

Les traitements du cancer du côlon

COLLECTION
GUIDES DE RÉFÉRENCE

LE CÔLON

LES TRAITEMENTS :
DU CHOIX AU SUIVI

LA CHIRURGIE

CHIMIOTHÉRAPIE ET THÉRAPIE
CIBLÉE

LES PROFESSIONNELS

LA VIE QUOTIDIENNE

L'Institut National du Cancer est l'agence nationale sanitaire et scientifique chargée de coordonner la lutte contre le cancer en France.



**CE DOCUMENT S'INSCRIT DANS LA MISE
EN ŒUVRE DU PLAN CANCER 2009-2013.**

Mesure 19

Action 19.5 : Rendre accessible aux patients une information de référence sur les cancers afin d'en faire des acteurs du système de soins.

Ce guide a été publié en mars 2010 avec le soutien financier de :

La Ligue nationale contre le cancer

14, rue Corvisart – 75013 Paris

Tél. : 01 53 55 24 00 – Fax : 01 43 36 91 10

www.ligue-cancer.net

La Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC)

101, rue de Tolbiac – 75013 Paris

Tél. : 01 44 23 04 04 – Fax : 01 45 82 07 59

www.fnclcc.fr

Ce document doit être cité comme suit : ©*Les traitements du cancer du côlon*, collection Guides de référence Cancer info, INCa, mars 2010.

Il peut être reproduit ou diffusé librement pour un usage personnel et non destiné à des fins commerciales ou pour de courtes citations. Pour tout autre usage, il convient de demander l'autorisation auprès de l'INCa en remplissant le formulaire de demande de reproduction disponible sur le site www.e-cancer.fr ou auprès du département communication institutionnelle de l'INCa à l'adresse suivante : publication@institutcancer.fr.

Les informations de ce guide sont destinées à améliorer, non à remplacer, la relation qui existe entre le patient et son médecin. Elles ne peuvent en aucun cas tenir lieu d'avis médical. L'Institut national du cancer ne saurait être tenu responsable de tout préjudice, direct ou indirect, de quelque nature que ce soit, résultant de l'utilisation, même partielle, des informations de ce guide.



Vous avez appris que vous avez un cancer du côlon. La survenue de cette maladie provoque d'importants bouleversements. Elle s'accompagne aussi sans doute de nombreuses questions. En essayant d'y répondre concrètement, ce guide a pour objectif de vous accompagner dans la période des traitements qui commence.

Il explique les traitements qui peuvent vous être proposés, la façon dont ils sont choisis, leurs buts, leur déroulement, leurs effets secondaires. Il décrit le rôle des différents professionnels que vous rencontrez. Il aborde aussi les conséquences immédiates de la maladie sur la vie quotidienne : mise en ALD (affection longue durée), activité professionnelle, aides à domicile, soutien psychologique, rôle des proches...

Enfin, un glossaire explique les mots que vous entendrez peut-être au cours de vos traitements. Ils sont identifiés par un astérisque (*) dans le texte.

Toutes les informations médicales sont issues des recommandations de bonne pratique en vigueur et ont été validées par des spécialistes du cancer du côlon.

Les informations proposées ici peuvent ne pas s'appliquer précisément à votre situation qui est unique et connue de vous seul et des médecins qui vous suivent. Elles décrivent les situations et les techniques les plus couramment rencontrées, mais n'ont pas valeur d'avis médical. Elles peuvent venir éclairer, compléter, enrichir les explications de votre médecin et des membres de l'équipe soignante. Ce sont vos interlocuteurs privilégiés, n'hésitez pas à leur poser des questions.

Ce guide présente la prise en charge des formes les plus fréquentes de cancers du côlon. Il n'aborde ni les cancers liés à une prédisposition génétique (syndrome de Lynch et polypose adénomateuse familiale ou PAF), ni les cancers liés à une maladie inflammatoire chronique de l'intestin comme la maladie de Crohn ou la rectocolite hémorragique.



Points clés

- Le cancer du côlon se développe à partir des cellules qui tapissent la paroi interne du côlon. Dans plus de 80 % des cas, il provient d'une tumeur bénigne, appelée polype adénomateux, qui évolue lentement et finit par devenir cancéreuse.
- Chaque cancer est unique et se définit notamment en fonction de sa localisation dans le côlon, de sa profondeur dans la paroi, de l'atteinte ou non des ganglions proches du côlon et de la présence ou non de métastases au niveau d'autres organes.
- Le choix des traitements est adapté à votre situation. Plusieurs médecins de spécialités différentes se réunissent pour discuter des solutions de traitements possibles dans votre cas. Ils se basent pour cela sur des recommandations de bonne pratique. Il peut également vous être proposé de participer à un essai clinique.
- L'équipe qui vous prend en charge comprend des professionnels de différentes spécialités : gastroentérologue, oncologue médical, chirurgien, pathologiste, psychiatre ou psychologue, spécialiste de la douleur, infirmier, stomathérapeute, aide-soignant, diététicien, assistant social... Au sein de votre établissement de santé ou en ville, ils travaillent en collaboration et en lien avec votre médecin traitant.
- Le traitement des cancers du côlon repose principalement sur la chirurgie qui vise à guérir le cancer en supprimant la portion du côlon atteinte par la tumeur. L'opération nécessite une hospitalisation de sept jours en moyenne. Des effets secondaires (troubles du transit intestinal, douleur, fatigue...) peuvent persister quelques semaines et doivent systématiquement être pris en charge.

- La tumeur et l'ensemble des éléments retirés pendant l'opération (vaisseaux sanguins, ganglions) font l'objet d'un examen anatomopathologique. Cet examen, réalisé au microscope, permet d'évaluer l'étendue de la maladie et de décider si la chirurgie doit être complétée ou non par une chimiothérapie.
- La chimiothérapie est un traitement à base de médicaments anticancéreux. Son objectif est de réduire le risque de récurrence.
- Il existe de nombreux médicaments de chimiothérapie qui ont chacun des modes d'actions particuliers. Généralement, on associe plusieurs médicaments entre eux afin de renforcer l'efficacité du traitement. Les effets secondaires sont variables d'un médicament à l'autre et d'une personne à l'autre. Des traitements ou mesures préventifs vous sont proposés pour les limiter au maximum. En cas de besoin, votre médecin peut adapter votre traitement en faisant varier les dosages ou en changeant de médicament.
- La prise en charge du cancer est globale et comprend tous les soins et soutiens dont vous pourriez avoir besoin dès le diagnostic, pendant et après les traitements : soutien psychologique pour vous et vos proches, accompagnement social, prise en charge de la douleur, suivi nutritionnel, etc.

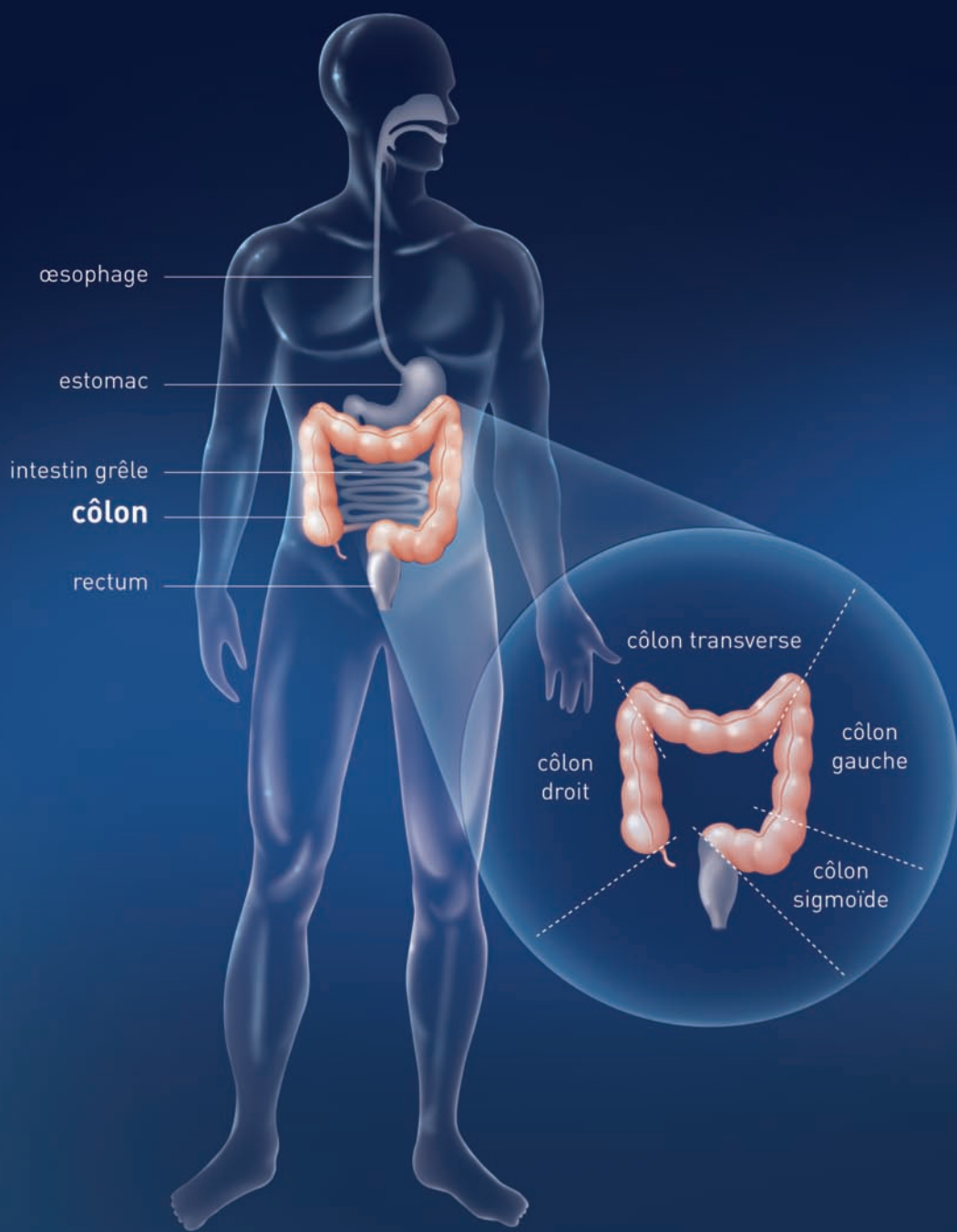


Sommaire

1. Un cancer du côlon, qu'est-ce que c'est ?	09
2. Les traitements du cancer du côlon	13
2.1 Le choix de vos traitements en pratique	13
2.2 Les traitements possibles en fonction de l'étendue du cancer	15
2.3 Participer à un essai clinique	17
2.4 La prise en charge de la qualité de vie	18
2.5 Le suivi pendant les traitements	19
3. La chirurgie	21
3.1 Comment se préparer à l'intervention ?	21
3.2 Les voies d'abord ou comment accéder à la tumeur	22
3.3 Comment se déroule l'intervention ?	23
3.4 Que se passe-t-il après l'intervention ?	28
3.5 Quels sont les effets secondaires possibles ?	29
4. Les médicaments anticancéreux : chimiothérapie et thérapies ciblées	33
4.1 Dans quels cas un traitement médical est-il indiqué ?	34
4.2 Quels sont les médicaments anticancéreux utilisés ?	34
4.3 Comment se déroule le traitement en pratique ?	35
4.4 Quels sont les effets secondaires possibles ?	37
5. Les professionnels et leur rôle	43
5.1 Les médecins	43
5.2 Les intervenants paramédicaux	45
5.3 Les autres intervenants	45

6.	Questions de vie quotidienne	47
6.1	Qu'est-ce que l'ALD ?	47
6.2	La vie professionnelle pendant les traitements	48
6.3	Les aides à domicile	48
6.4	Bénéficier d'un soutien psychologique	49
6.5	Les proches	50
7.	Ressources utiles	51
7.1	La plateforme Cancer info	51
7.2	Les associations	52
8.	Glossaire	53
	 Annexe : les examens du bilan diagnostique	 58
	Méthode et références	62

Le côlon dans le tube digestif et ses différents segments



1. Un cancer du côlon, qu'est-ce que c'est ?

Un cancer du côlon est une maladie des cellules qui tapissent l'intérieur du côlon. Il se développe à partir d'une cellule initialement normale qui se transforme et se multiplie de façon anarchique.

