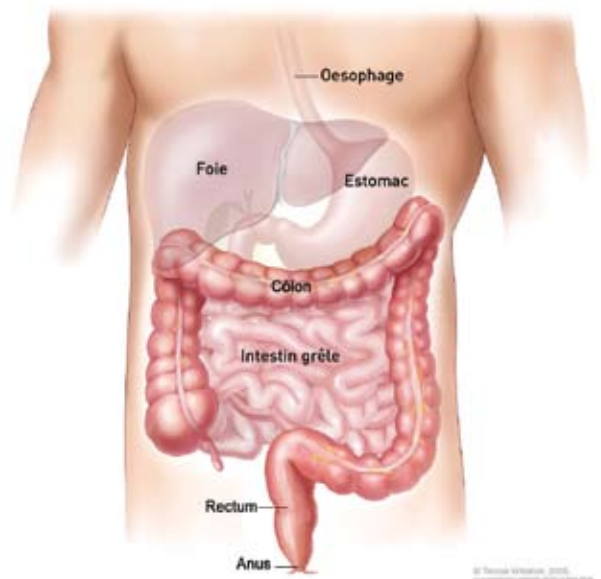


LE CÔLON ET LE RECTUM

LE CÔLON ET LE RECTUM

Le côlon et le rectum forment ensemble le gros intestin et assurent des fonctions essentielles dans les dernières étapes de la digestion.

La digestion commence dans la bouche, où la nourriture mastiquée se défait en petits morceaux, puis est avalée. Elle voyage ensuite le long de l'œsophage jusque dans l'estomac, où elle est désagrégée davantage par les sucs gastriques, puis rejetée dans l'intestin grêle. Elle continue alors à se décomposer, et les substances nutritives, notamment les glucides, les protéines et les vitamines, sont absorbées par l'intestin. Ce passage dans l'intestin grêle ayant rendu la nourriture presque liquide, celle-ci parvient alors au côlon, qui fait environ 5 $\frac{1}{2}$ pieds de long. La principale fonction du côlon est d'absorber l'eau des déchets de nourriture pour les dessécher et former une matière semi-solide appelée « selles ». Les selles passent alors dans le rectum, qui mesure environ 6 pouces, où elles sont « emmagasinées » jusqu'à ce qu'elles soient expulsées par l'anus.



LE CANCER COLORECTAL

QU'EST-CE QUE LE CANCER COLORECTAL ?

Étant donné que le cancer du côlon et celui du rectum se caractérisent par le même type de cellules et présentent beaucoup de similitudes, ils sont bien souvent désignés tous les deux par une seule expression : « cancer colorectal ».

Il arrive que certaines des cellules qui tapissent le côlon ou le rectum adoptent un comportement anormal et commencent à se multiplier rapidement, formant parfois des tumeurs ou excroissances non cancéreuses (bénignes) appelées « polypes ». Bien que les polypes ne soient pas toujours précurseurs d'un cancer colorectal, cette maladie fait presque toujours suite à des polypes. Les cellules d'un polype peuvent subir au cours de plusieurs années des mutations de leur ADN à la suite desquelles elles deviennent malignes (cancéreuses). Au début, les cellules cancéreuses se logent à la surface des polypes, mais elles peuvent proliférer et traverser la paroi du colon ou du rectum, puis se répandre dans le sang ou les canaux lymphatiques pour atteindre les ganglions lymphatiques ou d'autres organes comme le foie ou les poumons. On les appelle alors « métastases ». Les cellules cancéreuses en viennent à détruire et à remplacer les tissus sains.

SIGNES ET SYMPTÔMES

Les symptômes et signes associés au cancer colorectal ne sont pas spécifiques, ce qui signifie qu'ils peuvent être indicateurs d'un certain nombre d'autres maladies. Souvent, les symptômes se manifestent seulement lorsque la maladie a atteint un stade avancé.

Les symptômes suivants PEUVENT indiquer la présence d'un cancer colorectal et doivent être évalués par un médecin :

- diarrhée ou constipation prolongée
- selles plus étroites qu'à l'habitude
- présence de sang dans les selles
- perte d'appétit, perte de poids inexplicée
- sensation que les intestins ne se vident pas complètement
- fatigue, anémie
- douleurs à l'abdomen ou malaises abdominaux divers
- nausées, vomissements

DIAGNOSTIC

TESTS DIAGNOSTIQUES UTILISÉS POUR LE CANCER COLORECTAL

Quand un médecin soupçonne qu'une personne est atteinte de cancer colorectal, il établit les antécédents médicaux complets de cette dernière, effectue un examen physique (qui peut comprendre un toucher rectal) et prend des dispositions pour que la personne passe des tests visant à déterminer s'il y a bel et bien présence d'un cancer. Les tests pouvant être utilisés pour émettre le diagnostic sont décrits ci-dessous.

