



Recherche  
Prévention et promotion du dépistage  
Actions pour les personnes malades  
Société et politiques de santé (SPS)

# LES CANCERS DU COLON ET DU RECTUM



## Introduction

Le côlon, qui mesure environ 1,5 mètres, est la partie de l'intestin qui fait suite à l'intestin grêle. Il commence par le caecum où on trouve l'appendice et se prolonge par le côlon droit ou « ascendant », l'angle droit, le côlon transverse, l'angle gauche, le côlon gauche ou « descendant », le sigmoïde puis le rectum qui se termine par l'anus. C'est dans le côlon que les matières fécales sont concentrées après réabsorption de l'eau et du sel, puis acheminées jusqu'à l'ampoule rectale qui assure un rôle de réservoir. La continence est assurée par un muscle, le sphincter anal. Deux membranes (le mésocôlon et le mésorectum) relient le côlon à la paroi abdominale.

Le **cancer du côlon** est une maladie de la muqueuse, qui tapisse l'intérieur du côlon ou du rectum pour le cancer rectal. Les **tumeurs colorectales** se développent généralement à partir de la muqueuse tapissant les parois du côlon et du rectum.

Le **cancer colorectal** met plusieurs années à se développer, de 9 à 10 ans. Il se forme à partir de la transformation d'une tumeur bénigne, un **polype** (excroissance charnue) apparu sur la muqueuse.

Les diverticules, qui sont des hernies, ne sont jamais à l'origine d'un cancer.

La forme la plus répandue des **cancers colorectaux** est appelée carcinome.

Pour définir l'étendue du cancer, différents examens permettent de constater :

- la taille de la tumeur ;
- l'atteinte ou non des ganglions lymphatiques par des **cellules cancéreuses** ;
- l'atteinte ou non des structures voisines ;
- la présence ou non de métastases à distance.

Le cancer colorectal représente, par sa fréquence, le troisième cancer chez l'homme et le second chez la femme. Sa fréquence augmente après 45 ans. Il est découvert dans 73 % des cas au niveau du côlon et de la région recto-sigmoïdienne, et dans 27 % des cas dans le rectum. L'âge médian du diagnostic est de 72 ans chez l'homme et de 75 ans chez la femme.

En France, on évalue son **incidence\*** en 2015 à 43.068 nouveaux cas par an (Source INCa 2015 :[http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers\\_en\\_france/](http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/)) : 23.535 cas chez l'homme et 19.533 cas chez la femme. Depuis ces dernières années on assiste à une diminution de l'incidence de ces cancers (Binder-Foucard, 2013).

La baisse de la mortalité par cancer colorectal résulte des progrès réalisés dans la détection de la maladie grâce à un diagnostic plus précoce, à l'amélioration de la prise en charge thérapeutique et à une diminution de la mortalité opératoire (Bouvier AM2009).

Il est à noter que le dépistage organisé généralisé depuis 2009 a déjà permis d'observer une diminution de la mortalité par cancer du côlon en France (source INCA)

En termes de mortalité par cancer, le cancer colorectal est le second chez l'homme et le troisième chez la femme. Le taux de survie à 5 ans est en France de 62 % tous stades confondus, un des meilleurs d'Europe.

## Facteurs de risque

### Risque moyen

- Le 1er facteur de risque est l'**âge** : plus de 90% des cancers colorectaux se manifestent chez les personnes de plus de 50 ans. Une recherche de sang dans les selles par le test OC Sensor® est proposée et prise en charge par la Sécurité

Sociale tous les deux ans à toutes les personnes de plus de 50 ans, qu'elles présentent ou non des troubles digestifs. (voir section dépistage). Une coloscopie sera faite en cas de résultat positif du test.