Le côlon fait partie du tube digestif. Il est situé dans l'abdomen, entre l'intestin grêle et le rectum. Il mesure environ 1,5 mètre de long. Il a pour fonction principale de fabriquer les matières fécales. Après la digestion, l'intestin grêle transmet au côlon les déchets alimentaires sous forme liquide. Le côlon absorbe l'eau de ces déchets. Au fur et à mesure que les selles progressent dans le côlon, elles deviennent de plus en plus solides. Les selles passent ensuite dans le rectum avant d'être évacuées par l'anus.

Le côlon se divise en quatre segments :

- le côlon droit ou côlon ascendant ;
- le côlon transverse ;
- le côlon gauche ou côlon descendant ;
- le côlon sigmoïde, dernière portion du côlon avant le rectum.

Un cancer peut se développer dans n'importe quelle portion du côlon.

La paroi du côlon est constituée de quatre couches différentes (voir illustration page 10) :

- la muqueuse (couche la plus interne) ;
- la sous-muqueuse ;
- la musculieuse (deux couches de muscles) ;
- la séreuse (couche externe) qui constitue une partie du péritoine*.

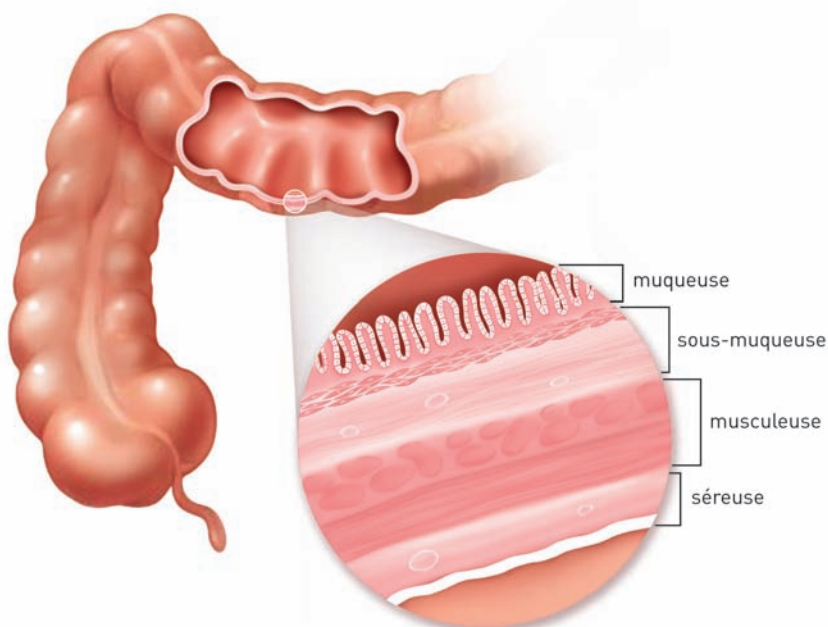
Lorsqu'un cancer apparaît, les cellules cancéreuses sont d'abord peu nombreuses et limitées à la première couche du côlon, la muqueuse. On parle de cancer *in situ*. Avec le temps et si aucun traitement n'est effectué, la tumeur* s'étend plus profondément à l'intérieur de la paroi du côlon, à travers les autres couches. On parle alors de cancer invasif.

Des cellules cancéreuses peuvent ensuite se détacher de la tumeur et emprunter les vaisseaux sanguins ou lymphatiques* pour aller envahir d'autres parties du corps :

- les ganglions* lymphatiques proches du côlon ;
- le foie, les poumons ou le péritoine. Les nouvelles tumeurs qui se forment alors s'appellent des métastases.

Au moment du diagnostic, les médecins étudient l'étendue du cancer afin de proposer le ou les traitements les mieux adaptés.

Les différentes couches de la paroi du côlon



QUELQUES CHIFFRES

Le cancer du côlon est une maladie fréquente. Il touche près de 22 000 nouvelles personnes chaque année, un peu plus d'hommes (53 %) que de femmes (47 %). Dans plus de 9 cas sur 10, il survient chez des personnes âgées de plus de 50 ans. La plupart du temps, les cancers du côlon se développent à partir d'une tumeur bénigne (non cancéreuse) appelée polype adénomateux ou adénome. Ces tumeurs bénignes sont très fréquentes et restent généralement sans gravité. Mais 2 à 3 % d'entre elles se développent, grossissent et finissent par se transformer en cancer. Cette transformation est lente, elle prend en moyenne plus de 10 ans.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

Où le cancer est-il situé exactement ?

Quelles sont ses caractéristiques ?

Connait-on son étendue ?

2. Les traitements du cancer du côlon

LE CHOIX DE VOS TRAITEMENTS EN PRATIQUE
 LES TRAITEMENTS POSSIBLES EN FONCTION DE L'ÉTENDUE DU CANCER
 PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE
 LA PRISE EN CHARGE DE LA QUALITÉ DE VIE
 LE SUIVI PENDANT LES TRAITEMENTS

Deux types de traitements sont utilisés pour traiter les cancers du côlon : la chirurgie et les traitements médicamenteux (chimiothérapies et thérapies ciblées*). Ces traitements peuvent être utilisés seuls ou associés les uns aux autres. Ils peuvent avoir pour objectifs, selon les cas :

- de supprimer la tumeur* ou les métastases* ;
- de réduire le risque de récidive* ;
- de ralentir le développement de la tumeur ou des métastases.

2.1 LE CHOIX DE VOS TRAITEMENTS EN PRATIQUE

Le choix de vos traitements est adapté à votre cas personnel

Le choix de vos traitements dépend des caractéristiques du cancer dont vous êtes atteint : l'endroit où il est situé, son type et son stade, c'est-à-dire son degré d'extension. Ces caractéristiques sont déterminées grâce aux examens du bilan diagnostique (voir en annexe le tableau « Les examens du bilan diagnostique », page 58). Votre âge, vos antécédents* médicaux et chirurgicaux, votre état de santé global, ainsi que vos avis et vos préférences sont également pris en compte dans le choix de vos traitements.

Le choix de vos traitements fait l'objet d'une concertation pluridisciplinaire

La prise en charge de votre cancer relève de plusieurs spécialités médicales. Votre situation est donc discutée au cours d'une réunion appelée réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Cette réunion rassemble au moins trois médecins de spécialités différentes : gastroentérologue, chirurgien, oncologue médical, pathologiste... (voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 43). Compte tenu

de votre situation particulière et en s'appuyant sur des outils d'aide à la décision appelés recommandations*, les médecins établissent une proposition de traitements. Ils peuvent aussi vous proposer de participer à un essai clinique*.

Le choix de vos traitements est déterminé en accord avec vous

Cette proposition de traitement est ensuite discutée avec vous lors d'une consultation spécifique, appelée consultation d'annonce. Lors de cette consultation, le médecin qui vous prend en charge vous explique les caractéristiques de votre maladie, les traitements proposés, les bénéfices attendus et les effets secondaires possibles.

Cette consultation est importante. Il peut être utile de vous y faire accompagner par l'un de vos proches. Prenez le temps de vous assurer que vous avez bien compris et n'hésitez pas à poser toutes vos questions.

Après avoir donné votre accord sur la proposition de traitement, ses modalités sont décrites dans un document appelé programme personnalisé de soins (PPS). Ce document comporte les dates de vos différents traitements, leur durée, ainsi que les coordonnées des différents membres de l'équipe soignante. Le programme peut évoluer au fur et à mesure de votre prise en charge en fonction de votre état de santé et de vos réactions aux traitements.

Après cette consultation avec le médecin, une consultation avec un autre membre de l'équipe soignante, le plus souvent une infirmière, vous est proposée, à vous et à vos proches. Vous pouvez ainsi revenir sur les informations qui vous ont été données par le médecin, vous les faire expliquer à nouveau, poser d'autres questions. L'infirmière évalue aussi vos besoins en soins et soutiens complémentaires (sur le plan social ou psychologique par exemple) et vous oriente si besoin vers les professionnels concernés.

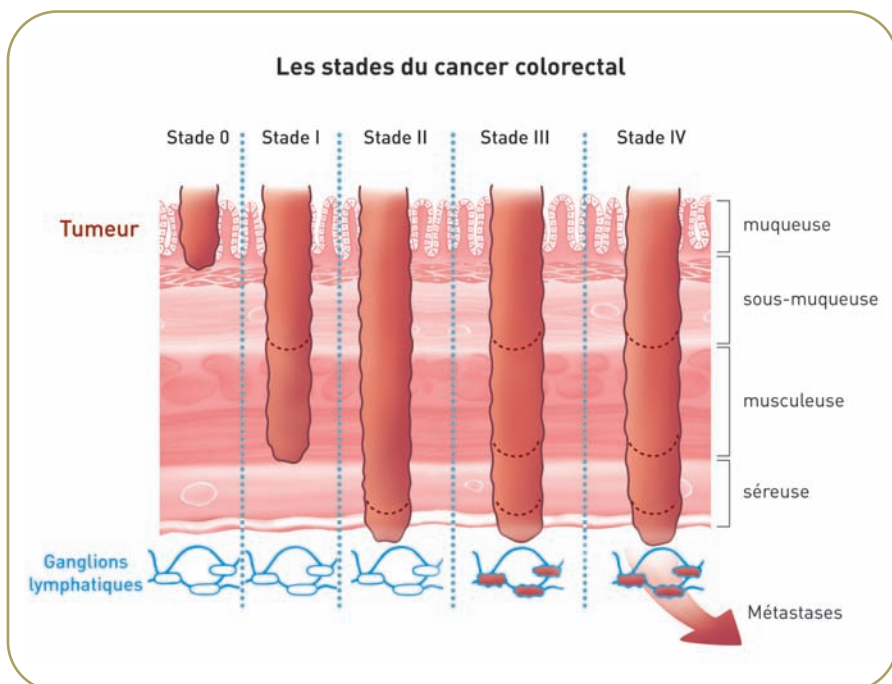
2.2 LES TRAITEMENTS POSSIBLES EN FONCTION DE L'ÉTENDUE DU CANCER

Le choix et l'ordre des traitements dépendent notamment de l'étendue du cancer au moment du diagnostic. Pour évaluer l'étendue du cancer, les médecins prennent en compte :

- la profondeur de la tumeur dans la paroi du côlon ;
- l'atteinte ou non des ganglions* lymphatiques par des cellules cancéreuses et le nombre de ganglions touchés le cas échéant ;
- la présence ou non de métastases dans d'autres parties du corps.

Ces trois critères permettent de déterminer ce qu'on appelle le stade du cancer, c'est-à-dire son degré d'extension. Il existe cinq stades différents, numérotés de 0 à IV :

- les stades 0, I et II correspondent aux cancers limités au côlon ;
- le stade III correspond aux cancers qui ont atteint un ou plusieurs ganglions proches du côlon ;
- le stade IV correspond aux cancers qui présentent des métastases.



Le tableau qui suit présente les possibilités de traitements en fonction de l'étendue du cancer au moment du diagnostic.

Étendue de la maladie au moment du diagnostic	Possibilités de traitements
Le cancer est limité au côlon. Aucun ganglion n'est touché et il n'y a pas de métastases.	■ Chirurgie : la partie du côlon atteinte et les ganglions qui en dépendent sont retirés. ■ Dans certains cas, une chimiothérapie peut être envisagée en complément de la chirurgie, notamment si la tumeur présente des caractéristiques agressives.
Des cellules cancéreuses ont atteint un ou plusieurs ganglions lymphatiques proches du côlon, mais il n'y a pas de métastases.	■ Chirurgie : la partie du côlon atteinte et les ganglions qui en dépendent sont retirés. ■ Chimiothérapie adjuvante* (c'est-à-dire après la chirurgie) recommandée. Elle a pour but de réduire le risque de récurrence.
Le cancer a envahi d'autres organes sous la forme d'une ou plusieurs métastases.	■ Chirurgie : deux interventions peuvent être envisagées ; la première pour retirer la portion du côlon atteinte, la deuxième pour retirer la ou les métastases. Parfois, une même intervention permet de retirer à la fois la <u>tumeur primitive*</u> du côlon et la ou les métastases. Dans d'autres cas, il n'est pas possible d'opérer. ■ Chimiothérapie : elle est réalisée soit entre les deux chirurgies pour réduire la taille des métastases et faciliter l'intervention qui consiste à les enlever (on parle d'exérèse), soit en traitement principal si le cancer ne peut pas être opéré. ■ Thérapie ciblée : d'autres médicaments anticancéreux peuvent être associés à la chimiothérapie (voir anticorps monoclonaux page 33).

