LA LIGUE CONTRE LE CANCER

CHERCHER POUR GUERIR
ACCOMPAGNER POUR AIDER
PREVENIR POUR PROTÉGER
MOBILISER POUR AGIR

Les cancers du côlon et du rectum

BRK 006
Janvier 2017

LES CANCERS DU CÔLON

ET DU RECTUM

Le côlon est la partie de l'intestin qui fait suite à l'intestin grêle. Il commence par le caecum, lieu d'implantation de l'appendice, et se prolonge par le côlon droit ou ascendant, l'angle droit, le côlon transverse, l'angle gauche, le côlon gauche ou descendant, le sigmoïde puis se continue par le rectum qui se termine par l'anus.

C'est dans le côlon que les matières fécales sont concentrées après réabsorption de l'eau et du sel, puis acheminées jusqu'à l'ampoule rectale qui assure un rôle de réservoir. La continence est assurée par un muscle, le sphincter anal.

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

En France, on évalue son **incidence*** à 43.068 nouveaux cas par an (Source INCa 2015) : 23.535 cas chez l'homme et 19.533 cas chez la femme. Cette incidence augmente depuis une vingtaine d'années.

La **mortalité** représente 17.833 personnes chaque année : 9.337 hommes et 8.496 femmes. C'est le second cancer en mortalité chez l'Homme et le troisième chez la Femme. Le taux de survie à 5 ans est en France de 62 %, un des meilleurs d'Europe.

La France métropolitaine (hors La Réunion) se situe parmi les régions à risque élevé comme les autres pays d'Europe de l'Ouest, les U.S.A., l'Australie et, plus récemment, le Japon. Ce cancer est beaucoup plus rare en Amérique du Sud, en Asie et surtout en Afrique.

FACTEURS DE RISQUE

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

La majorité des tumeurs du côlon se développent à partir de **polypes** (encore appelés adénomes), qui sont au départ des lésions bénignes se présentant, soit comme de petits nodules posés sur la muqueuse de l'intestin, soit comme un nodule appendu en battant de cloche.

La tumeur maligne va prendre naissance en général sur la muqueuse de gros polypes et progressivement s'étendre à tout le polype, puis à toute la paroi de l'intestin.

Des différents types de polypes adénomateux, **l'adénome villeux**, qui représente 5 % des polypes, est celui qui a le plus de risque de se transformer en cancer.

La détection et l'ablation des polypes adénomateux permettent donc de réduire le risque de cancer colorectal. Ce risque est d'autant plus élevé que la taille du polype est plus importante.

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

LES SUJETS A RISQUE

Bien que tous concernés, certaines personnes sont plus exposées au risque de cancer. On peut classer la population en trois groupes en fonction de leur niveau de risque :

o UN GROUPE A RISQUE MOYEN :

Tous les sujets de plus de 50 ans, sans troubles digestifs, chez qui on proposera une recherche de sang dans les selles par le test OC Sensor®, tous les deux ans à partir de 50 ans. Une coloscopie sera faite en cas de résultat positif du test.

o UN GROUPE A RISQUE ELEVE,

Représenté par :

- des sujets ayant eu eux-mêmes un polype de plus de 1 cm ou un cancer colorectal

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

Dans ce groupe, une coloscopie de dépistage est proposée à partir de 45 ans, ou 10 ans avant l'âge du diagnostic du cancer du parent si celui-ci avait moins de 55 ans. Après une coloscopie normale, une surveillance tous les 5 ans est suffisante. Après 74 ans, la stratégie de dépistage doit être individuellement évaluée.

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

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

o UN GROUPE A RISQUE TRES ELEVE DANS LES FORMES HEREDITAIRES

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

- **La polypose adénomateuse familiale**

Représente moins de 1 % des cancers colorectaux. Elle atteint des sujets jeunes. Elle est caractérisée par une multitude de polypes intestinaux. On recommande une consultation d'oncogénétique avec recherche d'une anomalie génétique (mutation constitutionnelle délétère sur le bras long du chromosome* 5). Le risque de survenue de cancer colorectal est quasi certain, aussi on procèdera à une coloscopie courte annuelle dès l'âge de 14 ans. Si le diagnostic de polypose est confirmé, il faut discuter de la date de la coloprotectomie* totale dès la fin de la puberté (vers 17 ans).

- **Le syndrome de Lynch (HNPCC)**

Contribue pour 1 à 5% des cancers colorectaux. Ce sont des cancers héréditaires d'emblée sans polypose préalable, survenant souvent avant 40 ans et localisés préférentiellement dans le côlon droit. Un diagnostic génétique est maintenant possible dans ces familles. La surveillance préconisée, si une mutation génétique est identifiée, est une coloscopie totale tous les 2 ans dès l'âge de 20-25 ans (ou 5 ans avant l'âge du cancer le plus précoce de la famille, ou si celui-ci est apparu avant l'âge de 25 ans). Chez les femmes, en raison du risque de cancer de l'utérus associé à cette pathologie, un examen gynécologique annuel après l'âge de 30 ans est conseillé, complété par une échographie endovaginale* et un frottis endo-utérin*.

