

Notre conviction : seule la recherche vaincra le cancer.
Notre ambition : libérer l'extraordinaire potentiel de la recherche française en cancérologie.
Notre objectif : parvenir un jour à guérir le cancer, tous les cancers.

La Fondation ARC pour la recherche sur le cancer partage avec le plus grand nombre les avancées de la recherche pour apporter à chacun les moyens de mieux prévenir, de mieux prendre en charge et de mieux comprendre la maladie.

Trois collections sont disponibles :

- **Sensibiliser et prévenir** pour sensibiliser aux risques et à la prévention des cancers.
- **Comprendre et agir** pour informer sur la maladie et la prise en charge.
- **Mieux vivre** pour améliorer la qualité de vie pendant et après la maladie.

À découvrir et à commander gratuitement sur www.fondation-arc.org



Les ressources de la Fondation ARC proviennent exclusivement de la générosité de ses donateurs et testateurs.

→ **POUR FAIRE UN DON** ou **AGIR À NOS CÔTÉS** rendez-vous sur www.fondation-arc.org

CANCER COLORECTAL

Avec plus de 47500 nouveaux cas par an, le cancer colorectal est un des cancers les plus fréquents en France. Pour faire reculer la maladie, deux solutions : agir au quotidien et participer au dépistage.

Avec le concours du **Pr Michel Ducreux**, chef de service d'oncologie digestive à Gustave Roussy (Villejuif)



COLLECTION SENSIBILISER ET PRÉVENIR

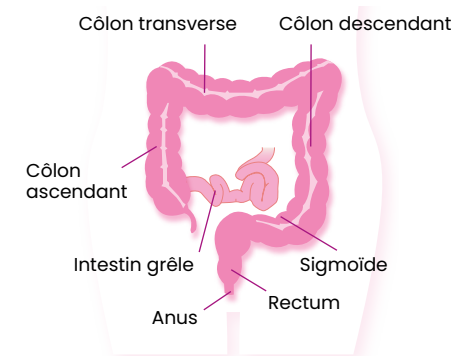
SENSIBILISER

LES CANCERS COLORECTAUX

Les cancers colorectaux regroupent les cancers qui se développent au niveau du côlon (60 % des cas) et du rectum (40 % des cas). Dans la grande majorité, il s'agit d'adénocarcinomes.

Le côlon et le rectum

Le tube digestif commence après la bouche avec l'oesophage puis l'estomac pour se prolonger avec l'intestin grêle. Celui-ci aboutit dans le **côlon (ou gros intestin)** qui mesure en moyenne 1,5 mètre de long. À son extrémité, le **rectum** descend vers l'anus, où se termine le tube digestif.



Les adénocarcinomes

La quasi-totalité des cancers colorectaux diagnostiqués sont des **adénocarcinomes**, des tumeurs se développant à partir des cellules qui tapissent la muqueuse intestinale.

Selon la progression de la maladie, on distingue les **cancers in situ**, limités à la première couche de la paroi intestinale (zone muqueuse) et les **cancers invasifs**, pour lesquels la tumeur a progressé en profondeur à travers la paroi intestinale. En l'absence de traitement, la tumeur peut continuer à progresser et à se disséminer vers les ganglions lymphatiques voisins (extension ganglionnaire) et créer à terme, des foyers secondaires au sein d'organes à distance appelés métastases.

Le saviez-vous ?



ET LES POLYPES ?

Dans le côlon ou le rectum, les adénocarcinomes se développent le plus souvent à partir d'un polype adénomateux (ou adénome), une anomalie bénigne relativement fréquente. L'évolution cancéreuse, lorsqu'elle se produit, peut durer longtemps (neuf ans en moyenne) sans provoquer de symptômes notables.

Les traitements actuels

Les progrès de la recherche ont permis la mise au point de traitements performants. En France, ces avancées, associées au dépistage précoce et à l'organisation des soins, se sont traduites par une survie à cinq ans de près de 63 %, l'un des meilleurs taux de l'UE¹.

