervention (néoadjuvante) réduit la tumeur afin d'obtenir de meilleurs résultats lors de l'opération et, si possible, de préserver le sphincter.

Pendant cette période, une poche collée sur la peau recueille les selles. Après quelques semaines, les deux segments de l'intestin sont suturés l'un à l'autre.

L'examen minutieux des tissus prélevés a pour but d'établir la profondeur d'infiltration de la tumeur dans la paroi intestinale et l'éventuelle atteinte des ganglions lymphatiques. Selon les cas et en fonction des résultats, la localisation et le stade de la maladie peuvent être redéfinis. Ces éléments déterminent aussi les traitements postopératoires.

Une partie plus ou moins grande de l'intestin manque après l'opération. Les troubles digestifs durables sont cependant rares, même si le chirurgien a retiré des segments plus importants.

Anus artificiel ou stomie

Selon la partie de l'intestin que le chirurgien a dû enlever – notamment lorsqu'il a fallu retirer un cancer du rectum proche de l'anus – l'élimination des selles n'est plus possible par la voie naturelle. Le chirurgien crée alors un orifice à travers la paroi abdominale qu'on appelle anus artificiel permanent ou stomie.

Il est aussi possible que le chirurgien vous propose une stomie artificielle pour protéger la nouvelle dérivation intestinale. Dans ce type de situation, elle est temporaire et enlevée après quelques semaines.

Une stomie peut donc être provisoire ou définitive. Toutefois, grâce aux progrès de la chirurgie, les stomies permanentes sont devenues plus rares. Pour les per-

Consultation en stomathérapie

Dans la mesure du possible, il est prévu que vous receviez des informations avant l'opération, pour vous préparer à l'éventualité d'une stomie. Renseignez-vous et demandez à consulter un stomathérapeute. Ce professionnel vous guide et vous montre comment vivre avec ce dispositif et devenir autonome avec le temps.

Dans les brochures de la Ligue contre le cancer intitulées « La colostomie » et « L'iléostomie » (voir p. 56), vous trouverez des informations complémentaires sur le sujet.

sonnes atteintes d'un cancer du rectum, elles s'avèrent encore nécessaires dans 20 % des cas environ.

Il existe différentes techniques pour poser une stomie. Vous en apprendrez davantage dans nos brochures.

La radiothérapie

La radiothérapie combat les cellules cancéreuses : empêchées de se diviser et de proliférer, elles finissent par mourir. Les rayons agissent cependant aussi sur les cellules saines et peuvent entraîner des effets indésirables provisoires. Dans la plupart des cas, la radiothérapie est associée à une chimiothérapie ou administrée en complément à une opération. Selon les situations, elle peut être préopératoire, postopératoire ou palliative (voir p. 28). Elle est surtout indiquée pour traiter un carcinome rectal, plus rarement un carcinome du côlon. Parfois, elle peut aussi remplacer une opération.

Radiothérapie externe ou percutanée

En règle générale, la tumeur et les ganglions lymphatiques avoisinants sont irradiés par les rayons depuis l'extérieur et par différents côtés. Pour cette raison, on parle

aussi de radiothérapie percutanée (à travers la peau). Au préalable, un scanner définit très précisément les champs d'irradiation afin de préserver au maximum les organes sains voisins (par ex. intestin grêle, vessie, organes sexuels). Cette technique a connu de nombreux progrès au cours de ces dernières années. Le patient se rend à des séances de radiothérapie pendant six à huit semaines, à raison de cinq séances hebdomadaires. La séance en soi dure quelques minutes.

Radiothérapie intraopératoire

Cette technique consiste à irradier et à détruire les tissus tumoraux lorsque l'abdomen est ouvert (la radiothérapie n'est donc pas externe).

Radiothérapie interne ou curiethérapie

Dans de rares cas, il est également possible d'irradier la tumeur de l'intérieur : cette technique repose sur des sources de rayonnement directement placées dans les tissus cancéreux, à proximité directe de la tumeur, dans les tissus cancéreux ou l'organe touché.

Ces techniques s'appellent aussi curiethérapie ou curiethérapie interstitielle. Seuls quelques centres sont spécialement équipés pour réaliser ce type de traitement. De plus, l'assurance de base en

couvre les frais dans des cas très particuliers seulement.

Effets indésirables possibles

La radiothérapie peut provoquer de la diarrhée, des ballonnements, des douleurs lors de la miction, des modifications cutanées dans la région du périnée (entre l'anus et l'emplacement du pénis ou du vagin), des problèmes de muqueuse (intestin) ou la formation de tissu cicatriciel. L'irradiation du bassin peut compromettre la fertilité et les capacités de reproduction (voir p. 30).

La position, la taille de la tumeur et la dose de rayons jouent un rôle dans la survenue et dans l'intensité des effets indésirables. Votre radio-oncologue vous donnera les informations nécessaires à ce sujet.

Les traitements médicamenteux

La chimiothérapie à base de cytostatiques

La chimiothérapie repose sur l'emploi de médicaments qu'on appelle cytostatiques : ils détruisent ou empêchent la prolifération des cellules.

Leur action affecte la division des cellules cancéreuses à croissance rapide et donc leur multiplication.

Leurs effets affectent cependant aussi les cellules saines à croissance rapide, notamment celles responsables de la formation du sang (moelle osseuse), les cellules capillaires, des muqueuses (de l'estomac et de l'intestin par ex.), et les cellules sexuelles (spermatozoïdes et ovules).

Cette attaque des cellules saines par les cytostatiques représente la cause principale des effets indésirables. En règle générale, le traitement est ambulatoire, c'est-à-dire qu'il ne nécessite pas une hospitalisation. Son effet est dit « systémique » parce que les cytostatiques sont distribués dans tout l'organisme par le biais de la circulation sanguine, tandis que la radiothérapie agit localement.