RECHERCHE DE SANG OCCULTE DANS LES SELLES (RSOS) OU TEST IMMUNOCHIMIQUE DE RECHERCHE DE SANG OCCULTE DANS LES SELLES

Les vaisseaux sanguins qui se trouvent à la surface des tumeurs propres au cancer colorectal et des polypes sont souvent très fragiles et s'endommagent à cause du passage des selles, ce qui a pour effet de provoquer des saignements, mais les traces de sang sont trop infimes pour pouvoir être détectées à l'œil nu. Une recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) permet de déceler la présence de sang occulte (caché) dans les selles. Ce test s'effectue à la maison, où la personne prélève des échantillons de matières fécales provenant de trois selles différentes, puis étale un peu de chaque prélèvement sur un petit carton spécial qui est ensuite envoyé au laboratoire à des fins d'analyse. En cas de résultat positif, il faut toujours procéder à un examen interne appelé « coloscopie » (voir la page suivante) afin de déterminer la cause du saignement. En outre, il existe maintenant un nouveau test de recherche de sang occulte dans les

selles moins fréquemment utilisé qui s'appelle « test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles ». La RSOS peut donner un résultat positif en cas de présence de sang animal (sang provenant d'une viande mangée par la personne), alors que le test immunochimique détecte uniquement le sang humain, ce qui le rend plus efficace.

ANALYSES SANGUINES

Certaines analyses de sang peuvent aider au diagnostic du cancer colorectal. L'une de ces analyses s'appelle « formule sanguine » et sert à mesurer le nombre des globules sanguins et à en évaluer la qualité. Elle permet de déceler l'anémie (caractérisée par un faible taux de globules rouges) que présente bien des personnes atteintes de cancer colorectal en raison des saignements occultes prolongés qui sont provoqués par les tumeurs. Il y a également une analyse sanguine qui sert à vérifier si le taux d'antigène carcinoembryonnaire (ACE, formé notamment d'une protéine produite dans les cas de cancer colorectal) est élevé, car cela peut indiquer la présence d'un tel cancer. On fait souvent un test d'ACE à l'étape de l'investigation diagnostique, et celui-ci sert de référence lors de tout autre test d'ACE effectué par la suite pour surveiller les résultats d'un traitement (une diminution du taux d'ACE indique que le traitement est efficace). On peut également répéter le test d'ACE après le traitement pour déceler toute récurrence du cancer (révélée par une nouvelle augmentation du taux d'ACE).

DIAGNOSTIC

LAVEMENT BARYTÉ À DOUBLE CONTRASTE

La méthode du lavement baryté à double contraste consiste en un examen radiographique qui fournit des images de la totalité du côlon. On introduit dans le rectum un liquide contenant du sulfate de baryum qui se répand dans tout le côlon et permet une meilleure définition des images produites par radiographie. En outre, on pompe de l'air dans le côlon afin de l'élargir avant de prendre les radiographies. Si l'on détecte des polypes ou toute autre anomalie, on effectue une coloscopie afin de pousser plus loin l'investigation.

SIGMOÏDOSCOPIE SOUPLE

La sigmoïdoscopie souple est un examen interne de la partie inférieure du côlon (appelée « sigmoïde ») effectué à l'aide d'un tube mince et souple munie à une extrémité d'une lumière et d'une petite caméra qui peut être reliée à un moniteur. On insère lentement le tube par l'anus et on le fait glisser jusqu'au côlon sigmoïde afin d'examiner ce dernier. Si l'on découvre des polypes ou toute autre anomalie, on peut en faire l'ablation complète à l'aide d'un instrument qu'on insère dans le tube—une intervention appelée « biopsie ». L'échantillon prélevé est envoyé au laboratoire, qui déterminera s'il y a présence de cellules cancéreuses. Le cas échéant, une coloscopie sera nécessaire pour vérifier si l'on trouve des excroissances dans le reste du côlon.