→ **LA CHIRURGIE** est le traitement de référence proposé à tous les stades de la maladie. Pour les tumeurs localisées, une portion plus ou moins grande du côlon ou du rectum est enlevée, cette opération permettant à elle seule la guérison.

→ **LA CHIMIOTHÉRAPIE** est en général proposée lorsque la tumeur est étendue : après la chirurgie pour réduire les risques de récurrence ou avant toute opération chirurgicale en cas de cancer étatique.

→ **LA RADIOTHÉRAPIE** est principalement utilisée pour limiter les risques de récurrence locale.

→ **LES THÉRAPIES CIBLÉES**, souvent combinées à une chimiothérapie, permettent d'agir sur des mécanismes spécifiques au développement tumoral. Certains médicaments bloquent la formation de vaisseaux sanguins qui fournissent oxygène et aliments à la tumeur, d'autres empêchent l'action d'un facteur de croissance tumoral.

1. Les cancers en France – édition 2014 ; page 49, janvier 2015, INCa.

CONNAÎTRE LES FACTEURS DE RISQUE

Il est possible d'agir sur la survenue d'un cancer colorectal en identifiant les facteurs de risque connus, qui sont pour certains évitables.

→ **L'ÂGE** est le premier facteur de risque, ces cancers étant très rares avant 45 ans. La moyenne d'âge au diagnostic est de 70 ans.

→ **UN RÉGIME ALIMENTAIRE** pauvre en fibres et riche en viandes rouges, charcuterie, graisse animale ou alcool augmente de manière significative les risques de cancer colorectal.

→ **LA SÉDENTARITÉ ET LE SURPOIDS** ont clairement été associés à un sur-risque de cancer colorectal. L'activité physique, au contraire, a un effet protecteur face au cancer du côlon.

→ **LE TABAGISME** est un facteur de risque modéré mais avéré. Ce risque augmente avec le nombre de cigarettes fumées et la durée du tabagisme.

→ **CERTAINS ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**, comme les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (maladie de Crohn par exemple), favoriseraient le développement d'un cancer colorectal, surtout après une longue évolution de ces maladies.

→ **DES FACTEURS FAMILIAUX** peuvent exister si un ou plusieurs cas de cancer colorectal s'est déclaré parmi les parents du premier degré. Ce risque est d'autant plus important si les cancers sont survenus avant 50 ans.

LES SIGNES À SURVEILLER

En général, l'apparition de symptômes est le signe d'une **maladie qui a commencé à évoluer**. Il est donc important de consulter rapidement le médecin traitant lorsqu'apparaissent les signes suivants : des douleurs abdominales, typiquement par crises de deux à trois jours ; des troubles du transit ; la présence de sang dans les selles ; une anémie ; un amaigrissement inexpiqué ; des saignements du rectum ; une occlusion intestinale, qui peut être le signe d'une maladie avancée et qui nécessite une prise en charge urgente.

DÉTECTER LA MALADIE LE PLUS TÔT POSSIBLE

De nombreuses études ont montré que, dans le cas du cancer colorectal, un diagnostic précoce permettait d'augmenter considérablement la survie à cinq ans des patients². Le dépistage, organisé ou individuel, est un outil essentiel pour prendre en charge précocement la maladie, et donc en améliorer le pronostic.

→ **LE DÉPISTAGE ORGANISÉ** (voir les étapes ci-contre) consiste à inviter tous les deux ans les personnes âgées de 50 à 74 ans à pratiquer le test immunologique. Mis en circulation en mai 2015, il repose sur la détection de sang occulte dans les selles ; en effet, les polypes et les tumeurs cancéreuses sont sujets à de petites hémorragies qui induisent la présence de sang à des doses infimes dans les selles. Dans le cas où le test est positif, une coloscopie est nécessaire pour confirmer la présence d'un polype ou d'une tumeur cancéreuse, en prélever un échantillon, voire en réaliser l'ablation complète lorsque c'est possible (voir encadré ci-dessous).