2.3 PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE

Au cours de votre prise en charge, il peut vous être proposé de participer à un essai clinique. Les essais cliniques sont des études scientifiques menées avec des patients. Leur objectif est de rechercher de meilleures modalités de prise en charge du cancer, notamment en termes de traitement ou de qualité de vie.

Les essais cliniques sont indispensables pour faire avancer la recherche. Ils sont en effet le seul moyen fiable de prouver qu'un traitement est plus efficace qu'un autre. C'est grâce à la recherche clinique que des progrès sont sans cesse réalisés en matière de traitements contre les cancers. En outre, un essai clinique peut vous permettre de bénéficier d'un nouveau traitement.

Le cancer du côlon fait l'objet de nombreuses études qui visent notamment :

- à tester de nouveaux traitements anticancéreux (médicaments de chimiothérapie ou de thérapie ciblée) ;
- à évaluer différentes façons d'utiliser les traitements existants, notamment pour améliorer leur efficacité ou réduire leurs effets secondaires ;
- à comparer l'efficacité des médicaments utilisés pour soulager les symptômes (médicaments contre la douleur par exemple).

Si le traitement administré dans le cadre de l'essai clinique ne vous aide pas, le médecin peut décider d'y mettre fin et vous proposer un autre traitement. À tout moment, vous pouvez également décider, de vous-même, de quitter un essai clinique.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter le guide Cancer info *Les essais cliniques en cancérologie : les réponses à vos questions*. Pour connaître les essais cliniques en cours sur le cancer du côlon, consultez le registre des essais cliniques sur www.e-cancer.fr.

2.4 LA PRISE EN CHARGE DE LA QUALITÉ DE VIE

Votre prise en charge est globale. En plus des traitements spécifiques contre le cancer du côlon (chirurgie, traitements médicaux), des soins et soutiens complémentaires peuvent être nécessaires pour traiter les conséquences de la maladie et de ses traitements : douleurs, fatigue, troubles alimentaires, troubles psychologiques, problèmes sociaux...

Ces soins, appelés soins de support, sont assurés par l'ensemble de l'équipe soignante ou, parfois, par des professionnels spécialisés (spécialiste de la douleur, assistant social, stomathérapeute, diététicien, psychologue...).

Les soins de support comprennent notamment :

- l'évaluation et le traitement des effets secondaires de la chimiothérapie et des autres traitements médicamenteux ;
- l'évaluation et le traitement de la douleur, qu'elle soit due au cancer ou aux traitements du cancer ;
- l'accès à une consultation diététique en cas de troubles de l'alimentation ;
- la possibilité pour vous et vos proches de rencontrer un psychologue ;
- la possibilité de rencontrer un assistant social pour vous aider dans vos démarches administratives et personnelles.

Les soins de support font partie intégrante de votre prise en charge. Ils ne sont ni secondaires, ni optionnels. Ils visent à vous assurer la meilleure qualité de vie possible. N'hésitez pas à parler à votre médecin et aux autres membres de l'équipe soignante de la façon dont vous vivez la maladie et les traitements. Cela leur permet de vous apporter les soins et soutiens nécessaires et de vous orienter au mieux.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter les guides *Douleur et cancer*, *Fatigue et cancer*, *Démarches sociales et cancer*, *Vivre pendant et après un cancer*.

QUE PENSER DES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES ?

Homéopathie, plantes, vitamines, acupuncture, massages, ostéopathie... De nombreux patients ont recours à des médecines complémentaires, appelées aussi médecines douces, parallèles ou alternatives. Ils en attendent souvent un soutien pour mieux supporter les traitements.

Si ces médecines peuvent soulager, elles ne peuvent en aucun cas remplacer les traitements habituels du cancer. Certaines peuvent avoir des effets secondaires ou interagir avec les traitements prescrits par le médecin qui vous prend en charge pour votre cancer. Il est important d'en parler avec lui.

2.5 LE SUIVI PENDANT LES TRAITEMENTS

Des consultations médicales régulières

Après la chirurgie et tout au long de la chimiothérapie, des consultations avec le médecin qui vous prend en charge permettent d'évaluer l'efficacité du traitement et la façon dont vous le supportez. Il est important de signaler tous les effets secondaires que vous ressentez afin qu'il puisse les traiter ou vous donner des conseils pour les limiter.

Des analyses de sang

Après la chirurgie et pendant la chimiothérapie, des analyses de sang sont réalisées régulièrement. En comparant les résultats des analyses réalisées avant et pendant les traitements, le médecin peut repérer des signes d'amélioration ou de dégradation de votre état de santé.

Des examens d'imagerie

Les examens d'imagerie (scanner*, échographie*, radiographie*) permettent de surveiller l'évolution de la tumeur ou des métastases. Pendant la chimiothérapie par exemple, ces examens permettent de déterminer si la tumeur et les métastases ont diminué de volume, si elles sont restées stables ou si elles ont progressé (en taille et en nombre).

Une coloscopie

Si vous n'avez pas eu de coloscopie* complète avant la chirurgie (à cause d'une occlusion* par exemple), celle-ci doit être réalisée dans les 6 mois qui suivent l'intervention. Elle permet de vérifier l'absence de polypes* ou de zones suspectes qui pourraient nécessiter de nouveaux traitements.

Tout au long de votre prise en charge, si l'un des traitements n'a pas les effets escomptés ou si vous le supportez mal, un autre traitement vous sera proposé.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

Quels sont les traitements préconisés dans mon cas ? Pourquoi ?

Quels sont les objectifs de chacun de ces traitements ?

Quels en sont les effets secondaires ?

Où et quand se déroulent les traitements ?

Avec quels médecins/équipes médicales ?

Comment suis-je suivi pendant les traitements ?

3. La chirurgie

COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?
 LES VOIES D'ABORD OU COMMENT ACCÉDER À LA TUMEUR
 COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?
 QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ?
 QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES DE L'INTERVENTION ?

La chirurgie est le traitement principal du cancer du côlon. Elle consiste à enlever la portion du côlon atteinte par la tumeur* et le réseau de ganglions* correspondant (on parle de curage ganglionnaire). Suivant la localisation et l'étendue de la tumeur, une portion plus ou moins grande du côlon est retirée. Le côlon n'étant pas un organe vital, il est possible de vivre normalement même si on en enlève une grande partie, voire la totalité.

3.1 COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?

Deux consultations sont programmées quelques jours avant l'intervention.

La consultation avec le chirurgien

Le chirurgien vous explique les objectifs de l'opération, la technique qu'il va utiliser, les suites et les complications possibles. Il vous parle également de l'éventualité où une colostomie* (appelée aussi anus artificiel) serait nécessaire (voir page 25). Cette consultation vous donne l'occasion de poser toutes les questions que vous avez au sujet de l'intervention.

Lors de cette consultation, le chirurgien peut vous demander votre accord pour qu'un échantillon de la tumeur fasse l'objet d'une analyse génétique ou soit conservé après l'opération dans une tumorothèque (bibliothèque de tumeurs). Ce type d'échantillon peut servir à des recherches, notamment sur les causes du cancer du côlon.

La consultation avec l'anesthésiste

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. La consultation avec l'anesthésiste permet d'évaluer les risques liés à l'anesthésie, en prenant en compte vos antécédents* médicaux et chirurgicaux.

Il est important de signaler tout problème de santé, en particulier les allergies (asthme, eczéma, rhume des foins, etc.), les problèmes cardiaques (hypertension par exemple), la prise de médicaments, en particulier anticoagulants* et aspirine, et la consommation de tabac.

Il est prouvé que l'arrêt du tabac quelques semaines avant une intervention réduit les complications postopératoires.

Des antibiotiques pour réduire le risque d'infection

Le côlon est l'organe qui contient le plus de bactéries. Leur présence est normale et elles sont inoffensives à l'intérieur de l'intestin. Mais si elles se déplacent dans la cavité abdominale, suite à une coupure ou à une perforation de l'intestin, elles peuvent engendrer une infection grave (péritonite*). Afin de réduire ce risque pendant et après l'intervention, des antibiotiques sont généralement administrés en même temps que les produits anesthésiques.

Préparation du côlon

La chirurgie réalisée « à froid », c'est-à-dire pas en urgence, a longtemps impliqué une préparation du côlon, appelée aussi purge colique, comme celle réalisée avant une coloscopie*. Des études récentes ayant montré qu'elle n'est pas indispensable, cette préparation est de moins en moins souvent réalisée.

3.2 LES VOIES D'ABORD OU COMMENT ACCÉDER À LA TUMEUR

Une voie d'abord désigne le chemin utilisé pour accéder à l'organe ou à la zone à opérer. Deux voies d'abord peuvent être utilisées pour opérer un cancer du côlon : la laparotomie ou la coelioscopie.

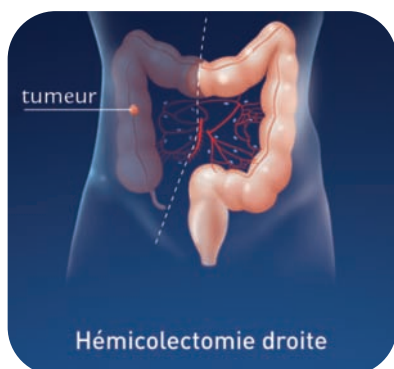
La **laparotomie** consiste à ouvrir le ventre pour accéder aux organes (opération à ventre ouvert). Le chirurgien fait une incision verticale d'une vingtaine de centimètres sur l'abdomen, en partant du dessus du nombril qu'il contourne, jusqu'au bas du ventre. Cette technique permet au chirurgien d'observer et de palper minutieusement toute la cavité abdominale avant de retirer la portion du côlon malade.

La **coéloscopie** (ou laparoscopie) est une technique chirurgicale plus récente, à ventre fermé. Au lieu d'ouvrir l'abdomen, le chirurgien réalise trois ou quatre petites incisions. Ces incisions lui permettent de passer une petite caméra ainsi que ses instruments chirurgicaux à l'intérieur de l'abdomen. La caméra est reliée à un écran extérieur et le chirurgien opère en regardant l'écran. La coéloscopie apporte des bénéfices à court terme comme diminuer la douleur et les complications après l'intervention, permettre une reprise plus précoce du transit, réduire la durée d'hospitalisation ou encore préserver la paroi abdominale avec un bénéfice esthétique (pas de grande cicatrice). À long terme, elle entraîne un risque moins important d'occlusion* intestinale et d'éventration de la paroi abdominale. Elle est aussi efficace que la laparotomie pour enlever la portion de côlon malade.

Le choix de l'une ou l'autre de ces techniques dépend des caractéristiques du cancer (taille et localisation de la tumeur) ainsi que des habitudes et de l'expérience de l'équipe chirurgicale.

3.3 COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

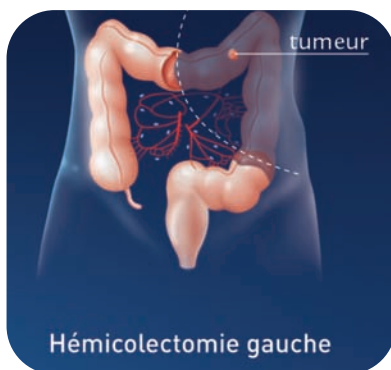
L'intervention se déroule de la même façon par laparotomie ou par coéloscopie. Elle commence par une phase d'observation pendant laquelle le chirurgien examine le côlon et la cavité abdominale afin de confirmer l'absence d'extension locorégionale de la tumeur et l'absence de métastase* au niveau du foie.



Après cette phase d'observation, le chirurgien retire le segment du côlon où se situe la tumeur, ainsi que la partie du mesocôlon, le tissu grasseux qui contient les vaisseaux sanguins et les ganglions, reliée à ce segment. Ainsi :

- si la tumeur est située dans la moitié droite du côlon, le chirurgien retire le côlon droit et la moitié droite du côlon transverse. C'est ce qu'on appelle une **hémicolectomie droite** ;

- si la tumeur est située dans la moitié gauche du côlon, le chirurgien enlève le côlon gauche et la moitié gauche du côlon transverse. On parle d'**hémicolectomie gauche** ;



- si la tumeur est située dans la dernière portion du côlon, juste avant le rectum, le chirurgien retire le côlon sigmoïde. On parle de **sigmoïdectomie**.