Le choix des cytostatiques utilisés – il en existe plus de cent – dépend des caractéristiques de la maladie cancéreuse. En cas de cancer de l'intestin, on en combine souvent plusieurs. Ils sont administrés toutes les deux à trois semaines : en partie par voie intraveineuse, en partie par voie orale ou sous forme de comprimés. Ils permettent ainsi d'éviter la pose d'un port-à-cath (système à chambre implantable).

Effets indésirables possibles

Le traitement basé sur les cytostatiques peut entraîner différents effets indésirables :

- > une modification de la formule sanguine, qui peut augmenter le risque d'infection ou d'hémorragie ou provoquer un état de fatigue général ;
- > des troubles de l'activité cardiaque ;
- > des problèmes de muqueuses ;
- > des éruptions cutanées ;
- > une altération de la sensibilité des mains et des pieds ;
- > une perte d'appétit, des nausées, des troubles gastro-intestinaux ;
- > des troubles de la fertilité ou de la capacité de conception ou de reproduction ;
- > une perte de cheveux par endroits ou plus étendue ; les cheveux repoussent après l'arrêt du traitement.

En général, ces effets sont étroitement liés au type de médicament, au dosage et à la voie d'administration. Votre oncologue est là pour vous informer et vous conseiller.

Les thérapies à base d'anticorps

Les anticorps font partie de notre système immunitaire. Ils combattent les agents pathogènes comme les bactéries et les virus. Aujourd'hui, les laboratoires peuvent en produire certains d'entre eux que l'on utilise comme

médicaments. Ils agissent sur le système immunitaire, raison pour laquelle on parle aussi d'immunothérapie.

Ils sont programmés pour se fixer sur les cellules cancéreuses qui présentent à leur surface une particule spécifique à laquelle ils peuvent se lier (récepteur).

Les anticorps « occupent » la place du récepteur responsable de la croissance d'une cellule cancéreuse spécifique et la privent ainsi d'une des bases nécessaires à sa survie ou à sa division. Le système immunitaire identifie la cellule ainsi marquée comme étrangère et l'attaque :

Inhibiteurs de la croissance tumorale

Un anticorps spécifique bloque le récepteur qui se trouve à la surface des cellules cancéreuses du côlon de 70% des patients. Généralement, ce récepteur stimule la croissance de la cellule. Lorsqu'il est bloqué, la cellule ne reçoit plus de signal lui ordonnant de croître.

Si un prélèvement de tissu met en évidence la présence de ce récepteur sur vos cellules cancéreuses, ce traitement est envisageable dans votre cas.

Il arrive que les patients ressentent les effets indésirables suivants : ré-

Médicaments ou traitements de soutien

Le médecin peut prescrire des médicaments ou des traitements qui soulagent ou préviennent les symptômes tels que la fièvre, les infections, l'anémie ou les douleurs.

Voici une liste non exhaustive de médicaments de soutien :

- > médicaments contre les nausées et les vomissements (anti-émétiques) ;
- > antibiotiques contre les infections bactériennes ;
- > antimycosiques contre les affections provoquées par des champignons ;
- > analgésiques ;
- > bains de bouche ou sprays en cas de lésions buccales ;
- > si le taux de globules blancs est trop bas, transfusions de plaquettes sanguines contre le risque d'hémorragie ; transfusions sanguines ou médicaments en cas d'anémie ;
- > transfusions de plaquettes sanguines ;
- > bisphosphonates contre l'ostéoporose ;
- > si le taux de globules blancs est trop bas, prescription de médicaments qui favorisent leur formation ;
- > préparations à base de cortisone pour prévenir les réactions allergiques et la nausée.

actions cutanées (acné), conjonctivite, diarrhée, douleurs diffuses, nausée et état de faiblesse générale.

Inhibiteurs de l'angiogénèse

Il existe des anticorps spécifiques qui bloquent la formation de nouveaux vaisseaux sanguins, tant dans les tissus sains que malades. On les appelle *inhibiteurs de l'angiogénèse*. Généralement, les cellules cancéreuses relâchent dans le sang des substances qui stimulent la formation de nouveaux vaisseaux dirigés vers la tumeur. Elles s'assurent ainsi leur approvisionnement en sang, indispensable à leur survie. L'inhibiteur bloque ce processus.

Ce type d'anticorps peut entraîner les effets indésirables suivants: saignements (du nez par ex.), troubles gastro-intestinaux (diarrhée surtout), hypertension, thromboses/embolies, douleurs diffuses, faiblesse générale, troubles de la cicatrisation.

En Suisse, certains anticorps sont aussi autorisés pour traiter certaines formes de cancers du côlon. En général, ils sont combinés avec une chimiothérapie et administrés sous forme de perfusion. Le médecin vous en expliquera les détails.

Types de carcinomes et traitements

Cancer du côlon

- *Pour avoir des précisions sur les stades de la maladie, consultez la page 22.*

L'objectif principal consiste à ôter complètement (résection R0, voir p. 36) la portion atteinte du côlon et du mésocôlon, à savoir les tissus lymphatiques, adipeux et conjonctifs limitrophes ainsi que les ganglions lymphatiques et les vaisseaux qui s'y rattachent.

La nécessité de suivre d'autres traitements après l'opération dépend de la présence de cellules cancéreuses dans le mésocôlon ou les ganglions lymphatiques voisins.

Stades I et II

Aux stades I et II, la personne est opérée et en règle générale, le traitement s'arrête là. Dans certains cas au stade II, une chimiothérapie de soutien (adjuvante) ou une radiothérapie peuvent entrer en ligne de compte pour prévenir une récurrence.