→ **UN DÉPISTAGE INDIVIDUEL** est requis pour les personnes qui présentent un sur-risque de développer un cancer colorectal (antécédents personnels ou familiaux). Les méthodes de dépistage sont alors adaptées à chacun : une coloscopie est souvent recommandée d'emblée tous les cinq ans à partir de 45 ans ou, dans le cas d'un risque familial, cinq ans avant l'âge d'apparition du cancer chez le parent concerné. Les personnes atteintes de certaines maladies rares héréditaires comme le syndrome de Lynch ou la polypose adénomateuse familiale sont suivies à intervalles très réguliers.

2. Survie attendue des patients atteints de cancer : état des lieux 2010, avril 2010, INCa

LA COLOSCOPIE

Réalisée par un gastro-entérologue, sous anesthésie légère, la coloscopie permet de visualiser la paroi interne du rectum et du gros intestin en introduisant, par l'anus, un tuyau d'environ 1 cm de diamètre. Les micro-instruments chirurgicaux, couplés à la caméra, confèrent à cet examen une dimension préventive, diagnostique et thérapeutique.

- **Préventive**, parce que des polypes (bénins) peuvent être retirés avant qu'ils n'aient évolué.
- **Diagnostique**, parce que des prélèvements d'échantillons de lésions peuvent être effectués et analysés pour orienter le diagnostic.
- **Thérapeutique**, parce que la coloscopie peut être le premier acte chirurgical pour retirer une tumeur cancéreuse précoce.

LE DÉPISTAGE ORGANISÉ : LES ÉTAPES CLÉS



1• Vous avez entre 50 et 74 ans et vous venez de recevoir une invitation à réaliser le test immunologique.



3• Réalisez chez vous le test, qui nécessite un seul prélèvement de selles.



2• Vous pouvez récupérer votre kit de dépistage en prenant rendez-vous chez votre médecin traitant ou en le commandant sur monkit.depistage-colorectal.fr. Vous pouvez également obtenir un kit en pharmacie, que vous ayez ou non reçu votre courrier d'invitation.



4• Envoyez par la poste, 24 heures au plus tard après le prélèvement, l'enveloppe T qui le contient.

5• Vous et votre médecin recevez en parallèle le résultat du test par SMS dans les 3 jours ouvrés ou par courrier (dans les 15 jours qui suivent l'envoi au plus tard).

- **Le test est négatif** : pensez à refaire le test deux ans plus tard. Pendant ce laps de temps, n'hésitez pas à consulter votre médecin traitant dans le cas où des symptômes persistants surviennent.
- **Le test est positif** : une coloscopie vous sera prescrite.

Vrai ou faux ?

« Le dépistage du cancer colorectal nécessite la réalisation d'un toucher rectal. »

FAUX Même si cet acte médical peut être utile pour détecter une tumeur dans les premiers centimètres du rectum, il ne fait pas partie des pratiques de routine pour dépister un cancer colorectal. Le dépistage s'appuie en premier lieu sur les résultats du test immunologique, complétés si nécessaire par une exploration du côlon par coloscopie.

« Le cancer colorectal est un cancer masculin. »

FAUX Le cancer colorectal touche les hommes (55 % des cas) comme les femmes (45 % des cas). C'est d'ailleurs le deuxième cancer le plus fréquent chez les femmes, après le cancer du sein et avant le cancer du poumon.

« Dépisté précocement, le cancer colorectal est guéri dans plus de 8 cas sur 10. »

VRAI Une étude menée entre 1994 et 1999 a montré que la survie à cinq ans des patients passait de 19 % lorsque le cancer colorectal avait été diagnostiqué à un stade IV (maladie qui s'est propagée dans l'ensemble de l'organisme) à plus de 85 % lorsque la maladie avait été diagnostiquée à un stade I (stade superficiel).

Source : Survie attendue des patients atteints de cancer : état des lieux 2010, avril 2010, INCa.

Une question ?

PARLEZ-EN À VOTRE MÉDECIN TRAITANT.