Pour ces deux affections, les sujets ayant bénéficié d'un test génétique et non porteurs de la mutation familiale doivent être suivis comme la population générale.

LE DEPISTAGE

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

Le test de dépistage du cancer du côlon et du rectum est basé sur la découverte de sang microscopique (non vu à l'œil nu) dans les selles. En effet, très souvent, les gros polypes et les cancers de l'intestin saignent sur un mode discret et non visible. Ce saignement microscopique pourra être repéré grâce à un test de laboratoire : le test OC Sensor®.

Si le test OC Sensor® est négatif (absence de sang détectable), vous serez invité(e) à le renouveler tous les deux ans. Si des troubles tels que constipation ou diarrhée, fatigue anormale, douleurs au ventre, apparaissent dans l'intervalle de ces deux ans, consultez votre médecin.

Par contre, si le test est positif, il conviendra d'effectuer un examen approfondi de l'intestin par une coloscopie (introduction d'un tube dans l'intestin sous brève anesthésie générale) qui permettra de visualiser les lésions et de les prélever pour examen histologique*. De cet examen dépendra la suite du traitement, si la lésion est cancéreuse.

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

Ce test OC Sensor® ne détecte pas tous les cancers et les gros adénomes, mais sa sensibilité et sa spécificité sont nettement meilleures que celles du précédent test Hemoccult®. La pratique du dépistage a montré qu'elle pouvait diminuer la mortalité par cancer colorectal, de 50 % chez les personnes participant au dépistage et de 25 % dans la population générale.

LE TEST OC SENSOR®

Un programme de dépistage organisé du cancer du côlon a été mis en place sous l'impulsion du ministère de la Santé, avec l'Assurance Maladie et le soutien de la Ligue nationale contre le cancer. Il s'inscrit dans le Plan Cancer.

Il concerne tous les sujets «à risque moyen» sans symptôme colorectal, sans antécédents personnels ou familiaux de maladie inflammatoire chronique de l'intestin, de polype ou de cancer colorectal ou également de maladie héréditaire prédisposant au cancer colorectal.

Il permet à toutes les personnes, hommes et femmes, de 50 à 74 ans de bénéficier, tous les deux ans, d'un dépistage gratuit du cancer du côlon, par ce test OC Sensor®.

Votre médecin traitant vous remettra une grande enveloppe contenant le mode d'emploi, le test lui-même et son enveloppe de retour au laboratoire.
Sur une seule selle, vous gratterez les matières, avec la tige striée, en plusieurs points, puis vous enfermerez la tige dans un tube contenant du liquide de fixation en agitant fortement. Ce tube sera alors bien identifié par votre nom et votre adresse, mis dans un sachet protecteur et envoyé immédiatement au laboratoire d'analyse dans l'enveloppe pré identifiée.
Le résultat de l'examen vous sera adressé par courrier.
Si l'examen s'avère positif, il conviendra de prendre contact immédiatement avec votre médecin qui vous conseillera une coloscopie.

DIAGNOSTIC

Le cancer du côlon peut rester longtemps asymptomatique*.

Il est souvent précédé d'une tumeur bénigne : l'adénome* (ou polyp). En grossissant, en particulier au-delà de 1 cm de diamètre, le risque qu'il se transforme en cancer devient plus important.

C'est au stade de polyp que le dépistage doit se faire, sans attendre. Mais certains symptômes peuvent également attirer l'attention et conduire à une consultation médicale :

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

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

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

Un amaigrissement inexpliqué et/ou une petite fièvre persistante.

Le diagnostic se fait:

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

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

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

TRAITEMENTS

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

Le choix du traitement dépend de la localisation du cancer et de son étendue.

LA CHIRURGIE

Elle est le principal traitement. Elle consiste à retirer la partie de l'intestin où se trouve le cancer. Dans la majorité des cas, la possibilité de rétablir immédiatement la continuité de l'intestin évite l'anus artificiel, provisoire ou définitif.

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

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

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

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

LA RADIOTHERAPIE

Elle est utilisée dans le cancer du bas rectum.
Associée à la chirurgie, elle permet de diminuer les récidives locales. Cette radiothérapie est réalisée avant la chirurgie le plus souvent, en association avec une chimiothérapie.
Elle peut être aussi indiquée dans le traitement des métastases.

LA CHIMIOTHERAPIE ET LES THERAPIES CIBLEES

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

- Les médicaments de chimiothérapie agissent sur les mécanismes de la division des cellules cancéreuses.

- Les thérapies ciblées (ou anticorps monoclonaux) bloquent les mécanismes de prolifération de ces cellules.

Ces traitements sont proposés :

- soit après la chirurgie dans les cancers avec atteinte ganglionnaire pour réduire les risques de récidives et améliorer les chances de guérison,

- soit dans les cancers avec métastases en associant alors chimiothérapie et thérapie ciblée. Ces médicaments peuvent aussi être administrés comme seul traitement si la chirurgie n'est pas possible.