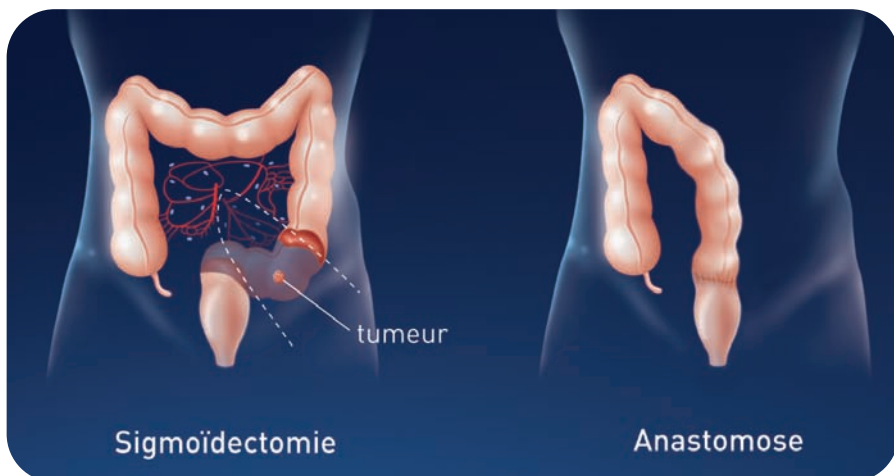


Dans des cas plus rares, la totalité du côlon est enlevée (colectomie totale).

L'objectif de la chirurgie est de réaliser l'ablation de la tumeur du côlon en obtenant des marges de la paroi du côlon saines et un curage ganglionnaire satisfaisant. En effet, la qualité de l'exérèse chirurgicale est un facteur pronostique de récidive* locale et de survie.

Pour cette raison, dans tous les cas, une portion saine du côlon (au moins 5 centimètres) doit être retirée de part et d'autre de la tumeur pour assurer une marge de sécurité et réduire le risque de récidive.

Une fois la portion du côlon atteinte enlevée, le chirurgien réalise une anastomose, c'est-à-dire qu'il recoud les deux extrémités du côlon, à l'aide de fils ou de pinces mécaniques. Cette étape de l'intervention permet de reformer le conduit intestinal et de rétablir la continuité digestive.



Quand une stomie est-elle nécessaire ?

Une stomie ou « anus artificiel » correspond au raccordement du tube digestif (intestin grêle ou côlon) à la peau. Les selles sont alors recueillies dans une poche spéciale collée sur le ventre autour de la stomie. Le plus souvent temporaire, la stomie est indiquée dans deux cas :

- le chirurgien décide de ne pas réaliser tout de suite la couture entre les deux segments digestifs, car il existe trop d'inflammation dans l'abdomen et le risque de non cicatrisation de la couture est trop important. Il réalise alors le plus souvent une colostomie, c'est-à-dire qu'il suture l'extrémité du côlon à la peau ;
- le chirurgien réalise une couture entre le côlon gauche et le rectum par exemple après résection du côlon sigmoïde, mais la couture semble fragile. Il peut réaliser une iléostomie, c'est-à-dire qu'il va raccorder la partie terminale du petit intestin (l'iléon) à la peau pour dériver de manière temporaire les selles afin d'éviter leur passage au niveau de la zone de suture.

Après un délai variant de 6 à 12 semaines, une nouvelle opération est programmée pour refermer la stomie, reformer le circuit intestinal et permettre ainsi d'évacuer à nouveau les selles par la voie naturelle. C'est ce qu'on appelle le rétablissement de la continuité intestinale.

Pour en savoir plus sur la stomie, consultez les fiches « Stomie » sur www.e-cancer.fr/cancer-info

Comment se déroule l'intervention chirurgicale en cas de métastases ?

Certaines métastases peuvent être retirées par chirurgie. On dit alors qu'elles sont résécables. Le déroulement de l'intervention dépend de la localisation et du nombre de métastases.

Si les métastases sont situées au niveau du péritoine* et qu'elles sont peu nombreuses et très localisées, elles peuvent être retirées en même temps que la tumeur primitive*.

Si les métastases sont situées au niveau du foie, elles sont parfois retirées en même temps que la tumeur primitive, mais le plus souvent une deuxième intervention est programmée 2 ou 3 mois plus tard pour les retirer. Dans ce cas, une chimiothérapie est proposée entre les deux opérations pour faire diminuer la taille des métastases et faciliter leur exérèse, autrement dit leur retrait. L'intervention consiste à retirer la partie du foie malade. Le foie se régénère ensuite, ce qui permet d'en retirer une partie importante.

En cas de métastases résécables au niveau des poumons, l'intervention chirurgicale est toujours réalisée en deux temps avec une chimiothérapie entre les deux opérations.

Si les métastases ne sont pas opérables en raison de leur nombre ou de leur inaccessibilité, des traitements médicaux sont proposés (chimiothérapie et thérapie ciblée*, voir page 33).

Cas particulier : la chirurgie en cas d'occlusion intestinale

Parfois, le cancer du côlon est découvert à cause d'une occlusion intestinale : en grossissant, la tumeur bloque le passage des selles et des gaz à l'intérieur du côlon. Cela provoque des douleurs abdominales, des vomissements et un arrêt total ou partiel des selles et des gaz. Le côlon augmente de volume et, en l'absence de traitement, peut finir par se perforer.

L'occlusion nécessite le plus souvent une intervention chirurgicale réalisée en urgence. Selon les cas, cette intervention consiste :

- soit à réaliser une colostomie temporaire afin de dériver les selles et de décompresser rapidement le côlon en évacuant les gaz et les selles. Une deuxième intervention est programmée une semaine plus tard « à froid » pour retirer la tumeur, refermer la stomie et rétablir la continuité digestive ;
- soit à retirer d'emblée la tumeur en enlevant la portion du côlon atteinte. Pendant l'intervention, le chirurgien réalise un lavage du reste du côlon et rétablit le circuit digestif si le côlon n'est pas trop abîmé. Si le côlon a été trop abîmé, il réalise une colostomie temporaire. Dans ce dernier cas, une autre intervention chirurgicale est programmée quelques mois plus tard pour refermer la stomie et rétablir le circuit intestinal ;
- soit à réaliser une résection de tout le côlon. Cela peut être envisagé, par exemple, dans le cas d'une tumeur du côlon gauche qui provoque une distension du côlon droit trop importante avec des lésions à la limite de la perforation. La colectomie est alors réalisée et le rétablissement du circuit consiste en une couture entre la partie terminale de l'intestin grêle (iléon) et la partie haute du rectum.

Pour éviter une intervention chirurgicale en urgence et une stomie, l'occlusion est de plus en plus fréquemment traitée par la mise en place d'une prothèse colique. Il s'agit d'un petit tube métallique qui est passé par l'anus et placé à l'intérieur du côlon au cours d'une coloscopie, sous anesthésie générale. Une fois en place, la prothèse plaque la tumeur contre la paroi du côlon, ce qui libère le passage des selles. Quelques semaines plus tard, une intervention chirurgicale est réalisée pour retirer, « à froid » et en même temps, la tumeur et la prothèse.

3.4 QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ?

À votre réveil

Une fois l'intervention terminée, vous êtes amené en salle de réveil où l'équipe médicale s'assure que votre réveil de l'anesthésie se passe bien.

Comme après toute intervention chirurgicale, des douleurs sont fréquentes dans la zone opérée. Elles sont systématiquement traitées, généralement par de la morphine ou l'un de ses dérivés (opioïde*). Si vous n'êtes pas suffisamment soulagé, signalez-le sans tarder à l'équipe médicale afin que le traitement soit adapté.

Le plus souvent, vous réintégrez votre chambre le soir de l'intervention.

Une sonde nasogastrique (petit tuyau qui passe par le nez et rejoint l'estomac) placée pendant l'intervention permet d'évacuer les sécrétions de l'estomac. Elle est le plus souvent retirée le soir même. Rapidement, une alimentation liquide puis solide vous est proposée.

Un drain (petit tuyau) est parfois mis en place dans l'abdomen pendant l'intervention. Il permet d'évacuer les liquides et les sécrétions (sang, lymphe*) qui peuvent s'accumuler au niveau de la zone opérée. Ce drain est retiré sur décision du chirurgien, souvent vers le quatrième jour après l'opération.

Une sonde urinaire peut également être mise en place pendant l'intervention pour permettre un contrôle du fonctionnement des reins.

Enfin, pour éviter une phlébite*, un médicament anticoagulant vous est prescrit et les médecins vous demanderont de vous lever assez rapidement après l'intervention. De plus, le port de bas de contention est fréquemment préconisé après l'opération.

La durée d'hospitalisation

La durée d'hospitalisation est d'environ 7 jours. Elle varie cependant en fonction de l'intervention pratiquée, de la façon dont vous l'avez supportée et de votre état de santé général.

Si vous en avez besoin, un séjour en maison de convalescence peut vous aider à récupérer. Renseignez-vous auprès de l'équipe soignante pour obtenir les adresses et savoir comment vous organiser.

Les analyses de la tumeur

Tout ce qui est retiré lors de l'intervention chirurgicale est envoyé dans le service d'anatomopathologie* pour être analysé. On parle d'examen anatomopathologique. Il est réalisé par un médecin spécialiste appelé pathologiste. Cet examen consiste à observer minutieusement à l'œil nu, puis au microscope les tissus prélevés afin de déterminer jusqu'où les cellules cancéreuses se sont propagées. Le pathologiste analyse la portion du côlon retirée. Il vérifie notamment si les parties du côlon situées de part et d'autre de la tumeur (marge de sécurité) contiennent ou non des cellules cancéreuses. Il analyse également les vaisseaux sanguins, les vaisseaux lymphatiques* et les ganglions qui entouraient cette portion du côlon. C'est grâce à cet examen que le stade* du cancer est défini et que les médecins peuvent décider si une chimiothérapie est nécessaire ou non après la chirurgie.

Une recherche génétique est parfois réalisée sur le tissu cancéreux afin de connaître plus précisément ses caractéristiques. Cette recherche peut être utile pour choisir les médicaments à utiliser si un traitement médical est prévu après la chirurgie.

3.5 QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

La principale complication après une chirurgie du côlon est la fistule anastomotique. Il s'agit du défaut de cicatrisation de l'anastomose, c'est-à-dire de la suture entre les deux parties restantes du côlon. Survenant habituellement une semaine après l'opération, cette complication se manifeste le plus souvent par de la fièvre avec des douleurs abdominales et un arrêt du transit digestif. Le diagnostic est fait par un scanner* abdominal qui précise la gravité : du simple abcès autour de l'anastomose à la péritonite. Le traitement varie en fonction de la gravité : de la mise sous antibiotiques à la réintervention chirurgicale.

Les autres complications chirurgicales possibles sont les complications hémorragiques intra-abdominales (rares) et les abcès de paroi (traités le plus souvent par des soins infirmiers locaux).

Les autres complications possibles sont l'infection urinaire (liée au sondage urinaire), les complications pulmonaires (pneumopathie) et la phlébite.

Par ailleurs, des douleurs peuvent persister pendant quelques semaines après l'opération. Vous aurez donc un traitement antidouleur (antalgique) à prendre jusqu'à ce qu'elles aient totalement disparu. Une fatigue peut également être ressentie ; elle est due notamment à l'anesthésie, aux pertes de sang ou encore à l'anxiété avant et après l'opération.

Après l'opération, des troubles du transit intestinal sont fréquents : diarrhée, constipation, augmentation du nombre de selles. Ces troubles sont variables selon les personnes et selon la portion du côlon qui a été enlevée :

- plus la portion du côlon enlevée est importante, plus les selles sont molles ; si le côlon a été entièrement retiré (colectomie totale), des diarrhées sont importantes les premiers mois et diminuent ensuite ;
- si le côlon droit a été enlevé, les selles sont plus molles que si c'est le côlon sigmoïde (juste avant le rectum).

Ces troubles s'améliorent le plus souvent au cours de la première année. Un régime alimentaire équilibré peut vous aider à retrouver un transit intestinal normal. Il faut éviter les aliments favorisant les diarrhées (jus de fruits frais, céréales complètes, sauces ou fritures...) ou la constipation (riz, tapioca...). En cas de troubles, vous pouvez rencontrer un diététicien qui vous aidera à adapter votre alimentation.

Des ordonnances vous sont remises avant votre sortie de l'hôpital pour soulager ou prévenir les éventuels effets secondaires. Un rendez-vous est également fixé quelques semaines plus tard avec le chirurgien afin qu'il vérifie si les suites de l'intervention sont normales. N'hésitez pas à contacter votre chirurgien ou votre médecin traitant entre-temps si vous ressentez des douleurs importantes non soulagées par les médicaments ou si vous observez des symptômes tels qu'une rougeur locale, une fièvre inexpliquée, un arrêt total des selles et des gaz ou des sécrétions au niveau de la cicatrice.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

Comment l'opération va-t-elle se dérouler ?

