

Les traitements du cancer du rectum

COLLECTION
GUIDES DE RÉFÉRENCE

LE RECTUM

LE CHOIX DES TRAITEMENTS

LA CHIRURGIE

LA RADIOTHÉRAPIE

CHIMIOTHÉRAPIE
ET THÉRAPIES CIBLÉES

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 guide a été publié en juillet 2010 avec le soutien financier de La Ligue nationale contre le cancer.



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

Il peut être reproduit ou diffusé librement pour un usage personnel et non destiné à des fins commerciales ou pour des 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 : diffusion@institutcancer.fr



Vous avez appris que vous avez un cancer du rectum. 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 définit 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 rectum.

Les informations proposées ici ne peuvent 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. Ces informations sont destinées à faciliter vos échanges avec les médecins et les 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 rectum. 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.

Pour obtenir des informations sur le suivi et la vie après les traitements du cancer du rectum, rendez-vous sur www.e-cancer.fr/cancer-info.



Points clés

- Le cancer du rectum se développe à partir des cellules qui tapissent la paroi interne du rectum. Le plus souvent, 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 rectum, de sa profondeur dans la paroi, de l'atteinte ou non des organes voisins, de l'atteinte ou non des ganglions proches du rectum et de la présence ou non de métastases au niveau d'autres organes.
- Le choix des traitements est adapté à votre situation. Lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire, plusieurs médecins de spécialités différentes se réunissent pour discuter des traitements les meilleurs possibles dans votre cas. Ils se basent pour cela sur des recommandations de bonne pratique. Ils peuvent également vous proposer de participer à un essai clinique.
- L'équipe qui vous prend en charge comprend des professionnels de différentes spécialités : gastroentérologue, oncologue médical, oncologue radiothérapeute, chirurgien, pathologiste, psychiatre ou psychologue, spécialiste de la douleur, infirmier, stomathérapeute, 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 rectum repose principalement sur la chirurgie qui vise à guérir du cancer en supprimant la portion du rectum atteinte par la tumeur. L'enjeu est de retirer la tumeur avec des marges saines et, pour les tumeurs du bas rectum, de préserver, si possible, le sphincter de l'anus. L'opération nécessite une hospitalisation de sept à dix jours en moyenne. Des effets secondaires (troubles du transit intestinal, de la sexualité, douleur, fatigue...) peuvent persister quelques semaines. Ils doivent être signalés par le patient et être systématiquement pris en charge.

- La tumeur et l'ensemble des tissus retirés pendant l'opération font l'objet d'un examen anatomopathologique. Cet examen permet de préciser l'étendue de la maladie et de décider si un autre traitement est nécessaire après la chirurgie.
- La radiothérapie est souvent associée à la chirurgie dans le traitement des cancers du rectum. Elle réduit le risque de récurrence locale. Elle peut être réalisée avant ou après la chirurgie. Avant la chirurgie, elle permet aussi de réduire la taille de la tumeur et donc de faciliter son retrait.
- Quand la chimiothérapie est indiquée, elle peut être utilisée avant la chirurgie pour renforcer l'action de la radiothérapie. Lorsqu'elle est réalisée après la chirurgie, son objectif est de réduire le risque de récurrence à distance.
- 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 rectum, qu'est-ce que c'est ? | 9 |
| 2. | Les traitements du cancer du rectum | 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 |
| 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 ? | 29 |
| 3.5 | Quels sont les effets secondaires possibles ? | 30 |
| 4. | La radiothérapie | 35 |
| 4.1 | Dans quels cas la radiothérapie est-elle indiquée ? | 35 |
| 4.2 | Les techniques de traitement | 36 |
| 4.3 | Comment se déroule la radiothérapie externe en pratique ? | 37 |
| 4.4 | Quels sont les effets secondaires possibles ? | 39 |
| 5. | Les médicaments anticancéreux : chimiothérapie et thérapies ciblées | 43 |
| 5.1 | Dans quels cas un traitement médical est-il indiqué ? | 44 |
| 5.2 | Quels sont les médicaments anticancéreux utilisés ? | 44 |
| 5.3 | Comment se déroule le traitement en pratique ? | 45 |
| 5.4 | Quels sont les effets secondaires possibles ? | 47 |

| | |
|--|-----------|
| 6. Les professionnels et leur rôle | 53 |
| 7. Questions de vie quotidienne | 57 |
| 7.1 Qu'est-ce que l'ALD ? | 57 |
| 7.2 La vie professionnelle pendant les traitements | 58 |
| 7.3 Les aides à domicile | 58 |
| 7.4 Bénéficier d'un soutien psychologique | 59 |
| 7.5 Les proches | 60 |
| 8. Ressources utiles | 61 |
| 8.1 La plateforme Cancer info | 61 |
| 8.2 Les associations | 63 |
| 9. Glossaire | 65 |
| | |
| Annexe : les examens du bilan diagnostique | 70 |
| Méthode et références | 74 |