Stade III

L'atteinte de ganglions lymphatiques voisins augmente le risque de développer plus tard des métastases dans d'autres organes. Pour cette raison, afin de prévenir ou de retarder leur apparition, on recommande au patient de suivre

un traitement médicamenteux adjuvant.

Stade IV

Si les médecins constatent la formation de métastases dans d'autres organes, l'opération passe au second plan. Ils accordent alors une attention particulière au maintien des fonctions de l'organisme, de la meilleure qualité de vie possible et au soulagement des symptômes (traitement palliatif).

Dans cette situation, il arrive souvent que l'on doive compléter la chimiothérapie avec une immunothérapie ou une thérapie par anticorps pour freiner la croissance de la tumeur et contenir la maladie pendant un certain temps.

À ce stade, une opération est envisageable en cas de saignement intestinal ou si la tumeur rétrécit progressivement l'intestin.

La radiothérapie soulage souvent le patient s'il souffre de douleurs en raison de métastases.

- > Des métastases hépatiques opérables peuvent être réduites ou détruites par d'autres méthodes (voir p. 45)

Cancer du rectum

- *Pour avoir des précisions sur les stades de la maladie, consultez les pages 22 et suivantes.*

Stade I

En règle générale, le traitement est terminé à partir du moment où le chirurgien obtient une résection R0 (voir p. 36). Parfois, une opération effectuée à travers l'anus suffit.

Stades II et III

Le traitement de choix est une radiochimiothérapie préopératoire pour diminuer la taille de la tumeur afin de préserver lors de l'opération le sphincter anal et la continence.

Les résultats des différents examens déterminent la suite du traitement. En fonction du cas, une chimiothérapie postopératoire ou une radiochimiothérapie combinée est recommandée afin de détruire d'éventuels résidus tumoraux.

Stade IV

Au stade IV, la tumeur a déjà formé des métastases. L'option chirurgicale est alors écartée et la priorité consiste à préserver au maximum la qualité de vie, les fonctions de l'organisme et soulager les troubles du patient (traitement

palliatif). Dans cette situation, la chimiothérapie est souvent complétée par une immunothérapie. De plus, une chimiothérapie ou une radiochimiothérapie combinée peuvent freiner la croissance des cellules cancéreuses, et réduire la taille de tumeurs inopérables en vue de diminuer l'apparition de symptômes tels que les douleurs.

Si des métastases augmentent les douleurs du patient, il est fréquent qu'une radiothérapie lui apporte du soulagement.

Lorsque l'opération des métastases du foie n'est pas possible, d'autres techniques entrent en ligne de compte pour les réduire ou les détruire.

Traitement des métastases du foie

En cas de carcinome colorectal, les métastases sont très fréquentes dans le foie. Par ailleurs, les personnes touchées ne souffrent souvent d'aucun symptôme: les métastases ne sont découvertes que dans le cadre du suivi, au moyen d'un scanner ou d'un PET CT.

Les chances d'obtenir des résultats probants s'élèvent à 20-30%, en fonction de l'ampleur des métastases hépatiques.

Les spécialistes emploient différentes méthodes thérapeutiques, combinables entre elles :

- > la chirurgie ;
- > les traitements médicamenteux systémiques, agissant donc dans tout l'organisme ;
- > des traitements locaux ;
- > la radiothérapie.

Les médecins impliqués dans ces différents traitements discutent en réunion de concertation pluridisciplinaire (ou *tumor board*, voir p. 25) des options thérapeutiques pour chaque cas et en fixent le déroulement.

Interventions chirurgicales

Dans la mesure du possible, on privilégie l'opération pour retirer les métastases, à condition que le chirurgien puisse enlever toutes les métastases (résection R0, voir p. 36). En outre, il faut pouvoir conserver suffisamment de portions de foie fonctionnelles.

Cependant, il arrive qu'une chimiothérapie néo-adjuvante soit nécessaire en raison de la taille des métastases. En d'autres termes, un traitement médicamenteux les réduit d'abord afin de rendre possible l'opération (voir p. 28).

Veine porte

En vue d'assurer le fonctionnement de l'organe après l'opéra-

tion, le chirurgien « bouche » aussi la veine porte, ce qui entraîne un grossissement d'une partie du foie. Si l'on bouche par exemple la veine porte du lobe droit (touché par des métastases), le lobe gauche grossit et devient plus fonctionnel. Ce phénomène se produit même lorsque des métastases ont déjà été retirées antérieurement dans cette moitié gauche. La partie malade peut être opérée environ six à douze semaines plus tard.

Transplantation du foie

La présence de métastases hépatiques exclut la transplantation de l'organe : l'intervention exige en effet la réduction des réactions de défense naturelles contre le nouvel organe (on parle aussi d'*immunosuppression*). Cette « désactivation » entraînerait une rapide croissance de cellules cancéreuses encore présentes.

Traitements systémiques

Après une opération, les chimiothérapies systémiques sont administrées pour détruire les cellules tumorales résiduelles et empêcher ou différer l'apparition de métastases. En règle générale, les médicaments prescrits sont les mêmes qu'en cas de tumeur primaire.

Les chimiothérapies peuvent être administrées seules ou associées avec un traitement par anticorps

qui bloque la croissance des cellules cancéreuses (voir p. 40).

Traitements locaux

Dans certaines situations, les métastases hépatiques sont inopérables, principalement en raison de leur taille, leur emplacement délicat, leur nombre trop important ou lorsque les médicaments ne parviennent pas à les réduire.

Les techniques suivantes entrent alors en ligne de compte :

- > chimiothérapies locales
- > méthodes « de destruction ».

Elles ont pour objectif de détruire les métastases ou au minimum de réduire leur volume. Il arrive même parfois qu'une opération soit ensuite envisageable.