Quels en sont les risques ?

Comment puis-je me préparer au mieux ?

À quoi dois-je m'attendre après l'opération ?

4. Les médicaments anticancéreux : chimiothérapie et thérapies ciblées

DANS QUELS CAS UN TRAITEMENT MÉDICAL EST-IL INDICQUÉ ?

QUELS SONT LES MÉDICAMENTS ANTICANCÉREUX UTILISÉS ?

COMMENT SE DÉROULE LE TRAITEMENT EN PRATIQUE ?

QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES DES TRAITEMENTS MÉDICAUX ?

Plusieurs types de médicaments anticancéreux sont utilisés pour traiter les cancers du côlon : des médicaments de chimiothérapie et de thérapie ciblée*. On les regroupe sous le nom de traitements médicaux.

Il s'agit de traitements généraux (appelés aussi traitements systémiques) qui agissent dans l'ensemble du corps. Cela permet d'atteindre les cellules cancéreuses quelle que soit leur localisation, même si elles sont isolées et n'ont pas été détectées lors du diagnostic.

La chimiothérapie et les thérapies ciblées n'ont pas le même mode d'action :

- les médicaments de chimiothérapie agissent sur les mécanismes de la division cellulaire ;
- les thérapies ciblées bloquent des mécanismes spécifiques des cellules cancéreuses.

Les médicaments de thérapie ciblée utilisés actuellement dans le traitement des cancers du côlon font partie de la famille des **anticorps monoclonaux** (voir encadré).

QU'EST-CE QU'UN ANTICORPS MONOCLONAL ?

Les anticorps sont des protéines fabriquées par le système de défense de l'organisme (système immunitaire). Leur rôle est de repérer et de neutraliser certaines substances étrangères comme les virus ou les bactéries. Pour les neutraliser, l'anticorps se fixe sur la substance étrangère (antigène) qui est ensuite éliminée par le système immunitaire.

Les anticorps monoclonaux sont des anticorps produits en laboratoire, à partir d'un clone de cellule (d'où le terme monoclonal). Grâce à la recherche médicale, des anticorps monoclonaux « anti-cancer » ont pu être fabriqués. Ces anticorps ont la capacité de repérer et de bloquer certains mécanismes spécifiques des cellules cancéreuses.

4.1 DANS QUELS CAS UN TRAITEMENT MÉDICAL EST-IL INDIQUÉ ?

Les traitements médicaux ne sont pas systématiques. Leur utilité et leur efficacité dépendent du stade du cancer, c'est-à-dire de son étendue.

Ainsi :

- pour les cancers localisés, la chirurgie peut suffire à elle seule à guérir le cancer. Le risque de propagation des cellules cancéreuses est très faible à ce stade et les traitements médicaux ne sont généralement pas utiles. Dans certains cas, une chimiothérapie peut être envisagée en complément de la chirurgie, notamment si la tumeur* présente des caractéristiques agressives ;
- si des ganglions* sont atteints par des cellules cancéreuses, une chimiothérapie est recommandée après la chirurgie. On parle de chimiothérapie adjuvante*. Elle a pour but de réduire le risque de récidive* et d'améliorer les chances de guérison ;
- pour les cancers présentant des métastases*, la chimiothérapie, associée ou non à des anticorps monoclonaux, est préconisée. Selon les cas, elle peut être administrée après la chirurgie, entre deux opérations, ou comme traitement principal si aucune chirurgie n'est possible.

4.2 QUELS SONT LES MÉDICAMENTS ANTICANCÉREUX UTILISÉS ?

Neuf médicaments sont actuellement utilisés pour traiter les cancers du côlon.

Chimiothérapie	Anticorps monoclonaux
5-fluoro-uracile (5FU). Forme injectable	Bevacizumab (Avastin®). Forme injectable
Capécitabine, 5FU en forme orale	Cetuximab (Erbix®). Forme injectable
Tégafur uracile (UFT), dérivé du 5FU. Forme orale	Panitumumab (Vectibix®). Forme injectable
Oxaliplatine. Forme injectable	
Irinotécan. Forme injectable	
Raltitrexed. Forme injectable	
Pour les anticorps monoclonaux, le nom indiqué entre parenthèses correspond au nom de commercialisation du médicament.	

Un médicament peut être employé seul (monothérapie) ou, le plus souvent, en association avec d'autres médicaments (polythérapie). Une association de plusieurs médicaments de chimiothérapie correspond à ce que l'on appelle un schéma ou un protocole de chimiothérapie.

Les médicaments employés, les doses administrées ainsi que le rythme des cures* varient d'une personne à l'autre, en fonction des caractéristiques du cancer et de la tolérance au traitement. C'est pourquoi le plan de traitement est déterminé au cas par cas.

Les chimiothérapies utilisées pour les cancers avec métastases sont généralement plus longues. Le traitement peut durer de quelques semaines à plus d'un an.

D'autres médicaments ou associations de médicaments sont en cours d'étude. Ils peuvent vous être proposés dans le cadre d'essais cliniques* (voir page 17).

Pour en savoir plus sur ces médicaments, consultez le site du ministère de la santé www.portailmedicaments.sante.gouv.fr/

4.3 COMMENT SE DÉROULE LE TRAITEMENT EN PRATIQUE ?

Le déroulement du traitement est soigneusement planifié par l'équipe médicale en fonction de votre situation. Le médecin qui vous prend en charge vous remet un calendrier qui détermine le lieu et les jours de traitement, ainsi que les noms des médicaments utilisés.

La durée totale du traitement est variable. Il se déroule soit de façon continue, tous les jours pendant une période donnée, soit par cures successives (2 jours tous les 15 jours par exemple). Chaque cure est suivie d'une période de repos.

Avant chaque cure, un examen clinique et des examens de sang sont réalisés pour vérifier que votre état de santé permet de poursuivre le traitement. En cas d'anomalies (baisse importante du taux de globules blancs par exemple), le traitement peut être remis à plus tard ou modifié.

Les médicaments sont généralement injectés dans une veine, par perfusion*. Certains peuvent être donnés sous forme de comprimés : on parle de chimiothérapie orale (la capécitabine et le tégaflur uracile sont des chimiothérapies orales).

La chimiothérapie se déroule généralement à l'hôpital, en ambulatoire, c'est-à-dire que vous ne restez que le temps de la perfusion et rentrez chez vous le jour même. On parle aussi d'hospitalisation de jour. Dans de plus rares cas, elle peut être réalisée à domicile. Un soignant vient alors chez vous pour poser la perfusion et administrer les médicaments.

Avant de commencer le traitement : la pose d'une chambre implantable

Administrer les traitements médicaux dans des petites veines comme celles du bras peut être difficile. Elles sont fragiles et les injections répétées deviennent vite douloureuses.

Avant de commencer le traitement, la pose d'une chambre implantable est recommandée. On parle aussi de port-à-cath® ou encore de PAC.

Ce dispositif est composé d'un petit boîtier (la chambre implantable) et d'un cathéter (tuyau souple et fin). Il est entièrement placé sous la peau, au cours d'une courte intervention chirurgicale et sous anesthésie locale. Si une chirurgie est prévue avant la chimiothérapie, le chirurgien peut en profiter pour installer le dispositif pendant l'intervention, sous anesthésie générale. Le boîtier est placé au niveau du thorax et relié au cathéter qui est lui-même placé dans une veine. Après l'intervention, un examen d'imagerie (radiographie* du thorax) est réalisé pour vérifier que le dispositif est placé correctement.

À chaque perfusion, les médicaments sont injectés directement dans la chambre implantable, à travers la peau. Ce système limite les douleurs liées aux piqûres répétées, car celles-ci sont beaucoup moins profondes. Il reste en place pendant toute la durée du traitement et permet d'avoir une activité physique normale mais aussi de se baigner, de voyager, etc.

Le plus souvent, le cathéter et la chambre implantable sont bien supportés. Une gêne peut néanmoins être ressentie en voiture à cause de la ceinture de sécurité.

Lorsqu'il n'est plus utile, le dispositif est enlevé lors d'une courte intervention chirurgicale.

Pour en savoir plus sur le cathéter et la chambre implantable, consultez le guide Cancer info *Comprendre la chimiothérapie*.

4.4 QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

Les effets secondaires des traitements médicaux varient selon les médicaments utilisés, les dosages et les personnes.

Certains effets secondaires peuvent être limités ou évités grâce à des traitements préventifs ou des conseils pratiques. Néanmoins, s'ils deviennent trop importants ou si vous ne supportez pas l'un des médicaments utilisés, le traitement peut être remplacé par d'autres médicaments ou interrompu pour permettre au corps de récupérer.

Les effets secondaires les plus fréquents des médicaments utilisés pour traiter le cancer du côlon sont présentés ci-après. Votre médecin vous indique de façon plus précise ceux qui peuvent vous concerner compte tenu de votre schéma de traitement.

Nausées et vomissements

Les nausées commencent souvent le soir ou le lendemain de la perfusion. Elles durent rarement plus de 72 heures après le traitement. Elles ne sont pas systématiquement accompagnées de vomissements.

Des phénomènes de nausées anticipatoires peuvent survenir : elles commencent parfois dès l'entrée dans l'hôpital, avant le début de la perfusion. Ces nausées sont liées à l'anxiété provoquée par le traitement et peuvent être réduites par des médicaments ou par des techniques de relaxation.

Lorsque des vomissements surviennent, il est conseillé de se rincer la bouche avec de l'eau froide et d'attendre 1 à 2 heures avant de manger. Les vomissements ne persistent en général pas plus de 48 heures après le traitement.

Un traitement est le plus souvent prescrit avant ou pendant la chimiothérapie pour réduire les risques de nausées et de vomissements, y compris anticipatoires. Il s'agit de médicaments appelés antiémétiques. Si ces effets secondaires surviennent malgré le traitement préventif et durent plus de deux ou trois jours, signalez-le à votre médecin.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES NAUSÉES ET VOMISSEMENTS

À faire	À éviter
■ Privilégier les aliments froids ou tièdes qui sont moins odorants que les aliments chauds. ■ Privilégier plusieurs petits repas, plutôt que deux repas traditionnels plus longs à digérer. ■ Manger lentement afin de faciliter la digestion. ■ Manger léger avant et après le traitement.	■ Éviter les aliments lourds difficiles à digérer comme les aliments frits, gras ou épicés. ■ Éviter de boire pendant les repas, mais boire plutôt avant ou après. Les boissons gazeuses fraîches, à base de cola notamment, aident parfois à diminuer les nausées. ■ Supprimer le tabac.

Diarrhées

Un risque de diarrhées est possible pendant la chimiothérapie. Un traitement préventif (antidiarrhéique) peut vous être prescrit.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER L'APPARITION DE DIARRHÉES

Privilégier une alimentation pauvre en fibres à base de riz, pâtes, pommes de terre vapeur, carottes, bananes bien mûres, gelée de coings, fromage à pâte cuite et biscottes.

Une hospitalisation en urgence doit être envisagée en cas de diarrhée persistante ou associée à de la fièvre ou des vomissements.

Baisse des globules blancs, des globules rouges et des plaquettes

Les médicaments de chimiothérapie ont souvent des effets secondaires sur le sang et la moelle osseuse. Ils peuvent entraîner :

- une baisse du nombre de globules blancs (leucopénie), en particulier des polynucléaires neutrophiles (neutropénie) ou des lymphocytes (lymphopénie). Cette baisse entraîne un risque accru d'infection, car les moyens de défense du corps sont réduits ;

- une baisse des globules rouges (anémie), chargés de transporter l'oxygène dans tout le corps. L'anémie se manifeste principalement par une pâleur et une fatigue qui ne s'atténue pas avec le repos ;
- une baisse du nombre de plaquettes (thrombopénie), responsables de la coagulation du sang. Une diminution des plaquettes augmente le risque d'hématomes et de saignements.

Une baisse importante et simultanée du nombre des globules blancs, des globules rouges et des plaquettes peut se produire. On parle alors d'aplasie.

Avant chaque cure de chimiothérapie, des prises de sang permettent de vérifier les taux de globules blancs, globules rouges et plaquettes. En dessous d'un certain seuil, la séance de chimiothérapie peut être remise à plus tard.