Le rectum dans le tube digestif



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

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

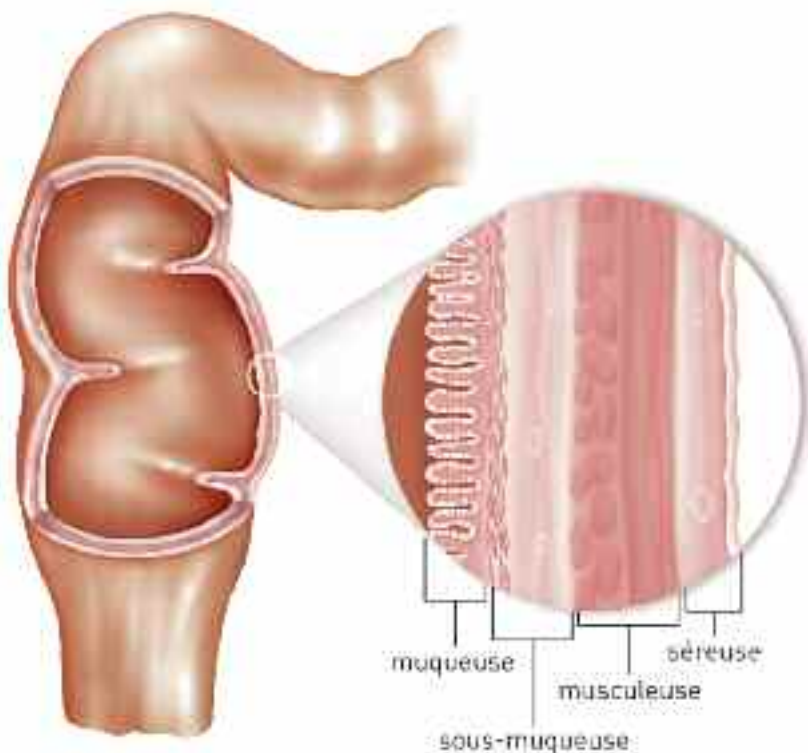
Le rectum constitue la dernière partie du tube digestif. Il relie le côlon et le canal anal.

Après la digestion, les déchets alimentaires transitent de l'intestin grêle au côlon sous forme liquide. Le côlon absorbe l'eau de ces déchets jusqu'à obtenir les selles (matières fécales). Les selles passent ensuite dans le rectum avant d'être évacuées par l'anus.

Lorsque le rectum est plein, le besoin d'aller à la selle est ressenti. C'est un phénomène réflexe. Ensuite, sous le contrôle de la volonté, le sphincter anal (muscle de l'anus) se relâche permettant l'ouverture de l'anus et l'évacuation des selles.

De forme cylindrique, le rectum mesure entre 15 et 18 centimètres de long et présente un diamètre variable : étroit au niveau de sa jonction avec le côlon, puis plus large. Sa surface interne dessine deux ou trois replis horizontaux et des replis verticaux au niveau de sa jonction avec le canal anal. Sa surface externe est bosselée et recouverte par le mesorectum, tissu graisseux qui contient des vaisseaux sanguins* et des ganglions lymphatiques*.

Les différentes couches de la paroi du rectum



La paroi du rectum, comme celle du côlon, est constituée de quatre couches différentes :

- la muqueuse (couche la plus interne) ;
- la sous-muqueuse ;
- la musculaire (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 de la paroi du rectum, 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, à travers les autres couches. On parle alors de

cancer invasif. Le cancer peut s'étendre localement et envahir les organes voisins. Des cellules cancéreuses peuvent également se détacher de la tumeur et emprunter les vaisseaux lymphatiques* ou sanguins pour aller envahir d'autres parties du corps :

- les ganglions lymphatiques proches du rectum ;
- 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.

QUELQUES CHIFFRES

Le cancer du rectum est une maladie fréquente. Il touche près de 15 000 nouvelles personnes chaque année, un peu plus d'hommes (53 %) que de femmes (47 %). Dans plus de 9 cas sur 10, il survient après 50 ans.

La plupart du temps, les cancers du rectum 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 ?

Quel est son caractère de gravité ?

2. Les traitements du cancer du rectum

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

Trois types de traitements sont utilisés pour traiter les cancers du rectum : la chirurgie, la radiothérapie et les traitements médicamenteux (chimiothérapie 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 ;
- de traiter les symptômes engendrés par la maladie.

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 histologique, c'est-à-dire le type de cellules impliquées, 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 70). Votre âge, vos antécédents médicaux et chirurgicaux, votre état de santé global, ainsi que vos souhaits sont également pris en compte.