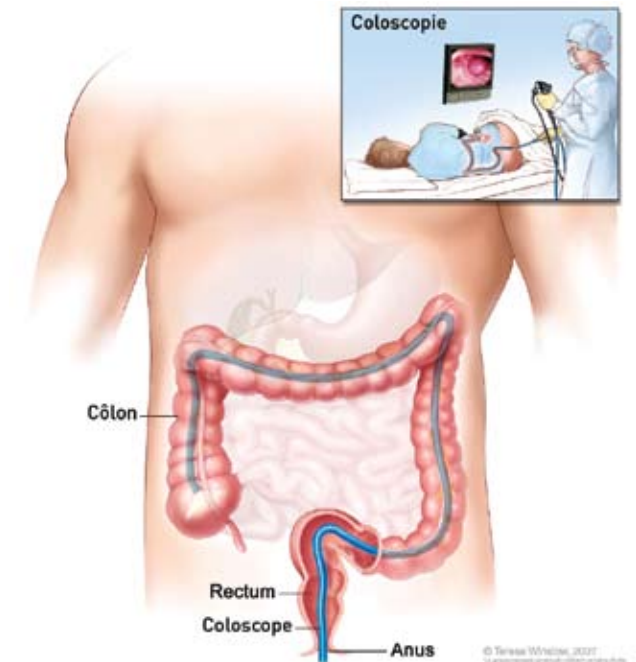
DIAGNOSTIC

COLOSCOPIE

La coloscopie est semblable à la sigmoïdoscopie, sauf qu'elle permet d'examiner la totalité du côlon. Si on décèle des polypes ou d'autres anomalies, on peut en prélever un fragment par biopsie et l'envoyer au laboratoire pour savoir s'il y a présence de cellules cancéreuses. Étant donné qu'il s'agit d'un examen plus invasif, on administre généralement un sédatif au patient. La coloscopie est considérée comme la méthode de dépistage la plus efficace pour le cancer, car elle permet un examen plus approfondi du côlon. Il existe également une nouvelle technique moins invasive appelée « coloscopie virtuelle ». Elle combine la radiographie et la tomodensitométrie (voir la partie concernant les tests fondés sur les techniques d'imagerie) pour produire des images de l'intestin. Lorsqu'elle révèle quelque chose de suspect, on procède alors à une coloscopie conventionnelle.

BIOPSIE

Cet examen consiste à prélever un fragment de tissu afin qu'il soit examiné au microscope par un pathologiste (médecin spécialisé dans le diagnostic des maladies). C'est la seule façon d'établir un diagnostic définitif au sujet du cancer colorectal. L'analyse du prélèvement biopsique permet également de déterminer à quel stade en est le cancer et, parfois, jusqu'à quel point la paroi du côlon ou du rectum est atteinte.



DÉPISTAGE

Le dépistage consiste à effectuer, en l'absence de symptômes, une série de tests afin de déterminer s'il y a présence d'une maladie donnée, à titre préventif et pour que la maladie soit décelée à un stade précoce, le cas échéant. Pour le commun des mortels, l'âge est le facteur de risque le plus important en ce qui concerne le cancer colorectal, car, dans plus de 90 % des cas, cette maladie frappe des gens âgés de plus de 50 ans. L'Association canadienne du cancer colorectal (ACCC) recommande donc que tous les hommes et les femmes qui ont 50 ans ou plus se soumettent au moins tous les deux ans à une recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) ou à un test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles. En cas de résultat positif, il faut toujours faire une coloscopie.

Les gens qui présentent plus de risques d'avoir un cancer colorectal devraient en parler à leur médecin afin de commencer plus tôt le dépistage précoce et de passer des tests plus fréquemment, et pour que le médecin décide de la méthode de dépistage qui convient le mieux.

Parmi les facteurs de risque les plus importants, on trouve :

- membre de la famille immédiate atteint de cancer colorectal
- antécédents personnels de cancer colorectal
- antécédents personnels de polypes bénins
- maladie inflammatoire intestinale (colite ulcéreuse ou maladie de Crohn, p. ex.)
- antécédents familiaux ou diagnostic de syndromes héréditaires liés au cancer colorectal tels que la polypose adénomateuse familiale rectocolique ou le cancer colique héréditaire sans polypose

Le cancer colorectal est guérissable dans plus de 90 % des cas lorsqu'il est découvert à un stade précoce. Cette proportion diminue toutefois quand il est décelé à un stade plus avancé.