- L'alimentation joue très certainement un rôle important dans le développement du cancer du côlon : apport calorique trop important sous forme de graisses animales et obésité. En revanche, on note un rôle protecteur de la consommation régulière de fibres (légumes, fruits, céréales) et de l'exercice physique régulier.
- Le tabac est un facteur d'apparition des adénomes et l'alcool favoriserait leur augmentation de taille. Le risque d'être atteint d'un gros polype est dix fois plus élevé chez un sujet ayant fumé plus de 20 paquets/années et buvant plus de trois quarts de litre de vin par jour.

## Risque élevé

### Facteurs individuels :

- des personnes ayant eu elles-même un polype de plus de 1 cm ou un cancer colorectal.

La **présence de polypes adénomateux** sur la paroi du côlon et du rectum accroît sensiblement le risque de cancer colorectal.

La majorité des tumeurs du côlon se développent à partir de polypes (encore appelés adénomes). Mais tous les polypes ne se transforment pas en cancer. Ce risque est d'autant plus élevé que la taille du polype est plus importante. Un moyen efficace de prévenir la survenue d'un cancer est de pratiquer une exérèse de ces lésions adénomateuses bénignes dès leur diagnostic.

Sur 1 000 polypes, 100 atteindront la taille de 1 cm et 25 deviendront des cancers dans un délai de 10 à 20 ans. Outre la taille, le risque de transformation dépend de la structure microscopique du polype. Presque tous les polypes peuvent être retirés par coloscopie. Après exérèse, les polypes peuvent récidiver. Le taux de récurrence à 3 ans des polypes de plus de 1 cm de diamètre se situe autour de 3 %.

- des patients qui ont des antécédents de maladie inflammatoire de l'intestin étendue et ancienne type rectocolite ulcéro-hémorragique ou maladie de Crohn.

Une coloscopie de dépistage est proposée tous les 2 ans après 15 à 20 ans d'évolution de la maladie.

**Facteurs familiaux** : des personnes ayant un parent du 1er degré (père, mère, frère, sœur) de moins de 60 ans, ayant eu un cancer de l'intestin, ou ayant deux parents atteints quel que soit leur âge.

Dans ce groupe, une coloscopie de dépistage est proposée à partir de 45 ans, ou 10 ans avant l'âge du diagnostic du cancer du parent si celui-ci avait moins de 55 ans.

Après une coloscopie normale, une surveillance tous les 5 ans est suffisante. Après 74 ans, la stratégie de dépistage doit être individuellement évaluée.

## Risque très élevé dans les formes héréditaires

Il concerne les sujets atteints de polyposé adénomateuse familiale\* (P.A.F.) ainsi que ceux porteurs de cancers colorectaux héréditaires sans polyposé (Syndrome HNPCC, encore appelé syndrome de Lynch).

- **La polypose adénomateuse familiale** représente moins de 1 % des cancers colorectaux. Elle atteint des sujets jeunes. Elle est caractérisée par une multitude de polypes intestinaux. On recommande une consultation d'oncogénétique avec recherche d'une anomalie génétique (mutation constitutionnelle délétère sur le bras long du chromosome\* 5). Le risque de survenue de cancer colorectal est quasi certain ; aussi on procèdera à une coloscopie courte annuelle dès l'âge de 14 ans. Si le diagnostic de polypose est confirmé, il faut discuter de la date de la coloprotectomie\* totale dès la fin de la puberté (vers 17 ans).
- **Le syndrome de Lynch (HNPCC)** contribue pour 1 à 5% des cancers colorectaux. Ce sont des cancers héréditaires d'emblée sans polypose préalable, survenant souvent avant 40 ans et localisés préférentiellement dans le côlon droit. Un diagnostic génétique est maintenant possible dans ces familles. La surveillance préconisée, si une mutation génétique est identifiée, est une coloscopie totale tous les 2 ans dès l'âge de 20-25 ans (ou 5 ans avant l'âge du cancer le plus précoce de la famille, si celui-ci est apparu avant l'âge de 25 ans).  
Chez les femmes, en raison du risque de cancer de l'utérus associé à cette pathologie, un examen gynécologique annuel après l'âge de 30 ans est conseillé, complété par une échographie endovaginale\* et un frottis endo-utérin\*.