Il est parfois nécessaire de prescrire des facteurs de croissance* lorsque la baisse du nombre de globules blancs ou de globules rouges est trop importante. Dans de rares cas, une transfusion sanguine peut être réalisée en cas de baisse trop importante des globules rouges ou des plaquettes.

En cas de fièvre (plus de 38°C pendant plus de 6 heures) ou si vous ne vous sentez pas bien (frissons, diarrhées ou vomissements importants), consultez immédiatement votre médecin.

Lésions de la bouche

Les muqueuses* de la bouche et du tube digestif sont particulièrement fragiles lors de la chimiothérapie. Certains médicaments de chimiothérapie (5FU ou capécitabine, par exemple) peuvent entraîner des lésions à l'intérieur de la bouche et le long du tube digestif (aphtes, rougeurs, douleurs). On parle de mucite (inflammation d'une muqueuse) ou encore de stomatite (mucite de la bouche).

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER L'APPARITION DE LÉSIONS DE LA BOUCHE

À faire	À éviter
■ Après les repas, réaliser des bains de bouche prescrits par le médecin. ■ Se brosser régulièrement les dents avec une brosse à dents souple. ■ Sucrer des glaçons, de la glace pilée, des glaces à l'eau et des sorbets, des bonbons à la menthe. ■ Boire beaucoup (eau minérale, thé, tisanes, boissons à base de cola). ■ Privilégier les aliments moelleux ou mixés. ■ S'hydrater les lèvres en appliquant un lubrifiant gras (lanoline, vaseline, beurre de cacao).	■ Les aliments qui favorisent l'apparition d'aphtes, comme les noix, le gruyère ou l'ananas. ■ Les bains de bouche à base d'alcool : ils dessèchent la muqueuse de la bouche et risquent de provoquer des sensations de brûlure. ■ Le tabac et l'alcool, surtout dans les semaines qui suivent le traitement. ■ Les aliments trop épicés ou acides (jus de citron, vinaigrette, moutarde), secs, croquants ou durs.

Dès que vous constatez des aphtes ou des douleurs, prévenez votre médecin afin de recevoir un traitement adapté.

Sensations d'engourdissement ou de fourmillement

Certains médicaments de chimiothérapie ont un effet toxique sur les nerfs (notamment les médicaments dérivés du platine, comme l'oxaliplatine). Ils peuvent entraîner des troubles de la sensibilité, appelés paresthésies, qui se manifestent par des sensations d'engourdissement, de fourmillement ou de picotement qui peuvent être douloureuses et handicapantes. Si ces symptômes persistent entre deux cures de chimiothérapie ou s'ils entraînent une gêne fonctionnelle (difficulté à saisir un objet ou difficulté à marcher, par exemple), votre médecin arrêtera le traitement et le remplacera par d'autres médicaments.

Perte d'appétit

Si vous ne mangez pas suffisamment, vous perdrez du poids et des forces qui vous sont indispensables pour lutter contre la maladie. Vous pouvez rencontrer un diététicien qui vous aidera à adapter votre alimentation et vous donnera des conseils pour conserver le plaisir de vous nourrir.

Chute des cheveux

Cet effet secondaire est peu fréquent dans les chimiothérapies du cancer du côlon. Si elle survient (en cas de traitement par irinotécan notamment), la chute des cheveux (appelée alopécie) peut être difficile à vivre, car elle est un signe concret et visible de la maladie. Elle est souvent progressive et toujours temporaire. Elle commence en général 2 à 3 semaines après la première perfusion. Les cheveux commencent à repousser environ 6 à 8 semaines après la fin du traitement. Les cils, les sourcils et les poils pubiens peuvent également tomber provisoirement.

Vous trouverez des informations complémentaires dans le guide *Cancer info Traitements du cancer et chute des cheveux* et sur www.e-cancer.fr/cancer-info

Troubles cutanés et syndrome main-pied

Certains médicaments de chimiothérapie (5FU, capécitabine) et de thérapie ciblée (cétuximab) peuvent entraîner des troubles au niveau de la peau : rougeurs, plaques, dessèchement, tiraillements, acné...

Le syndrome main-pied est un trouble de la peau qui se manifeste au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds. Il se caractérise par des rougeurs, un gonflement, une sécheresse ou des cloques.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES TROUBLES CUTANÉS

À faire	À éviter
■ Appliquer régulièrement et généreusement un agent hydratant sur la peau (pain surgras). ■ Réaliser une manucure et une pédicure avant de commencer le traitement, si les mains et les pieds sont déjà un peu abîmés (présence de corne). ■ Porter des vêtements amples et des chaussures souples. ■ Se tremper les mains et les pieds dans de l'eau froide aussi souvent que souhaité (3 ou 4 fois par jour si possible, pendant 15 minutes).	■ L'exposition des mains et des pieds à la chaleur (soleil, bains chauds). ■ Les activités qui entraînent un frottement de la peau ou une pression sur les mains (activités ménagères, conduite, jardinage...). ■ Les pansements adhésifs ou les bandages serrés. ■ La marche et la course à pied.

Si malgré cela votre peau devient rouge ou sensible, signalez-le à votre

médecin sans attendre que les symptômes n'empirent. Des médicaments antidouleur ou des soins locaux ou généraux peuvent les soulager.

Réactions allergiques

Comme tout médicament, les médicaments de chimiothérapie peuvent être source d'allergie. Alertez votre médecin en cas de gonflement du visage, des lèvres et de la langue, essoufflement, fièvre, réactions cutanées graves (démangeaisons, rougeurs, boutons), difficultés à respirer, etc.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

Quel type de chimiothérapie me sera administré ? De quelle façon ?

Quels sont les objectifs du traitement ?

Quels sont les effets secondaires ? Que puis-je faire pour les limiter ? Comment sont-ils traités ?

Le traitement se passe-t-il à l'hôpital ou à domicile ?

Combien de temps va durer le traitement ?

Comment est effectué le suivi ?

Y a-t-il des conseils alimentaires particuliers à suivre ?

5. Les professionnels et leur rôle

LES MÉDECINS

LES INTERVENANTS PARAMÉDICAUX

LES AUTRES INTERVENANTS

Au cours de la maladie, vous rencontrez ou pouvez solliciter de nombreux professionnels, que ce soit dans l'établissement dans lequel vous êtes suivi ou en ville. Voici, en quelques mots, en quoi consiste leur activité.

5.1 LES MÉDECINS

L'**anatomopathologiste** ou **pathologiste** est le médecin spécialiste qui examine au microscope des cellules et des tissus prélevés au cours d'une biopsie ou d'une chirurgie. Son rôle est déterminant pour le diagnostic et l'orientation du choix des traitements lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire.

L'**anesthésiste-réanimateur** est le médecin spécialiste chargé d'effectuer et de surveiller l'anesthésie lors d'une opération chirurgicale. Avant l'opération, il vous examine au cours d'une consultation pré-anesthésique afin de déterminer la technique d'anesthésie la plus appropriée. Après l'intervention, il assure votre suivi en salle de réveil et prend en charge la douleur éventuelle.

Le **chirurgien** est le médecin qui pratique les opérations chirurgicales. Les chirurgiens spécialisés dans les interventions au niveau du système digestif sont appelés chirurgiens viscéraux.

Le **gastroentérologue** est le médecin spécialiste de l'appareil digestif : œsophage, estomac, intestin grêle, côlon, rectum, foie, pancréas, vésicule biliaire. Il intervient dès le diagnostic et peut être associé aux différentes étapes de votre prise en charge.

Le **médecin généraliste** suit vos différents problèmes de santé. Il a un rôle très important pour le diagnostic d'un cancer, pendant les traitements et lors de la surveillance après les traitements. Il assure le

lien avec l'hôpital ou la clinique par des contacts téléphoniques, des comptes rendus et des courriers médicaux. C'est souvent lui qui est choisi comme médecin traitant.

Le **médecin traitant** est le médecin que vous avez choisi et déclaré auprès de votre caisse d'Assurance maladie. Il coordonne vos soins, vous guide vers d'autres professionnels de santé, gère votre dossier médical et assure une prévention personnalisée. Le médecin traitant est le plus souvent un médecin généraliste, mais ce peut être un spécialiste. Il peut être conventionné ou non, exercer dans un cabinet, à l'hôpital ou dans toute autre structure de soins.

L'**oncologue** ou **cancérologue** est le médecin spécialiste du cancer et de ses traitements. Ce peut être un chirurgien spécialisé en cancérologie, un spécialiste de la chimiothérapie (oncologue médical) ou un spécialiste d'organe (gastroentérologue).

Le **psychiatre** est un médecin spécialiste des maladies mentales et des troubles psychologiques (dépression ou anxiété face à la maladie, difficultés relationnelles ou comportementales, etc.). Comme tout médecin, il peut prescrire des médicaments.

Le **sexologue** est un médecin ou psychologue formé à la sexologie, ce qui lui permet de vous aider, vous ou votre partenaire, à gérer les difficultés sexuelles liées à la maladie et ses traitements.

Le **radiologue** est le médecin spécialiste qui réalise et interprète des images de parties du corps ou d'organes lors des examens de radiologie tels que la radiographie* ou l'échographie*. Il est assisté par un manipulateur de radiologie, technicien responsable du maniement des appareils.

5.2 LES INTERVENANTS PARAMÉDICAUX

L'**aide-soignant** participe à vos soins en collaboration avec les infirmiers.

Le **diététicien** prend en charge tous les problèmes nutritionnels dont ceux en rapport avec le cancer et ses traitements. Il peut vous aider, notamment après une intervention chirurgicale ou une colostomie*, à adapter votre alimentation pour retrouver rapidement un transit intestinal normal.

L'**infirmier** est chargé de la réalisation des soins, de la surveillance et de l'administration des traitements prescrits par le médecin. Il exerce son activité au sein d'un établissement de soins ou en libéral.

Le **stomathérapeute** est un infirmier spécialisé dans la prise en charge des personnes dotées d'une stomie*. Il est chargé de les aider à rechercher l'appareillage qui leur convient le mieux et leur apprendre à le manipuler. Il accompagne les patients pour qu'ils puissent reprendre une vie personnelle, familiale, professionnelle et sociale normale.

5.3 LES AUTRES INTERVENANTS

L'**assistant social** est un professionnel du domaine social qui vous accompagne et vous aide à résoudre vos difficultés économiques et sociales. Vous pouvez contacter l'assistant social au sein de l'établissement de santé où vous êtes suivi ou en ville.

Le **psychologue** est un professionnel spécialiste de l'écoute et formé à aider des personnes en situation de souffrance psychique. Il peut vous assurer un soutien et un suivi psychologique par des entretiens individuels ou en groupe. Lorsqu'il travaille en cancérologie, on parle aussi de psycho-oncologue ou d'oncopsychologue.

Le **socio-esthéticien** aide à la qualité de vie des personnes hospitalisées par la mise en œuvre de soins esthétiques : coiffure, maquillage, manucure, etc.

Le **sophrologue** propose des techniques de soutien fondées sur des exercices de respiration consciente, des visualisations positives et des massages de détente.

6. Questions de vie quotidienne

QU'EST-CE QUE L'ALD ?

LA VIE PROFESSIONNELLE PENDANT LES TRAITEMENTS

LES AIDES À DOMICILE

BÉNÉFICIER D'UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

LES PROCHES

La survenue de la maladie et la mise en place de vos traitements entraînent d'importants changements dans votre vie quotidienne. Des solutions existent afin d'assurer la meilleure conciliation entre la prise en charge médicale de votre maladie et votre vie au quotidien.

6.1 QU'EST-CE QUE L'ALD ?

Selon la définition de l'Assurance maladie, une affection de longue durée (ALD) est une maladie qui nécessite un suivi et des soins prolongés (plus de 6 mois) et des traitements coûteux ouvrant droit à une prise en charge à 100 %. Le cancer fait partie des affections de longue durée.

Le taux de prise en charge à 100 % concerne les soins et les traitements en rapport avec votre maladie. Cependant, certains frais ne sont pas pris en charge à 100 %. Il s'agit notamment du forfait hospitalier (coût de l'hébergement, de la restauration et de l'entretien des chambres pendant une hospitalisation) et des soins dont le coût dépasse le tarif de la Sécurité sociale. La part non remboursée par l'Assurance maladie est à votre charge ou peut être remboursée par votre mutuelle complémentaire si vous en avez une.

