

L'organe

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, se prolonge par le côlon puis se continue par le rectum et se termine par l'anus. La paroi intérieure du côlon et du rectum est tapissée d'une muqueuse, laquelle peut développer des excroissances nommées polypes ou adénomes. Ce sont des lésions bénignes qui peuvent évoluer très lentement vers la malignité.

Le cancer colorectal représente, par sa fréquence, le troisième cancer chez l'homme et le deuxième chez la femme. Sa fréquence augmente après 45 ans. Le taux français de survie après un cancer colorectal est l'un des meilleurs d'Europe. On estime à plus 19000 cas chez les femmes, et 21500 chez les hommes le nombre de nouveaux cas de cancer colorectal en 2011. (Source FRANCIM, Institut national de veille sanitaire, Ligue contre le cancer)

Les étapes du diagnostic

Suspicion de cancer

Signes cliniques

Les symptômes les plus fréquemment à l'origine du diagnostic peuvent être :

- des saignements dans les selles qui justifient toujours un avis spécialisé,
- une constipation, des ballonnements, des douleurs abdominales, ou des modifications récentes du transit digestif,
- une anémie peut également conduire au diagnostic.

Un antécédent personnel de cancer colorectal, de polypes ou un contexte familial (avec la présence de plusieurs personnes atteintes sur plusieurs générations successives) justifient un dépistage personnalisé régulier par coloscopie.

Dans un nombre important de cas, le cancer colorectal n'est responsable d'aucun symptôme, on parle alors d'une découverte fortuite.

Le cancer colorectal peut également être découvert dans le cadre du dépistage organisé en France.

Examens paracliniques

L'examen nécessaire au diagnostic est une coloscopie complète sous anesthésie générale réalisée par un gastro-entérologue.

Dépistage Organisé en France

En l'absence de symptôme d'appel ou d'antécédent familial probant, la participation au dépistage organisé du cancer colorectal est proposé en France chez les gens âgés de 50 à 74 ans, tous les deux ans par une recherche de sang dans les selles au moyen d'un test Hémocult, qui conduira, s'il est positif à la réalisation d'une coloscopie longue. Ce test ne permet pas d'exclure la présence d'un cancer et ne doit pas servir de test diagnostique dès lors que l'on s'interroge sur la possibilité du diagnostic de cancer colorectal chez une personne du fait de symptômes digestifs.

Confirmation diagnostique : déterminer le type de cancer (tumeur primitive)

Lors de la coloscopie des biopsies de la tumeur sont réalisées. Ces biopsies permettent de confirmer le diagnostic de cancer et de rechercher des anomalies pouvant expliquer le caractère familial de ce cancer. Des recherches de mutations au niveau de gènes tumoraux sont également réalisées en routine pour aider à choisir le traitement dans les stades avancés.

Cancer colorectal

Déterminer le stade (bilan d'extension)

Outre la coloscopie, un scanner thoraco-abdomino-pelvien est réalisé. Pour les cancers du rectum une écho-endoscopie et/ou une IRM pelvienne permettent de préciser l'extension dans la paroi et la présence éventuelle de ganglions atteints. Selon les cas des examens plus précis comme l'IRM hépatique, le TEP scanner peuvent être réalisés pour définir exactement le niveau d'extension de la maladie.

Les traitements possibles

- Pour le cancer de colon les principaux types de traitements sont la résection chirurgicale de la tumeur par voie classique ou coelioscopique, suivie selon les cas d'une chimiothérapie complémentaire.
- Pour les cancers du rectum, cette résection chirurgicale est selon les cas précédée d'une radiochimiothérapie et suivie d'une chimiothérapie adjuvante. Un anus artificiel temporaire ou définitif peut être nécessaire selon les cas.
- Dans les formes métastatiques les traitements sont plus complexes et font intervenir différents spécialistes, par exemple des chirurgiens spécialisés dans le traitement chirurgical du foie, ou du rectum, combinées avec les chimiothérapies et les thérapies ciblées, la radiochimiothérapie, la radiologie interventionnelle pour les traitements par radiofréquence au niveau du foie ou du poumon voire une chimiothérapie administrées directement dans le foie.

Le choix d'une ou de plusieurs de ces techniques est étudié lors de Réunion de Concertation Pluridisciplinaires (RCP), à chaque étape du diagnostic et du traitement. Le traitement est toujours proposé de manière personnalisé en fonction de chaque patient. Ces différentes techniques peuvent être prescrites en totalité, en partie et/ou de façon combinée.

Au CHU de Bordeaux

De plus pour le traitement du cancer du rectum, le CHU de Bordeaux a une expertise qui permet grâce à ses équipes

de chirurgiens, de radiothérapeutes et de chimiothérapeutes de proposer une conservation de l'anus dans des formes très basses de cancer du bas rectum qui relevaient jusqu'à présent d'un anus artificiel définitif. Des techniques ultra modernes, comme la microchirurgie rectale endoscopique (TEM), la résection intersphinctérienne ou la robotique, permettent d'éviter les séquelles sexuelles, la stomie, voire même l'ablation du rectum. De même, au niveau de la résection des métastases hépatiques, l'expertise des équipes de chirurgiens spécialisés dans la chirurgie difficile du foie, avec l'utilisation de chimiothérapies intensives associées aux thérapies ciblées, et les techniques de radiologie interventionnelle et de destruction par radiofréquence ou de micro-onde des métastases permet d'offrir des perspectives de guérisons à des patients en situation de plus en plus avancées.

Dans ces différents domaines, la recherche clinique est active, évaluant des nouvelles techniques (robot chirurgical, résection endoscopique, chimiothérapie intra-artérielle hépatique, radio-embolisation par Yttrium radioactifs, et de nouveaux médicaments).

Suivi

- Le suivi post-opératoire permet de rechercher et de traiter les éventuelles séquelles fonctionnelles de la chirurgie (séquelles digestives et sexuelles de la chirurgie du rectum), de la chimiothérapie et de la radiothérapie. La surveillance de la maladie est systématique, car il est possible de traiter efficacement les rechutes à distance.
- Le suivi coloscopique à long terme permet de rechercher la présence de polype, dont l'exérèse endoscopique évite la survenue d'un nouveau cancer et une opération lourde.
- Dans les formes non opérables et justifiant d'un traitement en continu, le suivi est réalisé par une équipe d'oncologues et de gastroentérologues spécialisés visant à maintenir la meilleure efficacité du traitement pour la meilleure qualité de vie possible.

Pour en savoir plus

Haute Autorité de Santé

www.has-sante.fr

Plateforme information de l'Institut National du Cancer (INCA)

www.e-cancer.fr/cancer-info

Ligue nationale contre le cancer

www.ligue-cancer.net

Site référent pour le cancer en question

www.mon-cancerdigestif.com