**Pour ces deux affections, les personnes ayant bénéficié d'un test génétique et non porteuses de la mutation familiale doivent être suivies comme la population générale.**

En résumé :

- La consommation importante de viande (sauf la volaille), le tabac et la sédentarité augmentent le risque de cancer colorectal
- Un régime riche en fibres et une activité physique régulière ont un effet protecteur établi
- Un dépistage systématique précoce est proposé en cas d'antécédents familiaux ou chez les porteurs d'anomalies génétiques spécifiques

## Le dépistage

Après 50 ans, il est souhaitable de faire pratiquer, par votre médecin généraliste, un toucher rectal, lors d'un examen médical, ainsi qu'un test de dépistage.

Hors suivi spécifique, depuis 2009, **le programme de dépistage organisé** et gratuit, cible donc les personnes de 50 à 74 ans, femmes et hommes.

Le test de dépistage du cancer du côlon et du rectum est basé sur la découverte de sang microscopique (non vu à l'œil nu) dans les selles. En effet, très souvent, les gros polypes et les cancers de l'intestin saignent sur un mode discret et non visible.

Ce saignement microscopique pourra être repéré grâce à un test de laboratoire : le test OC Sensor®.

Certains polypes peuvent se développer lentement pendant des années et évoluer vers un cancer sans symptôme ressenti et identifiable. C'est pourquoi un dépistage du cancer colorectal est nécessaire, les chances de guérison étant plus importantes en cas de détection précoce.



Si le test OC Sensor® est négatif (absence de sang détectable), il sera renouvelé tous les deux ans sauf en cas de symptomatologie spécifique justifiant une consultation pour des examens complémentaires éventuels. Si des troubles tels que constipation ou diarrhée, fatigue anormale, douleurs au ventre, apparaissent dans l'intervalle de ces deux ans, consultez votre médecin.

En revanche, si le test est positif, un examen approfondi de l'intestin par une coloscopie (introduction d'un tube dans l'intestin sous brève anesthésie générale) sera pratiqué afin de visualiser les lésions et de les prélever pour examen histologique\*. De cet examen dépendra la suite du traitement, si la lésion est cancéreuse.

Un test positif n'est pas forcément synonyme de cancer (d'autres causes de saignement digestif existent), mais justifie toujours une exploration de l'intestin.

Ce test OC Sensor® ne détecte pas tous les cancers et les gros adénomes, mais sa sensibilité et sa spécificité sont nettement meilleures que celles du précédent test Hemocult®.

La pratique du dépistage a montré qu'elle pouvait diminuer la mortalité par cancer colorectal : entre 2005 et 2012 la mortalité due à ces cancers a diminuée de 1,5% par an chez l'homme et de 1,1% chez la femme (Binder-Foucard, 2013).

En pratique :

Après avoir donné au médecin traitant la lettre d'invitation au dépistage organisé envoyée par l'Assurance Maladie, celui-ci vous remettra une grande enveloppe contenant le mode d'emploi, le test lui-même et son enveloppe de retour au laboratoire.

Sur une seule selle, vous gratterez les matières, avec la tige striée, en plusieurs points, puis vous enfermerez la tige dans un tube contenant du liquide de fixation en agitant fortement. Ce tube sera alors bien identifié par votre nom et votre adresse, mis dans un sachet protecteur et envoyé immédiatement au laboratoire d'analyse dans l'enveloppe pré identifiée.

Le résultat de l'examen vous est adressé ainsi qu'à votre médecin traitant.

## Diagnostic

Le cancer du côlon peut rester longtemps asymptomatique\*.

Certains **symptômes** peuvent également attirer l'attention et conduire à une consultation médicale :

**Des troubles du transit intestinal** : constipation soudaine ou qui s'aggrave, diarrhée qui se prolonge ou alternance de diarrhée et de constipation.