C'est votre médecin traitant qui établit le formulaire pour demander votre prise en charge à 100 %. Il adresse ce document, appelé protocole de soins, au médecin conseil de l'Assurance maladie. Après accord de ce dernier, le protocole de soins vous est retourné. Il vous informe sur la prise en charge médicale de votre maladie et sur vos remboursements. Cependant, si le diagnostic est fait à l'hôpital ou dans un contexte d'urgence, il se peut que la première demande de prise en charge soit établie par un médecin hospitalier ou un spécialiste. Dans ce cas dérogatoire, la prise en charge est ouverte pour 6 mois. Pendant cette période, vous devez régulariser votre situation et pour cela contacter votre médecin traitant qui rédige un nouveau protocole de soins.

6.2 LA VIE PROFESSIONNELLE PENDANT LES TRAITEMENTS

La vie professionnelle est souvent perturbée par la maladie, soit parce que vous êtes trop fatigué, soit parce que les effets secondaires causés par le cancer ou les traitements vous empêchent de travailler.

Pendant les traitements, un arrêt de travail de quelques semaines ou quelques mois est fréquent. Vous pouvez alors bénéficier d'indemnités journalières qui compensent en partie la perte de vos revenus professionnels. Les conditions pour obtenir ces indemnités sont variables selon les statuts professionnels (salarié, fonctionnaire, travailleur indépendant, demandeur d'emploi, profession libérale, etc.). Pensez à prévenir votre ou vos employeurs dès le premier jour de votre arrêt de travail. Cela permettra de conserver un bon contact et facilitera, à terme, une reprise du travail dans les meilleures conditions.

6.3 LES AIDES À DOMICILE

Lorsque l'on suit un traitement ou que l'on rentre chez soi après une hospitalisation, il est parfois difficile de s'occuper des tâches quotidiennes. Une aide à domicile peut alors s'avérer utile. Derrière ce terme, outre l'aide à domicile, on trouve différents métiers tels que l'auxiliaire de vie sociale ou la technicienne de l'intervention sociale et familiale.

Ces professionnels ont diverses compétences et peuvent vous aider dans :

- les gestes du quotidien comme la toilette, le lever ou l'alimentation ;
- les activités domestiques comme l'entretien du logement et du linge, les courses ou la préparation des repas ;
- les démarches administratives ;
- l'organisation de la vie familiale comme aller chercher les enfants à l'école.

Il est parfois possible de bénéficier d'un soutien financier qui prend en charge une partie des frais engendrés par l'aide à domicile. Plusieurs dispositifs existent. Ils sont conditionnés par votre âge, votre situation ou vos ressources.

Pour en savoir plus sur vos droits, sur les aides et sur les démarches, vous pouvez : prendre contact avec votre caisse d'Assurance maladie ; consulter le guide Cancer info *Démarches sociales et cancer* ; faire appel à l'assistante sociale de l'établissement dans lequel vous êtes suivi.

6.4 BÉNÉFICIER D'UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

La maladie peut être source de souffrance psychologique. L'angoisse du lendemain, la perte de repères, l'altération de l'image du corps, la difficulté à communiquer avec ses proches sont autant de facteurs qui peuvent être déstabilisants et rendre vulnérable.

Chaque personne vit la maladie et les traitements de manière différente, selon son histoire, sa personnalité et ses relations familiales, sociales, professionnelles. Dans tous les cas, il est important d'exprimer ses doutes et ses craintes et d'en parler à l'équipe soignante. Vous pourrez ainsi être écouté et bénéficier, si nécessaire, d'un soutien psychologique.

Selon vos besoins et vos souhaits, vous pouvez être orienté vers un professionnel (psychologue ou psychiatre), vers des groupes de parole ou vers des associations de patients.

Consulter un professionnel

La consultation d'un psychologue ou d'un psychiatre est prise en charge par l'Assurance maladie si vous consultez à l'hôpital ou dans un centre médico-psychologique (CMP).

Participer à un groupe de parole

Les groupes de parole peuvent être organisés à l'initiative de l'établissement hospitalier ou d'associations. Animés par des professionnels, ils permettent d'échanger, de rencontrer des personnes confrontées aux mêmes problèmes ou aux mêmes inquiétudes. Ces groupes peuvent vous aider à vous exprimer entre autres sur des sujets que vous n'évoquez pas forcément avec votre entourage.

Rencontrer une association de patients

Il existe de nombreuses associations de patients ou de proches de personnes malades. Leurs modes d'intervention sont variés mais leur rôle est important. Elles peuvent vous apporter, ainsi qu'à vos proches,

un soutien sur le plan humain ou social, des informations ou un moyen de rencontre et d'échanges.

Pour en savoir plus sur les aspects psychologiques de la maladie, consultez le guide *Vivre pendant et après un cancer*.

Pour connaître les coordonnées des associations près de chez vous, rendez-vous sur www.e-cancer.fr/cancer-info.

6.5 LES PROCHES

Accompagner une personne atteinte d'un cancer est une épreuve difficile. L'investissement personnel auprès d'une personne malade est éprouvant, tant sur le plan physique que psychologique.

Proposer à vos proches de lire ce guide peut les aider à mieux comprendre la période que vous traversez.

Des psychologues et psychiatres sont généralement présents dans les établissements de santé et peuvent accueillir autant les personnes malades que leur entourage. Par ailleurs, des associations d'anciens patients et de bénévoles proposent un soutien particulier aux proches, notamment à travers des groupes de parole. N'hésitez pas à vous renseigner auprès de l'établissement où vous êtes suivi ou de la Ligue nationale contre le cancer.

Des informations détaillées à destination des proches figurent dans le guide *Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer*.

7. Ressources utiles

LA PLATEFORME CANCER INFO LES ASSOCIATIONS

7.1 LA PLATEFORME CANCER INFO

Cancer info, le service téléphonique : 0810 810 821 (prix d'un appel local)

Une équipe constituée de spécialistes de l'information sur les cancers répond à vos questions qu'elles soient d'ordre pratique, médical ou social, du lundi au samedi, de 9 heures à 19 heures. Vous pouvez aussi accéder à un service d'écoute animé par des psychologues et à une permanence juridique animée par des avocats.

Cancer info, la rubrique internet : www.e-cancer.fr/cancer-info

La rubrique Cancer info du site de l'Institut National du Cancer donne accès à des informations détaillées sur le cancer du côlon, ses traitements, la vie pendant et après la maladie, les associations près de chez vous, etc.

Cancer info, les guides (disponibles gratuitement sur www.e-cancer.fr)

- **Démarches sociales et cancer (2009)**

Support d'information sur les droits sociaux, ce guide a pour but d'aider les personnes malades et leurs proches à s'orienter dans leurs démarches auprès des différents services sociaux et administratifs.

- **Traitements du cancer et chute des cheveux (2009)**

Ce guide répond de manière complète, pratique et illustrée, aux questions qui peuvent se poser sur la chute des cheveux associée à certaines chimiothérapies ou radiothérapies.

- **Comprendre la chimiothérapie (2008)**

Ce guide a pour but d'aider les personnes traitées par chimiothérapie à mieux comprendre le principe de ce traitement, à faciliter la prise en charge de ses effets secondaires et à mieux le vivre au quotidien.

- **Les essais cliniques en cancérologie : les réponses à vos questions (2008)**

Ce guide répond aux questions que les patients peuvent se poser lorsqu'un essai clinique leur est proposé : quel est l'objectif ? existe-t-il des risques ? comment prendre la décision ? etc.

- **Douleur et cancer (2007)**

Ce guide a pour objectif de répondre aux questions des patients sur les douleurs liées au cancer et de faciliter leur prise en charge.

- **Vivre pendant et après un cancer (2007)**

Ce guide a pour but d'accompagner le patient dans les changements que peuvent entraîner la maladie et ses traitements, sur le plan psychologique, émotionnel, relationnel ou familial.

- **Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer (2006)**

Ce guide a pour objectif de permettre aux proches de mieux cerner le rôle qu'ils peuvent jouer auprès de la personne malade.

- **Fatigue et cancer (2005)**

Ce guide a pour objectif d'aider les patients et leurs proches à comprendre les causes de la fatigue associée au cancer et à faciliter sa prise en charge.

7.2 LES ASSOCIATIONS

Ligue nationale contre le cancer

La Ligue nationale contre le cancer apporte aux malades et à leurs proches un soutien moral, psychologique, matériel et financier. Elle est présente partout en France à travers ses 101 comités départementaux. Pour connaître et accéder à ses services, appelez le 0810 111 101 (prix d'un appel local) ou connectez-vous sur **www.ligue-cancer.net/**

Fédération des stomisés de France

Association créée pour venir en aide aux patients stomisés, la Fédération des stomisés de France (FSF) comprend 58 antennes locales réparties sur la France ; **www.fsf.asso.fr/**

8. Glossaire

Ce glossaire définit les termes scientifiques que vous pouvez entendre tout au long des traitements.

a

adjuvant : se dit d'un traitement qui complète un traitement principal afin de prévenir un risque de récidive* locale ou de métastases*.

anatomopathologie : spécialité médicale qui consiste à observer et à étudier des organes, des tissus ou des cellules, prélevés sur le patient pour repérer et analyser des anomalies liées à une maladie. L'examen se fait d'abord à l'œil nu, puis au microscope. On parle aussi d'anatomocytopathologie ou encore d'« anapath ».

antécédent : fait antérieur concernant la santé du patient ou de sa famille qu'il est nécessaire de connaître pour mieux prendre en charge le patient.

anticoagulant : médicament qui diminue la coagulation du sang, évitant ainsi la formation de caillots dans les vaisseaux sanguins.

C

cancer : maladie provoquée par la transformation de cellules qui deviennent anormales et prolifèrent de façon excessive. Ces cellules dérégées finissent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne.

coloscopie : technique d'exploration de l'intérieur du rectum ou du côlon avec un tube souple, un endoscope, introduit par l'anus. Une coloscopie permet également d'effectuer des prélèvements si nécessaire. C'est un examen pratiqué le plus souvent sous anesthésie générale.

colostomie : raccordement, temporaire ou permanent, de l'intestin au ventre par une petite ouverture. Créée lors d'une opération chirurgicale, cette ouverture est destinée à évacuer les selles lorsqu'elles ne peuvent plus être rejetées normalement. Celles-ci sont alors recueillies dans une poche spéciale, collée sur le ventre. Le terme d'anus artificiel est parfois utilisé.

cure : séance au cours de laquelle sont administrés les médicaments de chimiothérapie.

e

échographie : examen indolore qui permet de regarder l'intérieur du corps à travers la peau, grâce à une sonde qui produit des ultrasons.

essai clinique : étude scientifique menée avec les patients, dont l'objectif est de rechercher de meilleures modalités de prise en charge du cancer. Un essai clinique peut porter sur la prévention, le dépistage, le diagnostic, un traitement ou la qualité de vie. Seuls les patients qui le souhaitent participent à un essai clinique. Ils doivent recevoir une information écrite et orale. À tout moment, ils peuvent revenir sur leur décision et quitter l'étude.

f

facteur de croissance : substance qui régule la croissance et la multiplication de cellules. Les facteurs de croissance agissent par l'intermédiaire de récepteurs disposés à la surface des cellules.

g

ganglion : petit renflement le long des vaisseaux lymphatiques*. Souvent disposés en chaîne ou en amas, les ganglions sont soit superficiels (dans le cou, l'aisselle, l'aîne), soit profonds (dans l'abdomen, le thorax). Ils assurent un rôle essentiel dans la protection du corps contre les infections ou les cellules cancéreuses.

I

lymphe : liquide légèrement coloré produit par le corps. La lymphe transporte les globules blancs et évacue les déchets des cellules. La lymphe circule dans des vaisseaux, appelés vaisseaux lymphatiques.

lymphatique : se dit du réseau de vaisseaux et de ganglions* qui transporte la lymphe* et forme le système lymphatique.

m

métastase : tumeur formée à partir de cellules cancéreuses qui se sont détachées d'une première tumeur (tumeur primitive*) et qui ont migré par les vaisseaux lymphatiques* ou les vaisseaux sanguins dans une autre partie du corps où elles se sont installées.

muqueuse : membrane qui tapisse les cavités de l'organisme, notamment le tube digestif (de la bouche au rectum), les bronches et les organes génitaux. Les muqueuses fabriquent du mucus, ce qui leur permet de rester humides.