Chimiothérapie locale

Une pompe à perfusion administre les cytostatiques directement dans l'artère hépatique et les dirige donc dans le foie, où ils peuvent agir sur les métastases.

Méthodes de destruction

Les procédés dits « ablatifs » peuvent traiter les métastases dans certains cas. Les métastases ne sont ainsi pas retirées mais détruites dans l'organisme, en pratiquant des interventions minimales ou mini-invasives. Les méthodes à disposition sont :

Les traitements par la chaleur comme *l'ablation par radiofréquence, par micro-ondes, la thermothérapie induite par laser et la cryothérapie.*

L'ablation par radiofréquence repose sur l'emploi de la chaleur émise par des ondes radioélectriques. La chaleur est appliquée dans les tissus à travers de fines sondes spéciales munies de fils en forme d'éventail ;

L'ablation par micro-ondes a recours à une technique de destruction comparable à celle de la radiofréquence.

Dans la *thermothérapie* induite par laser, les métastases sont détruites par des rayons laser, précisément ciblées à travers une fibre de verre.

La *cryothérapie* (traitement par le froid) repose sur l'introduction de sondes dans les métastases hépatiques. Les tissus sont ensuite « congelés » en vue de les détruire.

Radiothérapie

La radiothérapie joue (encore) un rôle plutôt secondaire dans le traitement des métastases hépatiques. Elle prend toutefois une importance croissante car les techniques de radiothérapies, toujours plus précises, per-

mettent d'administrer de fortes doses de rayons dans des zones très limitées.

La thérapie dans le cadre d'une étude clinique

La recherche médicale est en constante évolution. Elle développe de nouvelles approches et méthodes en vue d'améliorer l'efficacité des soins. Dernière étape de ce processus, les études cliniques au cours desquelles les traitements sont testés et optimisés grâce à la participation des patients.

Il est tout à fait possible qu'on vous propose une telle étude dans le cadre de votre traitement. Toutefois, seul un entretien avec votre médecin permettra de cerner les avantages ou inconvénients pour

vous. Certains patients acceptent de participer à une étude clinique parce qu'ils pensent que les résultats en seront bénéfiques pour d'autres patients.

Sur le site www.kofam.ch, vous trouverez de nombreuses informations sur les études en cours (se rapportant à votre tableau clinique). La décision vous appartient entièrement, vous êtes libre d'accepter ou refuser, et si vous acceptez, vous pouvez vous retirer à tout instant.

Le refus de participer à une étude clinique n'influe aucunement sur votre traitement. Dans tous les cas, vous serez soigné selon les connaissances scientifiques les plus récentes et profiterez de la meilleure prise en charge possible.

Les traitements additionnels

Traitement de la douleur

Il est toujours possible de soulager les douleurs d'origine cancéreuse, voire de les supprimer complètement, que ce soit par des médicaments ou par d'autres méthodes comme une radiothérapie ou une opération.

Le cancer peut provoquer des douleurs, notamment à des stades avancés et en cas de métastases. Ne les subissez pas en silence, parlez-en à l'équipe médicale, car les douleurs vous affaiblissent inutilement et vous minent le moral. Il est important de faire appel à toutes les possibilités offertes par le traitement moderne de la douleur.

Si vous-même ou vos proches éprouvez de la méfiance vis-à-vis de la morphine ou d'autres médicaments opioïdes, abordez ce point avec le médecin. La plupart du temps, les craintes liées à la morphine résultent de conceptions erronées alors qu'en fonction du type de cancer, le recours à un opioïde peut représenter la seule option possible pour atténuer les douleurs. La démarche est donc importante.

Vous trouvez de précieux conseils sur le sujet dans la brochure « Les douleurs liées au cancer et leurs traitements » (voir p. 55).

Les médecines complémentaires

Un grand nombre de personnes touchées par le cancer ont recours aux médecines complémentaires, pour compléter leur traitement médical « classique ».

Certaines d'entre elles peuvent aider, pendant et après la thérapie, à améliorer le bien-être général et la qualité de vie. Elles peuvent renforcer le système immunitaire et rendre les effets secondaires plus tolérables. En général, elles n'ont pas d'effet sur la tumeur elle-même.

En revanche, la Ligue contre le cancer déconseille les approches dites *parallèles* ou *alternatives* qui prétendent se substituer à la médecine classique. Vous trouvez davantage d'informations à ce propos dans la brochure « Parallèles? Complémentaires? » (voir p. 55).

Adressez-vous à votre médecin ou à un membre de votre équipe soignante si une méthode complémentaire vous intéresse, ou si vous en suivez déjà une. Ensemble, vous définirez celle qui convient le mieux à votre situation personnelle sans qu'elle interfère avec la thérapie recommandée par le médecin.

N'optez pas pour des méthodes complémentaires de votre propre chef. Parlez-en au préalable à votre médecin. En effet, si elles paraissent inoffensives, certaines préparations peuvent s'avérer incompatibles avec votre traitement.

Suivi médical et réadaptation

Dans les premiers temps après le traitement, on vous recommandera de vous soumettre à des contrôles médicaux rapprochés. Ces examens visent à remédier aux conséquences de la maladie ou des thérapies, ainsi qu'à détecter et soigner, si cela devait s'avérer nécessaire, une récurrence, une nouvelle tumeur ou des métastases. Si pendant cette période vous ressentez des symptômes ou que vous êtes inquiet, il est important de consulter votre médecin sans attendre le prochain rendez-vous.

Ces entretiens vous permettront également d'aborder d'autres difficultés de votre quotidien, par exemple d'ordre professionnel ou psychologique. Votre retour à la vie de tous les jours sera ainsi facilité.