TESTS FONDÉS SUR DES TECHNIQUES D'IMAGERIE

Une fois le cancer colorectal diagnostiqué, il peut être nécessaire d'effectuer d'autres tests afin que les médecins puissent examiner le cancer à l'intérieur du corps et déterminer à quel stade il en est et à quel point il s'est propagé. Ces tests sont décrits ci-dessous.

RADIOGRAPHIE

La radiographie est une technique d'imagerie qui consiste à faire absorber à une partie du corps une petite dose de rayons X afin d'en enregistrer l'image sur un support, tel qu'un film radiographique, placé derrière la partie visée. On utilise parfois la radiographie pour faire un examen du thorax et de l'abdomen. Si l'on découvre quelque chose de suspect, on peut prescrire une tomodensitométrie (voir ci-dessous) afin d'obtenir des détails.

TOMODENSITOMÉTRIE

La tomodensitométrie est un examen qui se fait à l'aide de rayons X et produit des images tridimensionnelles en coupe transversale de la partie du corps visée. Le tomodensitomètre (scanner) prend des radiographies et les transmet à un ordinateur qui génère des images en « couches » de la région en question. Si l'on détecte une lésion suspecte sur l'un des organes environnants, le médecin peut demander une biopsie à l'aiguille assistée par tomographie afin de vérifier s'il y a présence d'un cancer. On introduit alors, avec l'aide d'un tomodensitomètre, une aiguille dans les tissus qui entourent la zone suspecte pour en prélever un petit fragment afin d'en faire un examen plus poussé.

IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) s'apparente à la tomodensitométrie en ce sens qu'elle produit, elle aussi, des images tridimensionnelles en coupe transversale de certaines parties du corps. Cependant, elle fait pour cela appel à un puissant champ magnétique et à des ondes radio, plutôt qu'à des rayons X. Percevant le champ magnétique, l'appareil émet des ondes radio qui traversent le corps, puis sont enregistrées et traitées par un ordinateur qui s'en sert pour générer des images. Soulignons que l'IRM produit des images plus détaillées de certains tissus que la tomodensitométrie.

ÉCHOGRAPHIE

La technique de l'échographie utilise des ondes acoustiques pour produire des images des organes visés. Un dispositif (appelé « transducteur ») émet des ultrasons qui traversent la région du corps visée et dont les échos renvoyés sont reçus par l'appareil et transmis à un ordinateur qui s'en sert pour générer des images. L'échographie est souvent employée dans les cas de cancer rectal (le transducteur étant alors introduit dans le rectum) pour vérifier dans quelle mesure le mal a envahi la paroi intestinale et s'il a atteint les ganglions lymphatiques.

TOMOGRAPHIE PAR ÉMISSION DE POSITONS

La tomographie par émission de positons (TEP) correspond à une technique d'imagerie tout à fait différente. Elle permet de mesurer l'activité des tissus plutôt que d'en examiner l'anatomie, comme le font les autres méthodes d'imagerie. La TEP consiste à injecter dans l'organisme, par voie intraveineuse, une substance radioactive qui est tout de suite absorbée par les cellules cancéreuses. En effet, comme les cellules cancéreuses ont besoin de plus d'énergie que les cellules saines, elles absorbent plus rapidement la substance, qui émet alors d'infimes particules appelées « positons ». Un tomographe (scanner) enregistre les positons émis et transmet l'information à un ordinateur, qui génère alors des images tridimensionnelles en couleur des parties visées. La TEP permet de détecter les tumeurs trop petites pour être repérées au moyen des autres techniques d'imagerie.

LES STADES DU CANCER COLORECTAL

Le médecin analyse les renseignements obtenus grâce à l'examen physique, aux analyses sanguines, à la biopsie et aux techniques d'imagerie afin de faire une première évaluation du stade, qu'on nomme « stade clinique ». Le stade d'un cancer correspond à son étendue, qui est définie selon le nombre de couches de la paroi intestinale qui sont touchées, selon que les ganglions lymphatiques sont atteints ou non, et selon que le cancer s'est étendu ou non à d'autres organes. La détermination du stade clinique est importante, car elle aide le médecin à choisir le premier traitement que la personne devrait recevoir. Le choix du traitement dépend du stade que le cancer a atteint dans son évolution.