O

occlusion : fermeture anormale d'un conduit (occlusion de l'intestin par une tumeur par exemple).

opioïde : substance qui reproduit les effets calmants de l'opium et de ses dérivés de synthèse, appelés opiacés. Ses effets sont les mêmes que ceux de la morphine.

p

perfusion : injection lente et continue d'un liquide (médicament, solution nutritive), le plus souvent dans une veine. On parle aussi de goutte-à-goutte.

péritoine : membrane qui tapisse l'intérieur de l'abdomen et qui recouvre les organes abdominaux : côlon, estomac, foie, pancréas, etc.

péritonite : inflammation du péritoine*.

phlébite : inflammation d'une veine pouvant provoquer son obturation par la formation d'un caillot de sang. Une phlébite peut être provoquée par un alitement prolongé après une opération chirurgicale.

polype : petite excroissance qui se développe à l'intérieur du côlon. C'est une tumeur non cancéreuse qui peut se transformer en tumeur maligne.

r

radiographie : examen qui permet d'obtenir des images d'une partie du corps à l'aide de rayons X. Une radio est un examen d'imagerie.

récidive : réapparition de cellules cancéreuses, au même endroit ou dans une autre région du corps. Une récidive peut survenir très tôt après la fin des traitements, mais aussi après une longue période de rémission. On parle aussi de rechute.

recommandation : document destiné à aider les professionnels de santé à proposer des examens ou des traitements adaptés à un patient dans une situation donnée. L'élaboration des recommandations s'appuie sur l'analyse des essais cliniques* et sur l'avis d'experts. On parle parfois de recommandations de bonne pratique.

s

scanner : examen qui permet d'obtenir des images du corps en coupes à l'aide de rayons X. Les images sont reconstituées par ordinateur, ce qui permet une analyse précise de différentes régions du corps. On parle aussi de tomodensitométrie ou TDM. Le terme scanner désigne aussi l'appareil utilisé pour réaliser cet examen.

stade : degré d'extension d'un cancer au moment du diagnostic. Le stade du cancer est généralement déterminé au moyen d'un système de classification qui donne des informations sur la taille de la tumeur et sur la présence de cellules cancéreuses dans les ganglions* ou dans d'autres parties du corps. Ces informations permettent d'adapter le traitement.

stomie : ouverture effectuée au niveau du ventre, à laquelle peut être relié l'intestin (colostomie) pour permettre l'évacuation des selles ou l'uretère (urostomie) pour permettre l'évacuation des urines. Les selles ou les urines sont alors recueillies dans une poche spéciale, collée sur le ventre.

t

thérapie ciblée : médicament qui, selon sa cible, vise à freiner ou bloquer la croissance de la cellule cancéreuse, en l'affaiblissant, en commandant sa mort, en dirigeant le système immunitaire contre elle ou en l'incitant à redevenir normale.

tumeur : grosseur plus ou moins volumineuse due à une multiplication excessive de cellules normales (tumeur bénigne) ou anormales (tumeur maligne).

tumeur primitive : tumeur principale à partir de laquelle peuvent s'échapper des cellules cancéreuses qui vont former des métastases* dans d'autres parties du corps.

Annexe : les examens du bilan diag

Des examens sont réalisés pour obtenir le plus d'informations possibles sur le cancer dont vous êtes atteint. Cette étape peut sembler longue, mais un bilan précis est indispensable pour vous proposer un traitement adapté. Le tableau ci-dessous présente les

EXAMEN	DESCRIPTION	
Examen clinique	Examen réalisé par tout médecin en charge du patient (gastroentérologue, médecin généraliste, etc.) qui consiste à palper différentes parties de l'abdomen.	
Toucher rectal	Examen qui consiste à palper l'intérieur du rectum avec l'index. Il peut être réalisé par un médecin généraliste, un gastroentérologue ou un chirurgien.	
Coloscopie	Examen de l'intérieur du côlon, à l'aide d'un instrument spécial (endoscope). La coloscopie est réalisée par un gastroentérologue, généralement sous anesthésie générale.	
Biopsie	Prélèvement d'un échantillon de tissu (au niveau du côlon, des ganglions ou d'autres organes comme le foie ou les poumons). Le déroulement de la biopsie dépend de la zone ou de l'organe dans lequel le prélèvement est fait. Les biopsies du côlon sont réalisées au cours d'une coloscopie.	
Examen anatomo-pathologique	Analyse de tissus ou de cellules prélevés lors d'une biopsie ou retirés lors d'une chirurgie. Cette analyse est faite au microscope, par un pathologiste.	
Analyses de sang	Plusieurs analyses de sang sont réalisées avant de commencer les traitements afin de mesurer : ■ la quantité et la qualité des différentes cellules sanguines (on parle de numération formule sanguine ou encore d'hémogramme) ; ■ le taux de certaines substances chimiques présentes (composition biochimique du sang) ; ■ le taux d'un marqueur tumoral appelé ACE (substance sécrétée par certaines tumeurs).	
Scanner du thorax (poumons), de l'abdomen et de la région pelvienne	Examen qui permet de réaliser des images en coupes de certaines zones du corps, grâce à des rayons X. On parle aussi de tomodensitométrie ou TDM. Avant l'examen, un produit de contraste à base d'iode est injecté dans une veine du bras. L'examen est interprété par un radiologue.	

nostique

examens les plus souvent réalisés et leurs objectifs. L'ordre dans lequel ils sont réalisés peut varier d'une personne à l'autre. Tous ces examens ne sont pas systématiques et, si besoin, d'autres peuvent vous être proposés.

OBJECTIF
Déceler des signes « palpables » du cancer qui peuvent indiquer qu'il s'est disséminé dans d'autres organes que le côlon.
Cet examen est fréquent en cas de symptômes digestifs (présence de sang dans les selles, diarrhées, constipation, etc.) qui peuvent être causés par un cancer du côlon ou du rectum. Il permet de déceler une grosseur qui pourrait être un signe de cancer localisé dans le rectum.
Explorer la totalité du côlon, pour y déceler d'éventuelles anomalies et les localiser. La coloscopie permet également d'effectuer des prélèvements (biopsie). La coloscopie avec biopsie est l'examen de référence pour le diagnostic des cancers colorectaux.
Analyser des échantillons de tissus apparemment anormaux, afin de déterminer s'ils sont de nature cancéreuse ou non.
C'est l'examen indispensable pour confirmer le diagnostic de cancer. Il permet d'étudier les caractéristiques du tissu cancéreux (histologie). Réalisé sur la biopsie, il contribue au diagnostic. Réalisé sur la pièce opératoire, donc après la chirurgie, il contribue au bilan d'extension, car il permet de définir le stade du cancer.
Ces analyses fournissent des renseignements sur l'état de santé général. Elles sont également utiles pour vérifier qu'il n'y a pas de contre-indication particulière à l'un des traitements du cancer, notamment à certaines chimiothérapies.
Le scanner permet de déceler des anomalies qui peuvent être le signe d'une propagation du cancer en dehors du côlon (ganglions locorégionaux, organes voisins et métastases à distance). Il donne une indication sur le stade probable de la maladie. Cet examen est recommandé avant toute chirurgie du côlon.

Annexe : les examens du bilan diag

EXAMEN	DESCRIPTION	
En complément ou en alternative		
Échographie de l'abdomen et de la région pelvienne	Examen qui permet de réaliser des images du corps grâce à des ultrasons. L'examen est réalisé par un radiologue ou par un gastroentérologue formé à cette technique.	
IRM du foie	Examen qui utilise un puissant aimant et des ondes radioélectriques pour produire des images en coupes des organes, tissus, os et vaisseaux sanguins du corps. Un ordinateur assemble ces images en clichés en trois dimensions.	
En cas de cancer du rectum		
Échographie endorectale	Examen qui permet au radiologue ou au gastroentérologue de visualiser la paroi du rectum grâce à l'introduction d'une sonde échographique.	
IRM rectale	Examen qui utilise un puissant aimant et des ondes radioélectriques pour produire des images en coupes des organes, tissus, os et vaisseaux sanguins du corps. Un ordinateur assemble ces images en clichés en trois dimensions.	

nostique (suite)

OBJECTIF	
	L'échographie a les mêmes objectifs que le scanner. Elle est utilisée en complément ou à la place du scanner si celui-ci ne peut être réalisé.
	L'IRM du foie permet de détecter d'éventuelles métastases au niveau de cet organe. Elle peut être utilisée en complément ou en alternative du scanner si celui-ci ne peut être réalisé.
	L'échographie endorectale permet d'évaluer l'extension de la tumeur dans la paroi du rectum, d'évaluer l'atteinte des ganglions autour du rectum, de préciser la localisation et la taille de la tumeur et enfin d'évaluer la distance entre la tumeur et l'anus ; cet élément est important pour déterminer le type de chirurgie qui sera proposé.
	Une IRM rectale peut être recommandée afin de déterminer l'extension locale de la maladie.

Méthode et références

Ce guide fait partie de Cancer info, la plateforme d'information de référence à destination des malades et des proches. Cancer info est développée par l'Institut National du Cancer en partenariat avec la Ligue nationale contre le cancer. Elle vise à rendre accessible une information validée pour permettre au patient d'être acteur du système de soins. Les contenus de Cancer info sont élaborés à partir des recommandations destinées aux professionnels de santé et selon une méthodologie pluridisciplinaire associant professionnels et usagers. Ils sont régulièrement mis à jour en fonction des avancées médicales et réglementaires.

Sources

Les informations contenues dans ce guide sont issues des sources de référence suivantes :

- Guide affection longue durée, tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique, cancer colorectal – HAS/INCa (février 2008) ;
- Thésaurus national de cancérologie digestive – Société nationale française de gastroentérologie (2006/2007) ;
- Référentiels de bon usage du médicament hors GHS en pathologies digestives – INCa/HAS/AFSSAPS (2006) ;
- Prise en charge par chimiothérapie palliative de 1^{er} ligne des patients atteints d'un cancer colorectal métastatique – Standards, Options, Recommandations (2006) ;
- Pose, ablation ou changement d'une endoprothèse du côlon, par coloscopie – HAS (2006) ;
- Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie – HAS/INCa (2006) ;
- Circulaire N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.

Conception et coordination

Emmanuelle Bara, responsable du département information des malades et des proches, directrice adjointe de l'information des publics, Institut national du cancer

Stéphanie Belaud, chef de projet, département information des malades et des proches, Direction de l'information des publics, Institut national du cancer

Marie Déchelette, chef de projet, département information des malades et des proches, Direction de l'information des publics, Institut national du cancer

Valérie Delavigne, linguiste, département information des malades et des proches, Direction de l'information des publics, Institut national du cancer

Relecture médicale

Dr Frédéric Bretagnol, chirurgien, Service de Chirurgie Colorectale Pr Panis, Hôpital Beaujon (APHP), Clichy

Dr Daniel Serin, radiothérapeute, Institut Sainte-Catherine, Avignon, membre du comité consultatif des professionnels de santé (CCPS) de l'Institut national du cancer

Pr Jean-Jacques Tuech, professeur de chirurgie digestive, CHU de Rouen

Dr Jérôme Viguier, gastroentérologue, CHRU de Tours

Conformité aux recommandations professionnelles

Valérie Mazeau-Woynar, médecin, responsable du département des recommandations pour les professionnels de santé, Institut national du cancer

Relecture usagers

Ce guide a été soumis à la relecture d'un groupe d'usagers (patients, anciens patients, proches) dans le but d'optimiser la pertinence et l'accessibilité de son contenu.

Notes

Notes

Pour en savoir plus et télécharger ou commander
gratuitement ce guide :



Édité par l'Institut National du Cancer
Tous droits réservés – Siren 185 512 777
Conception/réalisation : INCa
Couverture : Olivier Cauquil
Illustrations médicales : Anne-Christel Rolling
Impression : Comelli
ISSN 2104-953X

DEPÔT LÉGAL MARS 2010

Vous avez appris que vous avez un cancer du côlon. La survenue de cette maladie provoque d'importants bouleversements. Ce guide a pour objectif de vous accompagner dans la période des traitements qui commence.

Quels sont les traitements ? Quels sont leurs objectifs et leurs effets secondaires ? Quelles sont leurs conséquences sur votre vie quotidienne ? Qui sont les professionnels que vous rencontrez ? Voilà les questions auxquelles ce guide tente de répondre en fournissant des informations médicales de référence et validées par des spécialistes du cancer du côlon.

Cependant, votre situation face au cancer est unique. Les informations de ce guide ne peuvent donc pas remplacer un avis médical. Ce guide constitue, avant tout, un support pour vos échanges avec vos médecins et l'équipe soignante.

Ref. GUICOLON10