Dans la brochure «Stages» de la Ligue contre le cancer (p. 56), vous découvrirez des activités susceptibles de vous redonner force et bien-être. Les stages durent de deux jours à une semaine. Pour savoir où ils ont lieu, adressez-vous à votre ligue cantonale ou régionale.

Le retour à la vie quotidienne

Aujourd'hui, de nombreuses personnes vivent mieux et plus longtemps avec un diagnostic de cancer. Toutefois, les traitements restent souvent longs et éprouvants. Certaines personnes sont capables de poursuivre leurs activités quotidiennes en parallèle du traitement, d'autres pas.

Après la thérapie, le retour à la vie de tous les jours s'avère parfois difficile: pendant des semaines entières, les rendez-vous chez le médecin ont structuré votre emploi du temps, l'équipe soignante vous a soutenu et accompagné tout au long des différents traitements. De leur côté, vos proches, préoccupés, ont cherché à vous décharger d'une façon ou d'une autre. Certains d'entre eux ont partagé vos craintes et vos espoirs, ils vous ont donné du courage pour traverser cette période pénible: pendant longtemps, et jusqu'à un certain point, vous vous êtes retrouvé au centre des événements.

Dorénavant, vous êtes plus souvent seul. Vous éprouvez peut-être un vide intérieur, vous vous sentez un peu perdu. Les traitements sont certes terminés, mais rien n'est comme avant, soit parce que le retour à la vie de tous les

jours est encore au-dessus de vos forces, soit parce que vous souffrez toujours des répercussions physiques et psychiques de la maladie et de la thérapie: fatigue permanente, manque d'appétit ou profonde tristesse. Peut-être vos proches peinent-ils aussi à comprendre la situation. Ont-ils des attentes, pensent-ils que vous allez redevenir «comme avant»? Ces différentes réactions ou émotions doivent vous inciter d'autant plus à vous montrer à l'écoute de vos besoins et à ne pas vous laisser mettre sous pression.

Se donner du temps

Prenez le temps de vous adapter à la vie telle qu'elle continue maintenant. Réfléchissez aux éléments qui contribuent pour vous à une meilleure qualité de vie. L'horizon s'éclaire parfois lorsqu'on se pose des questions toutes simples:

- > Qu'est-ce qui est important pour moi maintenant?
- > De quoi ai-je besoin?
- > Comment pourrais-je y parvenir?
- > Qui pourrait m'aider?

En parler

Chacun appréhende la vie selon sa nature plus ou moins optimiste ou pessimiste, son éducation, son vécu. Il en va de même pour la maladie. Même lorsque les chances de guérison sont élevées, le cancer suscite une certaine angoisse. Maintes personnes éprouvent le besoin d'en parler, d'autres n'osent pas ou préfèrent garder le silence. Il n'y a pas de recette universelle, chacun a besoin d'un certain temps pour s'adapter à cette nouvelle situation et pour trouver un mode de communication satisfaisant pour tout le monde.

Faire appel à un soutien professionnel

Il est possible que la fin du traitement représente un moment propice pour demander du soutien auprès d'un conseiller de votre ligue cantonale ou régionale, ou d'un autre professionnel (voir « Conseils et informations, pp. 53 et suiv. »). Dans la mesure du possible, si vous pensez que ce type de mesure peut vous faire du bien, parlez-en à votre médecin avant la fin du traitement. Vous aurez ainsi l'occasion de réfléchir ensemble : qu'est-ce qui vous aiderait le plus ? Que peut-on vous recommander ? Enfin, il sera aussi en mesure de vous informer sur d'éventuelles prestations prises en charge par l'assurance maladie.

Conseils et informations

Faites-vous conseiller

Votre équipe soignante

Elle est là pour vous informer et vous aider à surmonter les problèmes liés à la maladie et au traitement. Demandez-vous quelle démarche supplémentaire pourrait vous donner des forces et faciliter votre réadaptation.

La psycho-oncologie

Les conséquences d'un cancer vont bien au-delà des aspects purement médicaux: la maladie affecte aussi la vie psychique. Les personnes touchées souffrent notamment de dépression, d'anxiété et de tristesse. Si vous en ressentez le besoin, faites appel à une personne formée en psycho-oncologie.

Des professionnels issus d'horizons variés (médecins, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux ou accompagnants spirituels ou religieux) peuvent offrir des conseils ou une thérapie car ils ont acquis une vaste expérience avec des personnes atteintes d'un cancer et leurs proches. Certains d'entre eux bénéficient d'une formation spécifique en psycho-oncologie. Actifs notamment dans les services d'oncologie ou de psychiatrie des hôpitaux, ces personnes vous apportent un soutien qui dépasse le cadre strictement médical. Ici encore, nous vous recommandons dans un premier temps de vous adresser à votre ligue cantonale.

Votre ligue cantonale ou régionale contre le cancer

Elle vous accompagne et propose aux personnes touchées et à leurs proches une palette de services: entretiens, cours, réponses à vos questions sur les assurances sociales. Par ailleurs, elle

vous aiguille vers un groupe d'entraide ou un spécialiste (physiothérapeute, psycho-oncologue, par ex.).

La Ligne InfoCancer 0800 11 88 11

Au bout du fil, une infirmière spécialisée vous écoute, vous propose des solutions et répond à vos questions sur la maladie et son traitement. L'appel et les renseignements sont gratuits. Les entretiens peuvent s'effectuer via Skype, à l'adresse: krebstelefon.ch.

Cancerline: pour chatter sur le cancer

Sous www.liguecancer.ch/cancerline, les enfants, adolescents et adultes peuvent chatter en direct avec les conseillères spécialisées de la Ligne InfoCancer. Ils y recevront des informations au sujet du cancer, ils pourront poser des questions et échanger sur tout ce qui les préoccupe. Du lundi au vendredi de 11 h à 16 h et le mercredi uniquement pour les enfants et les adolescents.