**Du sang visible dans les selles**, que l'on attribuera trop facilement à des hémorroïdes.

**Une baisse des globules rouges du sang** : (anémie) mesurée par l'hémoglobine.

**Des douleurs abdominales** à type de coliques, évoluant par crises de 2 ou 3 jours, accompagnées parfois de gargouillements abdominaux.

**Une perte de poids** inexpliquée et/ou une petite fièvre persistante.

Parfois ce sont **des complications** qui font porter le diagnostic : obstruction intestinale, perforation de la tumeur dans la cavité abdominale.

Le **diagnostic** se fait :

**Pour le cancer du côlon** : par la coloscopie totale, sous anesthésie générale brève, qui permet de visualiser la lésion, de réaliser des biopsies\* et d'enlever la plupart des polypes observés.

**Pour le cancer du rectum**, plus accessible : le diagnostic est fait par l'examen clinique grâce au toucher rectal. Cet examen doit être complété par une coloscopie.

**Explorations complémentaires :**

Si un cancer est détecté, on appréciera son étendue par d'autres examens : échographie endorectale, échographie, scanner ou IRM à la recherche de métastases abdominales, pulmonaires ou hépatiques.

## Stades du cancer

Le facteur le plus important pour décider du traitement et donner un pronostic est le stade de la maladie au moment du diagnostic.

Trois critères (TNM) permettent d'évaluer l'étendue de la maladie :

- la taille et la profondeur de la tumeur (T)
- L'atteinte ou non des ganglions et leur nombre en cas d'atteinte (N)
- La présence ou non de métastases (M)

Ces critères sont combinés pour donner un stade global dont va dépendre la stratégie thérapeutique :

- **Stade 0** : la tumeur est in situ, ce qui signifie qu'elle est très superficielle et qu'elle n'envahit pas la sous-muqueuse, que les ganglions lymphatiques ne sont pas atteints et qu'il n'y a pas de métastase à distance.
- **Stade I** : la tumeur envahit la deuxième couche (sous-muqueuse) ou la couche musculaire (muscleuse) de la paroi du côlon ou du rectum, les ganglions lymphatiques ne sont pas atteints et il n'y a pas de métastase à distance.
- **Stade II** : les cellules cancéreuses ont traversé plusieurs couches de la paroi du côlon ou du rectum, mais aucun ganglion n'est atteint et il n'y a pas de métastase.
- **Stade III** : les cellules cancéreuses ont envahi les ganglions lymphatiques proches de la tumeur.
- **Stade IV** : le cancer s'est propagé au-delà du côlon ou du rectum, vers des emplacements ou des organes éloignés, généralement le foie ou les poumons.

En résumé :

- Selon l'emplacement de la tumeur les symptômes sont plus ou moins précoces
- Les complications sont souvent le signe d'une maladie avancée
- Le pronostic est amélioré par un diagnostic et une prise en charge précoces

## Traitements

Pour traiter le cancer colorectal, plusieurs thérapeutiques sont employées. On évite une opération mutilante chaque fois que cela est possible.

Le choix du traitement dépend de la localisation du cancer et de son étendue, de l'état général du patient et des comorbidités \* éventuelles.

La prise en charge proposée sera définie à l'issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), après l'analyse par plusieurs spécialistes de l'état du patient et de l'incidence potentielle des différents traitements envisageables (bénéfices attendus, risques et effets secondaires).

## La chirurgie

Elle est le traitement majeur de ce cancer. Elle consiste à retirer la partie de l'intestin où se trouve le cancer en respectant une marge de tissu « sain » d'environ 5 centimètres.