Dans les cancers du côlon, neuf médicaments sont utilisés :
- En chimiothérapie : 5-fluoro-uracile, Capécitabine, Tégafur uracile, Oxaliplatine, Irinotécan et Raltitrexed.
- En thérapie ciblée : Bévacizumab, Cetuximab et Panitumumab.

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

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

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

Avant chaque cure, un examen clinique et des examens de sang permettent d'évaluer la poursuite ou non du traitement.

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

SURVEILLANCE APRES TRAITEMENT

Le malade est suivi régulièrement tous les ans :

- pendant 5 ans par : Un examen clinique, une radiographie thoracique, une échographie abdominale,
- puis tous les 5 ans par une coloscopie totale.

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

CONCLUSION

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

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

GLOSSAIRE

Adénome (synonyme de polype) : tumeur bénigne (par opposition au carcinome qui est une tumeur maligne, c'est-à-dire cancéreuse) qui peut être souvent enlevée par voie endoscopique.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- :- :- :- :- :-

Pour en savoir plus :

- Les traitements du cancer du côlon (2010), Guides patients, Cancer Info, INCa
- http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-colon/Points-cles

- Les traitements du cancer du rectum (2010), Guides patients, Cancer Info, INCa
- http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-rectum/Points-cles

- Société nationale Française de Gastro-entérologie http://www.snfge.org/content/grand-public

- :- :- :- :- :-

Mise à jour : Janvier 2017 :
Pr. Jean FAIVRE (CHU de Dijon)
Dr. Henri BASTIEN (Ligue contre le cancer)

LA LIGUE CONTRE LE CANCER

Créée en 1918, la Ligue nationale contre le cancer est une association loi 1901, à but non lucratif, reconnue d'utilité publique. Elle fédère 103 Comités départementaux qui, ensemble, luttent dans trois domaines complémentaires : la recherche, l'information, la prévention, la promotion des dépistages et les actions pour les malades et leurs proches.

RECHERCHE

La Ligue est le premier financeur privé et indépendant de la recherche en cancérologie en France. Sous le contrôle d'un conseil scientifique national et de conseils scientifiques régionaux ou inter régionaux, elle finance des travaux de recherches fondamentale, clinique, épidémiologique et de sciences humaines et psychosociales. Elle soutient des jeunes chercheurs par des allocations d'étude, assure le financement de programmes de recherche d'équipes labellisées pour l'excellence de leurs travaux et initie des programmes de recherche innovants comme « la Carte d'Identité des Tumeurs ».

INFORMATION, PRÉVENTION ET PROMOTION DES DÉPISTAGES

Pour sensibiliser chacun au danger de certains comportements (tabac, alcool, exposition au soleil, etc.), pour alerter sur les facteurs de risque et en organiser la protection, pour communiquer sur les avantages des dépistages de certains cancers, la Ligue met en œuvre des moyens de communication (dépliants, brochures, affiches) disponibles au Siège de la Ligue ou auprès de ses Comités départementaux. En partenariat avec l'Institut national du cancer, elle relaie sur le terrain, les messages de dépistage des cancers.

ACTIONS POUR LES MALADES ET LEURS PROCHES

Les Comités départementaux de la Ligue apportent leurs soutiens matériel et financier, moral et psychologique aux malades, anciens malades et à leurs proches. Pour l'amélioration de leur qualité de vie, ils proposent ces accompagnements et des activités de soutien diverses au sein d'Espaces Ligue, lieux d'information installés dans les unités de soins ou dans leur Comité. La Ligue soutient aussi les patients dans les difficultés rencontrées pour défendre leurs droits, retrouver un emploi, bénéficier d'un prêt bancaire...

(Ecoute Ligue : 0 800 940 939 - Appel gratuit)

LA LIGUE AU CŒUR DE LA SOCIÉTÉ

La Ligue affiche un site internet (www.ligue-cancer.net) et édite une revue trimestrielle « Vivre » informant sur ses actions et celles de ses Comités départementaux ainsi que sur les dernières avancées thérapeutiques contre le cancer. Elle met à la disposition de tous, un comité éthique, consultatif, indépendant et permanent pouvant être saisi par toute personne physique ou morale sur diverses questions relevant de l'éthique et du cancer. La Ligue veut faire du cancer un enjeu de société rassemblant le plus de forces possibles des milieux sociaux, culturels et économiques.

DON en CONFIANCE
comitecharte.org

LA LIGUE

CONTRE LE CANCER

Ligue nationale contre le Cancer
14 rue Corvisart
75013 PARIS

Tél :01 53 55 24 00

www.ligue-cancer.net

Ligue contre le Cancer
Comité de Côte d'Or
29 C Rue de Talant
CS 40750
21007 DIJON Cedex
Tel : 03 80 50 80 00

cd21@ligue-cancer.net
www.ligue-cancer21.net

Coloradox 03 80 570 570