Cancer: comment en parler aux enfants?

Vous avez appris que vous êtes malade et vous avez des enfants: qu'ils soient petits ou grands, vous vous demandez comment aborder avec eux le sujet ainsi que les possibles conséquences de votre cancer.

Vous trouverez dans le dépliant « Cancer: comment en parler aux enfants? » des suggestions pour parler de la maladie avec vos enfants. Il contient aussi des conseils à l'intention des enseignants. La Ligue publie également une brochure utile, sous le titre « Quand le cancer touche les parents: en parler aux enfants ».

La Ligne stop-tabac 0848 000 181

Des conseillères spécialisées vous renseignent et vous aident à arrêter de fumer. Si vous le souhaitez, vous pouvez mettre en place des entretiens de suivi gratuits.

Stages

Dans différentes régions de Suisse, la Ligue contre le cancer propose aux personnes touchées des stages de durée variable: www.liguecancer.ch/stages. Vous en trouverez le programme dans une brochure (p. 56).

Activité physique

De nombreuses personnes touchées pratiquent une activité physique pour retrouver de l'énergie, reprendre confiance en soi et réduire la sensation de fatigue. Il existe des groupes de sport adaptés aux personnes atteintes d'un cancer: renseignez-vous auprès de votre ligue cantonale ou régionale, et consultez la brochure «Activité physique et cancer» (voir p. 56).

Partager avec d'autres personnes touchées

Forums de discussion

Il existe sur internet des forums de discussion sur le thème du cancer, notamment le forum de la Ligue contre le cancer www.forumcancer.ch, géré par la Ligne InfoCancer (Suisse). Vous pouvez aussi vous rendre sur le forum de la Ligue française contre le cancer: www.ligue-cancer.asso.fr

Groupes d'entraide

Se retrouver dans un groupe favorise l'échange d'informations et d'expériences. Bien des choses paraissent plus légères quand on en discute avec des personnes confrontées aux mêmes difficultés.

Si l'opération de votre cancer nécessite de poser une stomie, vous pouvez vous adresser au groupe d'entraide ilco. Cette association des personnes porteuses de stomie vous permettra de profiter des expériences de celles et ceux qui vivent aussi avec une dérivation intestinale:

www.ilco.ch
info@ilco.ch

Service de soins à domicile

De nombreux cantons proposent des services de soins à domicile. Vous pouvez faire appel à eux pendant toutes les phases de la maladie. Ils vous conseillent à domicile pendant et après les cycles de traitement, notamment sur les effets secondaires. Votre ligue cantonale vous communiquera une adresse.

Conseils en alimentation

De nombreux hôpitaux offrent des consultations en alimentation. Vous trouvez par ailleurs des conseillers indépendants collaborant la plupart du temps avec les médecins et regroupés en une association:

Association suisse des diététiciens et diététiciennes diplômé-e-s ES/HES (ASDD)

Altenbergstrasse 29
Case postale 686
3000 Berne 8
Tél. 031 313 88 70
service@svde-asdd.ch
www.svde-asdd.ch

Sur la page d'accueil, le lien *Liste des diététicien/nes dipl.* vous permet de trouver l'adresse d'un professionnel dans votre canton.

palliative.ch

Vous trouvez sur le site de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs

les adresses des sections cantonales et des réseaux. Indépendamment de votre domicile, ils assurent aux personnes concernées un accompagnement optimal et des soins.

palliative.ch
Société suisse de médecine et de soins palliatifs
Bubenbergrplatz 11
3011 Berne
Tél. 044 240 16 21
info@palliative.ch
www.palliative.ch

Les assurances

Les frais des traitements contre le cancer sont pris en charge par l'assurance obligatoire pour autant qu'il s'agisse de thérapies reconnues ou que le produit figure sur la liste des spécialités de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Votre médecin doit vous donner toutes les précisions nécessaires.

Le remboursement de certains traitements très spécifiques peut être soumis à des conditions. Les frais de traitements avec des substances autorisées sont également pris en charge dans le cadre d'une étude clinique (voir p. 48).

En cas de conseils ou de traitements supplémentaires non médicaux, la prise en charge par l'assurance obligatoire ou l'assurance complémentaire n'est pas garantie. Informez-vous avant le début du traitement. La ligue contre le cancer de votre canton peut également vous accompagner dans ces démarches.

Pour de plus amples informations sur la question des assurances, nous vous invitons à consulter la brochure «Cancer: prestations des assurances sociales» (voir p. 56).

Brochures de la Ligue contre le cancer

> Les traitements médicamenteux des cancers

Chimiothérapies et autres traitements

> La radiothérapie

> Parallèles? Complémentaires?

Risques et bénéfices des méthodes non vérifiées en oncologie

> Les douleurs liées au cancer et leurs traitements

> Journal des douleurs

> DOLOMETER® VAS

Réglette pour évaluer l'intensité de la douleur

> Fatigue et cancer

Identifier les causes, trouver des solutions

> Difficultés alimentaires en cas de cancer

> L'œdème lymphatique en cas de cancer

Guide à l'intention des personnes concernées

> Cancer et sexualité au féminin

> Cancer et sexualité au masculin

> Soigner son apparence durant et après la thérapie

Peau, coiffure, couleurs et vêtements: les conseils de la Ligue contre le cancer

- > **Activité physique et cancer**
Retrouver confiance en son corps grâce au mouvement
- > **Accompagner un proche atteint de cancer**
Suggestions et conseils pour les parents et amis des personnes touchées
- > **Soigner un proche et travailler: une mission possible**
Dépliant de 8 pages pour mieux concilier activité professionnelle et soins prodigués à un proche
- > **Quand le cancer touche les parents**
En parler aux enfants
- > **Cancer: comment en parler aux enfants?**
Dépliant contenant conseils et informations pour les parents et les enseignants
- > **La colostomie**
- > **L'iléostomie**
- > **Stages**
Pour des personnes touchées par le cancer
- > **Prédispositions héréditaires au cancer**
Des réponses aux questions que se posent les familles fortement touchées par le cancer
- > **Cancer: prestations des assurances sociales**
- > **Décider jusqu'au bout**
Brochures sur les directives anticipées