Dans la majorité des cas, la possibilité de rétablir immédiatement la continuité de l'intestin évite l'anus artificiel, provisoire ou définitif. Une stomie ou « anus artificiel » provisoire est parfois nécessaire. L'abouchement à la peau du côlon (colostomie) est nécessaire s'il existe d'importants signes inflammatoires ou des risques de non cicatrisation. Après un délai de 6 à 12 semaines, une nouvelle intervention permettra de supprimer la stomie et de rétablir la continuité intestinale.

Même avec une colostomie le patient peut garder ses habitudes de vie (travail, sport non violent, bains..). Une consultation avec un stomathérapeute lui sera proposée pour l'aider dans la gestion pratique et quotidienne de la poche.

Elle peut s'effectuer par laparotomie (opération à ventre ouvert) ou par coelioscopie (technique chirurgicale par incision de l'abdomen sans ouverture). Cette dernière technique diminue la douleur et les complications et réduit la durée de l'hospitalisation. Le choix de l'une ou l'autre de ces techniques dépend de la taille, de la localisation de la tumeur et de l'expérience de l'équipe chirurgicale.

L'étendue de la résection chirurgicale dépend du siège et de l'état d'avancement de la tumeur : l'ablation du colon gauche ou droit avec la partie voisine du colon transverse est une hémicolectomie gauche ou droite, la sigmoïdectomie est l'ablation du sigmoïde et la résection du rectum, la proctectomie. Les ganglions lymphatiques locaux sont aussi prélevés et analysés pour décider de la suite thérapeutique à mettre en place.

En cas de petite tumeur localisée et en l'absence d'atteinte des ganglions lymphatiques, la chirurgie seule peut être suffisante, on parle alors de chirurgie curative. Par ailleurs, l'exérèse de métastases hépatiques ou pulmonaires peut être réalisée.

En cas de cancer du rectum, l'intervention qui consiste à enlever le rectum permet le plus souvent de respecter la fonction du sphincter (muscle qui resserre l'anus en assurant la continence). Cependant, en cas de tumeur située trop près de l'anus, un anus artificiel définitif est parfois inévitable.

Dans certains cas, où il existe des métastases, hépatiques ou pulmonaires, une chirurgie d'exérèse pourra être proposée, soit d'emblée, si leur nombre ou leur taille sont limités, soit secondairement après réduction de ces lésions sous chimiothérapie.

## La radiothérapie

Elle est utilisée dans le cancer du bas rectum.

Associée à la chirurgie, elle permet de diminuer les récurrences locales. Cette radiothérapie est réalisée avant la chirurgie le plus souvent afin de diminuer la taille de la tumeur, en association avec une chimiothérapie.

Elle peut être aussi indiquée dans le traitement des métastases. La radiothérapie peut entraîner des effets secondaires comme une rougeur de la peau, des brûlures urinaires (cystites). Il est recommandé de boire abondamment de l'eau riche en bicarbonates.

## La chimiothérapie et les thérapies ciblées

Le traitement du cancer du côlon a bénéficié de l'apport de nouveaux traitements médicaux :

- Les médicaments de chimiothérapie agissent sur les mécanismes de la division des cellules cancéreuses dans l'organisme.
- Les thérapies ciblées (ou anticorps monoclonaux) bloquent les mécanismes de prolifération de ces cellules.

Ces traitements sont proposés :

- soit après la chirurgie dans les cancers avec atteinte ganglionnaire pour réduire les risques de récurrences et améliorer les chances de guérison,
- soit dans les cancers avec métastases en associant alors chimiothérapie et thérapie ciblée. Ces médicaments peuvent aussi être administrés comme seul traitement si la chirurgie n'est pas possible.

Pour faciliter l'administration des perfusions, une chambre implantable (Port-à-cat) est mise en place. Il s'agit d'un petit boîtier mis sous la peau du thorax au cours d'une courte intervention chirurgicale et sous anesthésie locale, relié à un cathéter souple placé dans une grosse veine. Les injections médicamenteuses sont faites alors dans ce boîtier à travers la peau. Ce système limite les douleurs des piqûres répétées et permet une activité physique normale

Dans les cancers du côlon, neuf médicaments sont utilisés en chimiothérapie : 5-fluoro-uracile (Fluoro-Uracile®), Capécitabine (administration orale, Xeloda®), Tégafur uracile (Tegafur®), Oxaliplatine (Eloxatine®), Irinotécan (Campto®) et Raltitrexed (Tomudex®).