Dans de nombreux cas de cancer colorectal, le premier traitement choisi est une chirurgie visant à enlever la tumeur. Bien souvent, on ne peut établir le stade de façon définitive avant d'avoir procédé à la chirurgie et soumis les fragments de tissus enlevés au pathologiste afin qu'il les examine. C'est alors qu'on détermine le stade « pathologique », qui peut différer du stade clinique. Le cas échéant, le plan de traitement peut être modifié.

On a établi cinq principaux stades pour le cancer colorectal. Plus le chiffre indicateur du stade est élevé, plus le cancer est avancé.

- 0** — Le cancer ne touche que la couche superficielle de la paroi interne du côlon ou du rectum; il n'a pas encore envahi l'ensemble de la paroi intestinale.
- I** — Le cancer a traversé plusieurs couches de la paroi du côlon ou du rectum.
- II** — Le cancer a franchi complètement la paroi du côlon ou du rectum et peut se propager aux tissus environnants.
- III** — Le cancer a atteint les ganglions lymphatiques.
- IV** — Le cancer s'est étendu à des organes voisins, généralement le foie ou les poumons. Les tumeurs cancéreuses qui touchent ces organes sont appelées « métastases ».

TRAITEMENT

Jusqu'ici, nous avons abordé le cancer du côlon et le cancer du rectum comme un seul cancer, mais le traitement qui convient pour chacun diffère passablement. Dans les parties qui suivent, nous allons donc faire la distinction entre ces deux types de cancer, qui se distinguent par l'endroit où ils sont situés. Le premier se loge dans le rectum, qui se trouve à l'extrémité du tube digestif. La partie de l'intestin qui doit être enlevée en même temps que la tumeur dans les cas de cancer du rectum (et qu'on appelle « marge de sécurité ») est bien moins longue que dans le cas d'un cancer du côlon, ce dernier faisant 5 1/2 pieds de long. Il faut assurer une marge de tissu sain dans la zone circonférentielle de la région atteinte. Comme le rectum est situé à proximité de la vessie et des organes génitaux, il peut être difficile pour le chirurgien de manœuvrer et d'enlever complètement la tumeur. L'opération requise pour éliminer toutes les cellules cancéreuses environnantes peut donc s'avérer plus poussée que dans le cas d'un cancer du côlon.

Il existe quatre traitements pour le cancer du côlon comme pour celui du rectum. Le choix du traitement dépend de l'endroit où se trouve le cancer et du stade d'évolution où il est rendu. Il est possible de combiner plusieurs des méthodes de traitement suivantes :

LA CHIRURGIE

La chirurgie, qui est considérée comme le principal traitement dans la plupart des cas de cancer colorectal. La norme en matière d'intervention chirurgicale est une opération appelée « résection complète », qui consiste à faire une incision dans l'abdomen pour enlever la tumeur et les tissus environnants ainsi que les vaisseaux sanguins et les ganglions lymphatiques avoisinants. Les deux extrémités de ce qui reste de l'intestin sont alors attachées ensemble. Dans les cas de cancer du rectum, une colostomie (par laquelle on abouche la portion restante du côlon à la peau pour créer un anus artificiel permettant d'évacuer les déchets) peut s'avérer nécessaire, en particulier lorsque le cancer est situé dans la partie inférieure du rectum et touche l'an.

LA RADIOTHÉRAPIE

La radiothérapie, qui fait appel à de fortes doses de rayonnement émis par un appareil en direction de la partie externe du corps où se trouve la tumeur. La radiothérapie est utilisée plus fréquemment pour traiter le cancer du rectum. On peut y avoir recours avant la chirurgie afin de réduire la taille de la tumeur, ce qui facilite l'ablation de cette dernière, ou après la chirurgie, pour détruire les cellules cancéreuses qui pourraient rester.

LA CHIMIOTHÉRAPIE

La chimiothérapie, qui consiste à administrer des produits chimiques anticancéreux, soit par intraveineuse, soit par voie orale, sous forme de comprimés, afin de détruire les cellules cancéreuses (dont la prolifération est rapide) qui pourraient subsister après la chirurgie. On utilise également la chimiothérapie pour réduire la taille d'une tumeur avant la chirurgie ou traiter les cancers colorectaux de stade avancé (stade IV).