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 de concertation pluridisciplinaire (RCP). Cette réunion rassemble au moins trois médecins de spécialités différentes : gastroentérologue, chirurgien, oncologue médical, oncologue radiothérapeute, pathologiste... (voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 53). 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 traitements 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 poser toutes vos questions afin de vous assurer que vous avez bien compris les informations reçues.

Après avoir donné votre accord sur la proposition de traitements, ses modalités sont décrites dans un document appelé programme personnalisé de soins (PPS). Il comporte les dates de vos différents traitements, leur durée, ainsi que les coordonnées des membres de l'équipe soignante. Le programme personnalisé de soins 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 ou 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.

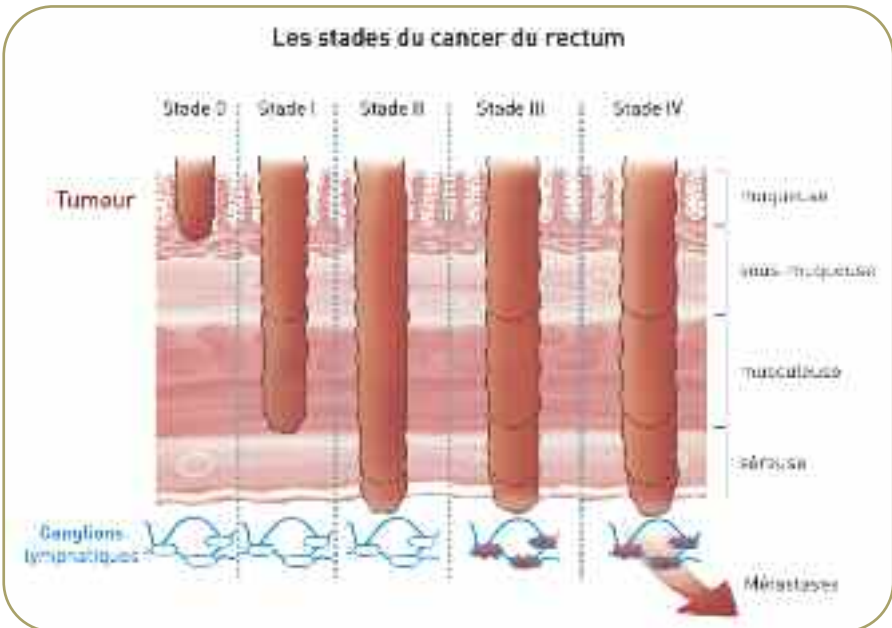
2.2 LES TRAITEMENTS POSSIBLES EN FONCTION DE L'ÉTENDUE DU CANCER

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 rectum et son extension éventuelle aux organes voisins ;
- 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 rectum ou à sa périphérie proche (organes de proximité) ;
- le stade III correspond aux cancers qui ont atteint un ou plusieurs ganglions proches du rectum ;
- 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 du cancer | Possibilités de traitements |
|--|---|
| <p>Le cancer est limité au rectum. Aucun ganglion n'est atteint et il n'y a pas de métastase.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ■ La chirurgie est le traitement de référence. Elle consiste à retirer la partie du rectum atteinte et le mesorectum, tissu qui entoure le rectum et contient les ganglions. Dans certains cas (tumeur superficielle et de petite taille), seule la tumeur est retirée (exérèse locale, par voie naturelle, c'est-à-dire en passant par l'anus). ■ La radiothérapie est rarement utilisée à ces stades. |
| <p>Le cancer s'est étendu plus profondément dans la paroi du rectum ou des cellules cancéreuses ont atteint un ou plusieurs ganglions lymphatiques. Il n'y a pas de métastase.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ■ La chirurgie est le traitement de référence. Elle consiste à retirer la partie du rectum atteinte et le mesorectum. La chirurgie peut aussi concerner les organes de proximité. ■ La radiothérapie est souvent utilisée. Elle réduit le risque de récurrence locale. Elle peut être réalisée avant ou après la chirurgie. Avant la chirurgie, elle permet aussi de réduire la taille de la tumeur et donc de faciliter son retrait. ■ La chimiothérapie est souvent utilisée. Elle réduit le risque de récurrence à distance. Elle peut être réalisée avant et/ou après la chirurgie. <p>Radiothérapie et chimiothérapie sont fréquemment associées, car la chimiothérapie rend les cellules cancéreuses plus sensibles aux effets des radiations.</p> |
| <p>Le cancer a envahi d'autres organes sous la forme d'une ou plusieurs métastases.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ■ La chirurgie peut être utilisée même si le cancer s'est propagé vers des organes éloignés. ■ La radiothérapie peut être envisagée, notamment en vue de soulager des symptômes comme la douleur, liés soit à des métastases soit à la tumeur elle-même. ■ La chimiothérapie est généralement utilisée. Elle peut ralentir la croissance de la tumeur et des métastases, voire réduire leur taille. Elle améliore la qualité de vie en soulageant les symptômes. |

2.3 PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE

L'équipe médicale peut vous proposer 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 et de qualité de vie.