Les effets secondaires de la chimiothérapie sont variables selon les médicaments utilisés, les dosages et les personnes. Les effets secondaires les plus fréquents des médicaments utilisés pour traiter les cancers colorectaux sont :

- Nausées et vomissements
- Diarrhées
- Baisse des globules blancs, des globules rouges et des plaquettes
- Lésions de la bouche
- Sensations d'engourdissement ou de fourmillement
- Chute des cheveux (uniquement avec Campto®)
- Troubles cutanés
- Réactions allergiques ...

La plupart de ces effets secondaires peuvent être limités ou évités grâce à des traitements préventifs ou des conseils pratiques.



Néanmoins, s'ils deviennent trop importants ou si le patient ne supporte pas l'un des médicaments utilisés, le traitement peut être modifié ou interrompu.

- En thérapie ciblée : actuellement, trois médicaments sont utilisés : le bevacizumab (commercialisé sous le nom Avastin®), le cetuximab (commercialisé sous le nom Erbitux®) et le panitumumab (commercialisé sous le nom Vectibix®). Ils sont administrés par perfusions. Ces trois médicaments agissent selon le même principe. Ils font partie de la famille des anticorps monoclonaux.

Les tumeurs cancéreuses ont la capacité de fabriquer leurs propres vaisseaux sanguins pour se nourrir. C'est ce qu'on appelle l'angiogénèse. Plus une tumeur est vascularisée, plus elle se développe rapidement et génère des métastases.

**Le bevacizumab** agit contre une substance chimique, appelée VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor), dont la tumeur a besoin pour fabriquer ses vaisseaux sanguins.

L'aflibercept (Zaltrap®) et le regorafenib (Stiverga®), qui possèdent le même mécanisme d'action, sont aussi commercialisés dans cette indication.

Certaines cellules cancéreuses ont la propriété de « capter » une substance chimique, appelée EGF (pour Epidermal Growth Factor), qui est produite naturellement par l'organisme. Cette substance favorise le développement des cellules en accélérant leur division. Pour cela, elle se fixe à la surface des cellules, grâce à des récepteurs spécifiques appelés récepteurs EGF.

**Le cetuximab** agit sur ce mécanisme en se fixant lui-même sur ces récepteurs, ce qui empêche la cellule de recevoir l'EGF.

Cependant, une évaluation de la mutation génétique RAS est effectuée, car les patients qui présentent la mutation du gène RAS ne bénéficient pas du traitement par cetuximab.

**Le panitumumab** a le même mode d'action que le cetuximab. Le cetuximab et le panitumumab sont indiqués en l'absence de mutation d'un gène appelé K-RAS.

En pratique, les thérapies ciblées sont utilisées en association avec de la chimiothérapie pour les cancers colorectaux avancés.

Le plan de traitement est déterminé au cas par cas et en accord avec le patient.

Le protocole de chimiothérapie et/ou de thérapie ciblée comporte la prescription d'un seul médicament (monothérapie) ou l'association de plusieurs médicaments.

Le traitement est délivré en cures (ou cycles) successives. Il est adapté à chaque patient en fonction du type de cancer et de la tolérance au traitement. Il peut durer de quelques semaines à plus d'un an.

Le traitement est planifié par l'équipe médicale selon un calendrier précis remis au malade. Les cures successives sont séparées par des périodes de repos. Elles sont effectuées à l'hôpital en soins ambulatoires (Hôpital de jour) ou peuvent être également prescrites à domicile sous le contrôle d'une infirmière.