LES THÉRAPIES CIBLÉES

Les thérapies ciblées, aussi appelée « biothérapies », font appel à de nouveaux médicaments anticancéreux administrés par intraveineuse et utilisés quand le stade est avancé. Elles s'attaquent à une cible ou à une étape particulière du processus biologique lié au cancer. Elles diffèrent de la chimiothérapie, car celle-ci agit sur toutes les cellules en croissance rapide dans l'organisme, y compris les cellules saines.

TRAITEMENT EN FONCTION DU STADE

On trouve ci-dessous un aperçu des traitements convenant à chaque stade du cancer du côlon et de celui du rectum. Il importe cependant de noter que chaque cas est différent et que le traitement peut varier en fonction de ses caractéristiques.

STADE 0

Cancer du côlon : En règle générale, seule l'ablation de la tumeur cancéreuse dans le cadre d'une sigmoïdoscopie ou d'une coloscopie (si cela n'a pas été fait au cours des examens diagnostiques) est nécessaire pour un cancer du côlon de ce stade. Si la tumeur est trop grosse ou si ses contours sont mal définis, il faut parfois procéder à une résection complète.

Cancer du rectum : Outre l'opération susmentionnée, il est parfois également possible, étant donné que le rectum se trouve près de l'anus, d'enlever les cellules cancéreuses en passant par l'orifice anal. Cette opération s'appelle « excision transanale ».

STADE I

Cancer du côlon : Une résection complète des tissus malades suffit généralement.

Cancer du rectum : La tumeur est généralement enlevée par résection complète. Dans certains cas, on peut l'enlever par excision transanale. Une radiothérapie et une chimiothérapie sont parfois recommandées avant ou après cette intervention.

STADE II

Cancer du côlon : Une résection complète de la tumeur est généralement le seul traitement requis. Toutefois, si le cancer se révèle invasif ou s'est propagé aux tissus avoisinants, une chimiothérapie peut s'avérer nécessaire après l'intervention chirurgicale.

Cancer du rectum : La tumeur est enlevée par résection complète. On recommande une radiothérapie avant ou après l'opération, et une chimiothérapie peut être effectuée avant ET après cette dernière.

STADE III

Cancer du côlon : On procède à l'ablation de la tumeur par résection complète. Il est recommandé de faire suivre d'une chimiothérapie.

Cancer du rectum : La tumeur est enlevée par résection complète. On recommande une radiothérapie avant ou après l'opération, et une chimiothérapie peut être effectuée avant ET après cette dernière.

STADE IV

Cancer du côlon : Généralement, on enlève la tumeur par résection complète. S'il y a peu de métastases, on peut en faire l'ablation au cours de la même opération, ce qui peut entraîner la guérison. Si l'ablation des métastases est impossible parce que celles-ci sont trop grosses ou trop nombreuses ou qu'elles sont situées trop près de parties cruciales d'un organe, on peut prescrire une chimiothérapie afin de contrôler la dissémination du cancer, voire de réduire suffisamment le nombre de métastases pour pouvoir opérer. À ce stade, la chirurgie est le traitement associé au meilleur pronostic de guérison. On peut inclure dans la chimiothérapie des thérapies ciblées afin d'optimiser les résultats. Une chimiothérapie fait habituellement suite à l'ablation des métastases par chirurgie. Si on ne peut toujours pas procéder à l'ablation des métastases, il peut être possible de les détruire en « brûlant » ou en « gelant » les tissus malades (à l'aide de sondes insérées dans la peau) ou par d'autres méthodes non chirurgicales—ces méthodes servent à contrôler la propagation du cancer, non à guérir ce dernier, mais elles peuvent entraîner une amélioration marquée de la qualité de vie de la personne et prolonger son espérance de vie.

Cancer du rectum : En général, on procède de la manière décrite ci-dessus, sauf en ce qui concerne l'ablation de la tumeur primitive, qui peut en l'occurrence être accompagnée d'une radiothérapie et d'une chimiothérapie pré-opératoire.

SUIVI

Le suivi est très important pour assurer la stabilité de l'état de santé. S'il y a quelque chose d'anormal, on peut le détecter rapidement et traiter le problème sans délai.

Le suivi peut comprendre une coloscopie, des analyses sanguines et des tests fondés sur des techniques d'imagerie. Les tests de suivi et leur fréquence varient selon le stade d'évolution du cancer, le traitement reçu et les caractéristiques particulières du cas.