> **Les directives anticipées de la Ligue contre le cancer**

15 francs ou téléchargement gratuit sur: www.liguecancer.ch/directivesanticipees

> **Cancer: quand l'espoir de guérir s'amenuise**

Guide de l'offre en soins palliatifs

Commandes

- > Ligue contre le cancer de votre canton
- > Téléphone: 0844 85 00 00
- > Courriel: boutique@liguecancer.ch
- > Internet: www.liguecancer.ch

Vous trouverez toutes les brochures de la Ligue contre le cancer sur www.liguecancer.ch/brochures. La grande majorité vous est remise gratuitement et vous pouvez également les télécharger. La Ligue suisse contre le cancer et votre ligue cantonale peuvent vous les offrir grâce au soutien de leurs donateurs.

Votre avis nous intéresse

Vous avez un avis sur nos brochures? Prenez quelques minutes et remplissez le questionnaire à l'adresse www.forumcancer.ch. Votre opinion nous est précieuse!

Autres brochures

«Thérapie anticancéreuse dans le cadre d'une étude clinique», à commander auprès du Groupe suisse de recherche clinique sur le cancer (SAKK), tél. 031 389 91 91, sakkcc@sakk.ch, www.sakk.ch → Patients → Brochure destinée aux patients → Télécharger brochures → Brochure_d_information.pdf.

Internet

Par ordre alphabétique

Offre de la Ligue contre le cancer

www.forumcancer.ch

Forum internet de la Ligue contre le cancer

www.liguecancer.ch

Site de la Ligue suisse contre le cancer

www.liguecancer.ch/migrants

Cette adresse propose des informations en albanais, portugais, serbe/croate/bosniaque, espagnol, turc, et anglais

www.liguecancer.ch/readaptation

La Ligue contre le cancer propose des stages de réadaptation pour mieux vivre avec la maladie au quotidien

Autres institutions ou services spécialisés

www.cancer.ca

Site de la Société canadienne du cancer

www.doctissimo.fr

Site français consacré à la santé

www.espacecancer.chuv.ch

Site du CHUV de Lausanne où vous pouvez retrouver les brochures de la Ligue contre le cancer

www.infocancer.org

Site français consacré aux différents types de cancer

www.la-maison-du-cancer.com

Fondé par une journaliste touchée par la maladie, ce site français propose des informations non médicales et thématiques

www.ligue-cancer.asso.fr

Site de la Ligue française contre le cancer

www.palliative.ch

Société suisse de médecine et de soins palliatifs

Sites en anglais

www.cancer.org

American Cancer Society

www.cancer.gov

National Cancer Institute USA

www.cancer.net

American Society of Clinical Oncology

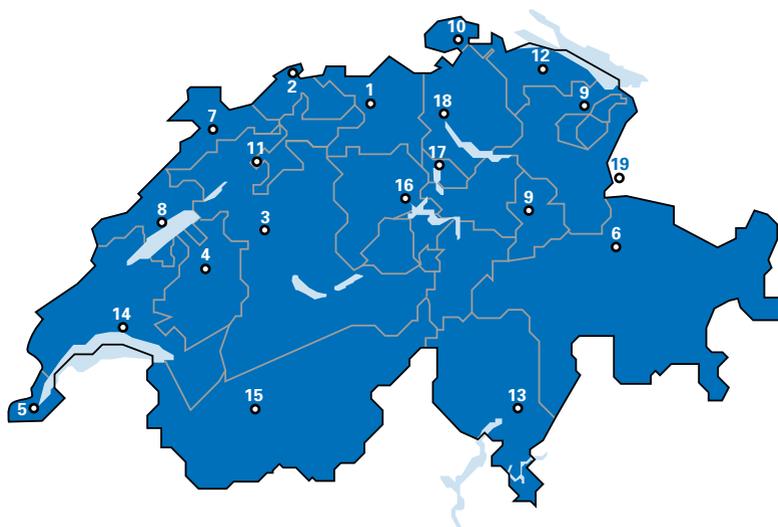
www.cancersupport.ch

Site de l'ESCA (English speaking cancer association): il s'adresse aux anglophones et à leurs proches résidant en Suisse

Sources

Les publications et les sites internet mentionnés dans cette brochure ont également servi de sources pour sa rédaction. Ils correspondent pour l'essentiel aux critères de qualité de la fondation La Santé sur internet (voir charte sur www.hon.ch/HONcode/French).