Un suivi régulier comportant un examen clinique et des examens de sang permet d'évaluer la poursuite ou non du traitement.

## Suivi

Le suivi a pour objectif de vérifier la survenue ou non de récurrences, d'évaluer et de traiter les séquelles et les complications en relation avec la maladie et/ou les traitements.

Classiquement, le patient est suivi tous les 3 mois pendant 3 ans puis tous les 6 mois pendant 2ans puis tous les 5 ans.

Pendant ce suivi, le patient bénéficiera d'un soutien psychologique et social autant que nécessaire.

## Alimentation pendant et après traitement

Une consultation diététique est souvent nécessaire après la chirurgie et surtout en cas de stomie.

D'un point de vue général, il n'y a pas de contre-indication particulière et la plupart des patients s'alimentent sensiblement de la même façon qu'avant l'intervention, dès que la période post chirurgicale est passée.

Cependant, des troubles du transit sont fréquents après la chirurgie, à type de diarrhée, de constipation, d'augmentation de la fréquence des selles. Un régime alimentaire équilibré doit être suivi pour rétablir un transit intestinal normal.

En cours de chimiothérapie le patient peut éprouver, durant quelques jours, une perte d'appétit, une perturbation du goût ou de l'odorat, des nausées ou des vomissements. Durant la chimiothérapie, il est inutile de se forcer à manger. Il est recommandé de s'alimenter légèrement dans les heures qui précèdent la perfusion. Le petit déjeuner est généralement le repas qui passe le mieux.

Il est essentiel de surveiller son poids, de conserver une alimentation équilibrée et de s'hydrater correctement.

En cas de stomie temporaire ou définitive, une adaptation de l'alimentation est souhaitable pour ne pas favoriser les troubles du transit intestinal (diarrhée ou constipation).

[http://www3.ligue-cancer.net/files/national/article/documents/bro/alimentation\\_adulte.pdf](http://www3.ligue-cancer.net/files/national/article/documents/bro/alimentation_adulte.pdf)

## Suivi médical après traitement

Le malade est suivi régulièrement tous les ans :

- pendant 5 ans ce suivi inclut un examen clinique, une radiographie thoracique, une échographie abdominale,
- puis tous les 5 ans, une coloscopie totale est réalisée.

L'intérêt éventuel de la surveillance par scanner est en cours d'évaluation. La poursuite de la surveillance clinique est recommandée entre 5 et 10 ans après le diagnostic.

## Conclusion

Le cancer colorectal a largement bénéficié des progrès thérapeutiques tant chirurgicaux, radio-thérapeutiques que médicamenteux, permettant d'éviter souvent une mutilation et de prévenir des récives.

La surveillance des personnes à risque et la pratique du dépistage systématique permettront de découvrir les formes débutantes et localisées de ces cancers, réduisant ainsi la lourdeur des traitements et permettant de sauver chaque année plusieurs milliers de personnes.

# Glossaire

**Adénome (synonyme de polype dans le colon)** bénin (par opposition au carcinome qui est une tumeur maligne, c'est-à-dire cancéreuse) il peut être souvent enlevée par voie endoscopique.

**Anticorps monoclonal** : anticorps produits en laboratoire, à partir d'un clone de cellule et capables de repérer et de bloquer certains mécanismes spécifiques des cellules cancéreuses.

**Asymptomatique** : ne présentant pas de signe clinique permettant le diagnostic de la maladie.

**Biopsie** : une biopsie est un prélèvement d'un fragment de tissu ou de tumeur qui sera analysé au microscope. On parle d'examen histologique réalisé par un médecin anatomopathologiste.