La ligue contre le cancer de votre région offre conseils et soutien



1 Krebsliga Aargau

Milchgasse 41
5000 Aarau
Tel. 062 834 75 75
Fax 062 834 75 76
admin@krebssliga-aargau.ch
www.krebssliga-aargau.ch
PK 50-12121-7

2 Krebsliga beider Basel

Mittlere Strasse 35
4056 Basel
Tel. 061 319 99 88
Fax 061 319 99 89
info@klbb.ch
www.klbb.ch
PK 40-28150-6

3 Bernische Krebsliga

Ligue bernoise contre le cancer
Marktgasse 55
Postfach 184
3000 Bern 7
Tel. 031 313 24 24
Fax 031 313 24 20
info@bernischekrebssliga.ch
www.bernischekrebssliga.ch
PK 30-22695-4

4 Ligue fribourgeoise contre le cancer Krebsliga Freiburg

route St-Nicolas-de-Flüe 2
case postale 96
1705 Fribourg
tél. 026 426 02 90
fax 026 426 02 88
info@liguecancer-fr.ch
www.liguecancer-fr.ch
CP 17-6131-3

5 Ligue genevoise contre le cancer

11, rue Leschot
1205 Genève
tél. 022 322 13 33
fax 022 322 13 39
ligue.cancer@mediane.ch
www.lgc.ch
CP 12-380-8

6 Krebsliga Graubünden

Ottoplatz 1
Postfach 368
7001 Chur
Tel. 081 252 50 90
Fax 081 253 76 08
info@krebssliga-gr.ch
www.krebssliga-gr.ch
PK 70-1442-0

7 Ligue jurassienne contre le cancer

rue des Moulins 12
2800 Delémont
tél. 032 422 20 30
fax 032 422 26 10
ligue.ju.cancer@bluewin.ch
www.liguecancer-ju.ch
CP 25-7881-3

8 Ligue neuchâteloise contre le cancer

faubourg du Lac 17
case postale
2001 Neuchâtel
tél. 032 721 23 25
LNCC@ne.ch
www.liguecancer-ne.ch
CP 20-6717-9

- 9 Krebsliga Ostschweiz**
SG, AR, AI, GL
 Flurhofstrasse 7
 9000 St. Gallen
 Tel. 071 242 70 00
 Fax 071 242 70 30
 info@krebssliga-ostschweiz.ch
 www.krebssliga-ostschweiz.ch
 PK 90-15390-1
- 10 Krebsliga Schaffhausen**
 Rheinstrasse 17
 8200 Schaffhausen
 Tel. 052 741 45 45
 Fax 052 741 45 57
 info@krebssliga-sh.ch
 www.krebssliga-sh.ch
 PK 82-3096-2
- 11 Krebsliga Solothurn**
 Hauptbahnhofstrasse 12
 4500 Solothurn
 Tel. 032 628 68 10
 Fax 032 628 68 11
 info@krebssliga-so.ch
 www.krebssliga-so.ch
 PK 45-1044-7
- 12 Thurgauische Krebsliga**
 Bahnhofstrasse 5
 8570 Weinfelden
 Tel. 071 626 70 00
 Fax 071 626 70 01
 info@tgkl.ch
 www.tgkl.ch
 PK 85-4796-4
- 13 Lega ticinese**
contro il cancro
 Piazza Nosetto 3
 6500 Bellinzona
 Tel. 091 820 64 20
 Fax 091 820 64 60
 info@legacancro-ti.ch
 www.legacancro-ti.ch
 CP 65-126-6
- 14 Ligue vaudoise**
contre le cancer
 place Pépinet 1
 1003 Lausanne
 tél. 021 623 11 11
 fax 021 623 11 10
 info@lvc.ch
 www.lvc.ch
 CP 10-22260-0
- 15 Ligue valaisanne contre le cancer**
Krebsliga Wallis
 Siège central:
 rue de la Dixence 19
 1950 Sion
 tél. 027 322 99 74
 fax 027 322 99 75
 info@lvcc.ch
 www.lvcc.ch
 Beratungsbüro:
 Spitalzentrum Oberwallis
 Überlandstrasse 14
 3900 Brig
 Tel. 027 604 35 41
 Mobile 079 644 80 18
 info@krebssliga-wallis.ch
 www.krebssliga-wallis.ch
 CP/PK 19-340-2
- 16 Krebsliga Zentralschweiz**
LU, OW, NW, SZ, UR
 Löwenstrasse 3
 6004 Luzern
 Tel. 041 210 25 50
 Fax 041 210 26 50
 info@krebssliga.info
 www.krebssliga.info
 PK 60-13232-5
- 17 Krebsliga Zug**
 Alpenstrasse 14
 6300 Zug
 Tel. 041 720 20 45
 Fax 041 720 20 46
 info@krebssliga-zug.ch
 www.krebssliga-zug.ch
 PK 80-56342-6
- 18 Krebsliga Zürich**
 Freiestrasse 71
 8032 Zürich
 Tel. 044 388 55 00
 Fax 044 388 55 11
 info@krebssligazuerich.ch
 www.krebssligazuerich.ch
 PK 80-868-5
- 19 Krebshilfe Liechtenstein**
 Im Malarsch 4
 FL-9494 Schaan
 Tel. 00423 233 18 45
 Fax 00423 233 18 55
 admin@krebsshilfe.li
 www.krebsshilfe.li
 PK 90-3253-1

Ligue suisse contre le cancer

Effingerstrasse 40
 case postale
 3001 Berne
 tél. 031 389 91 00
 fax 031 389 91 60
 info@liguecancer.ch
 www.liguecancer.ch
 CP 30-4843-9

Brochures

tél. 0844 85 00 00
 boutique@liguecancer.ch
 www.liguecancer.ch/
 brochures

Forum

www.forumcancer.ch
 Le forum internet de la
 Ligue contre le cancer

Cancerline

www.liguecancer.ch/
 cancerline
 Le chat sur le cancer pour
 les enfants, les ado-
 lescents et les adultes
 Du lundi au vendredi
 11 h – 16 h

Skype

krebstelefon.ch
 Du lundi au vendredi
 11 h – 16 h

Ligne stop-tabac

tél. 0848 000 181
 max. 8 cts/min.
 (sur réseau fixe)
 Du lundi au vendredi
 11 h – 19 h

**Vos dons sont les
 bienvenus.**

Ligne InfoCancer 0800 11 88 11

Du lundi au vendredi
 9 h – 19 h
 Appel gratuit
 helpline@liguecancer.ch

Unis contre le cancer