**Chromosome** : structure située dans le noyau des cellules et support de l'information génétique.

**Coloprotectomie** (ou colectomie totale préventive) : ablation totale du côlon et du canal anal.

**Comorbidités** : pathologies associées.

**Échographie endorectale** : échographie réalisée à l'aide d'une sonde introduite dans le rectum.

**Échographie endovaginale** : échographie réalisée à l'aide d'une sonde introduite dans le vagin.

**Examen histologique** : examen d'un tissu ou d'une lésion au microscope par un médecin anatomo pathologiste. Cet examen permet de déterminer la nature bénigne ou maligne de la lésion et d'en préciser sa gravité.

**Frottis endo-utérin** : prélèvement par aspiration ou écouvillon de fragments de tissus de la cavité de l'utérus pour analyse microscopique.

**Incidence** : nombre de nouveaux cas d'une maladie dans une population, pendant un temps donné.

**Marqueur biologique tumoral** : substance sécrétée par certains types de cellule et présente dans le sang. En cas de croissance anormale de ces cellules, la production du marqueur est anormalement élevée. Le marqueur constitue un bon indice de l'activité de ces cellules. C'est un outil précieux de surveillance de certains cancers, mais pas un outil de diagnostic. Il existe différents types de marqueurs, suivant le type de cellules.

**Métastase** : localisation à distance d'une tumeur cancéreuse propagée par voie sanguine ou lymphatique.

**Mutation constitutionnelle délétère** : altération d'un gène par suite d'une erreur de réplication de l'ADN.

**Occlusion intestinale** : impossibilité de passage et d'évacuation des selles et des gaz au niveau de l'intestin.

**Polypose rectocolique familiale** : maladie familiale due à une anomalie génétique, se traduisant par une multitude de polypes sur la muqueuse colique. Elle se complique, dans la même famille, par la survenue d'un cancer chez un individu sur deux. Quand la maladie est autosomique dominante, tous les sujets développent un cancer colorectal.

### **Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)**

: réunion régulière entre professionnels de santé, au cours de laquelle se discutent la situation d'un patient, les traitements possibles en fonction des dernières études scientifiques, l'analyse des bénéfices et les risques encourus ainsi que l'évaluation de la qualité de vie qui va en résulter.

**Test OC Sensor®** : test immunologique de dépistage de recherche de sang occulte dans les selles, avec lecture automatisée permettant une évaluation quantitative.

## **Pour en savoir plus**

### **Institut national du cancer**

[www.e-cancer.fr/](http://www.e-cancer.fr/)

### **Association HNPCC- LYNCH - Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer**

<http://www.hnpcc-lynch.com/>

### **Société Nationale Française de gastro-entérologie SNFGE**

[www.snfge.org/](http://www.snfge.org/)

Brochure rédigée en septembre 2017 par le Pr. Jean FAIVRE (gastro-entérologue CHU de Dijon) et le Docteur Dominique MIGNARD, sous la coordination de Marie LANTA (Ligue nationale contre le cancer).

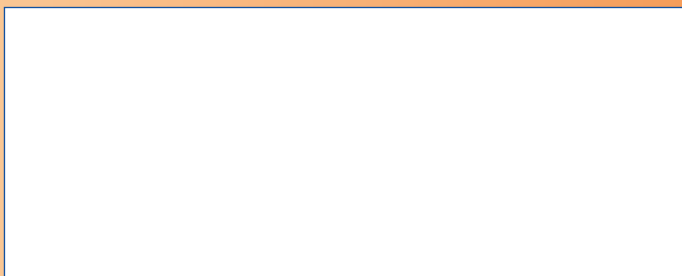


**0 800 940 939**

***écoute, aide, soutien***

(service et appel gratuits à partir d'un fixe ou d'un mobile en France)

**Votre Comité départemental :**



**LIGUE NATIONALE CONTRE  
LE CANCER**

14 rue Corvisart - 75013 Paris

Tél. : 01 53 55 24 00

[www.ligue-cancer.net](http://www.ligue-cancer.net)

 [twitter.com/laliguecancer](https://twitter.com/laliguecancer)

 [www.facebook.com/laliguecontrecancer](https://www.facebook.com/laliguecontrecancer)