Les essais cliniques sont indispensables pour faire progresser la recherche. C'est grâce à ces études que des avancées sont sans cesse réalisées en matière de traitements contre les cancers. En outre, un essai clinique peut vous permettre de bénéficier d'un nouveau traitement.

Le cancer du rectum 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 évaluer l'efficacité de certains examens d'imagerie médicale dans le cadre du bilan diagnostique et du suivi ;
- à évaluer de nouvelles techniques chirurgicales.

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 et de bénéficier d'un traitement plus classique.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter le guide Cancer info *Les essais cliniques en oncologie : les réponses à vos questions*. Pour connaître les essais cliniques en cours sur le cancer du rectum, 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 rectum (chirurgie, traitements médicaux, radiothérapie), des soins et soutiens complémentaires peuvent être nécessaires pour traiter les conséquences de la maladie et de ses traitements : douleur, fatigue, troubles alimentaires, besoin de soutien psychologique, 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...). Voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 53.

Les soins de support comprennent notamment :

- l'évaluation et la prise en charge des effets secondaires des différents traitements ;
- 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.

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, relaxation... De nombreux patients ont recours à des médecines complémentaires, appelées aussi médecines douces, parallèles ou alternatives. Ils en attendent souvent un soutien supplémentaire pour mieux supporter les traitements et leurs effets secondaires tels que la fatigue ou l'anxiété.

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.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

Quels sont les traitements préconisés dans ma situation ? Pourquoi ?

Quels sont les objectifs de chacun de ces traitements ?

Quels en sont les effets secondaires ?

Où, quand et sur combien de temps se déroulent les traitements ? Avec quels médecins/équipes médicales ?

Comment suis-je suivi(e) 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 ?

La chirurgie est le traitement principal du cancer du rectum. Elle consiste à retirer la tumeur* avec une marge de tissu sain et le réseau de ganglions lymphatiques* correspondant contenu dans le mesorectum (on parle de curage ganglionnaire). Le type de chirurgie réalisé dépend de l'endroit où est située la tumeur et de sa distance par rapport au sphincter anal.

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 stomie (anus artificiel) serait nécessaire. Cette consultation est 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) en vue de recherches ultérieures.

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, notamment les allergies (asthme, eczéma, rhume des foins, etc.), les problèmes cardiaques (hypertension par exemple), la prise de médicaments, en

particulier anticoagulants* et aspirine, ainsi que votre 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

L'intestin est l'organe qui contient le plus de bactéries. Leur présence est normale. Mais si elles se déplacent dans la cavité abdominale, en raison d'une perforation de l'intestin par exemple, 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

Le chirurgien peut vous demander de suivre un régime particulier la semaine qui précède l'intervention. Ce régime dit « sans résidu » consiste à ne consommer que des aliments qui produisent peu ou pas de selles, c'est-à-dire principalement pauvres en fibres et en matières grasses. Le plus souvent, le chirurgien vous prescrit par ailleurs un laxatif oral 1 à 2 jours avant l'intervention et un lavement est réalisé lors de l'hospitalisation.

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. Trois voies d'abord peuvent être utilisées pour opérer un cancer du rectum : la laparotomie, la coelioscopie et l'abord transanal.

La **laparotomie** consiste à ouvrir le ventre pour accéder aux organes. On parle également d'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 rectum atteinte par la tumeur ainsi que le mesorectum.

La **coéloscopie** (ou laparoscopie) est une technique chirurgicale plus récente. Elle est aussi appelée opération à ventre fermé. Au lieu d'ouvrir l'abdomen, le chirurgien réalise trois ou quatre petites incisions qui lui permettent de passer un système optique, ainsi que des instruments chirurgicaux à l'intérieur de l'abdomen. Le système optique est relié à un écran extérieur et le chirurgien opère en visualisant ses gestes à l'écran. La coéloscopie présente plusieurs avantages comme diminuer la douleur et les complications après l'intervention ou réduire la durée d'hospitalisation. Elle est aussi efficace que la laparotomie pour enlever la portion du rectum malade. Cependant, seuls quelques centres spécialisés en chirurgie rectale et en chirurgie laparoscopique la proposent.

L'**abord transanal** consiste à accéder à la tumeur directement par l'anus, sans incision. Cette voie est utilisée dans le cas du traitement chirurgical local (voir « Qu'est-ce qu'un traitement chirurgical local ? », page 26).

Le choix de la voie d'abord 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 ?

La chirurgie du cancer du rectum consiste à retirer d'une part la partie atteinte du rectum – on parle d'exérèse rectale ou encore de proctectomie – et d'autre part le mesorectum. Ce tissu graisseux qui entoure le rectum et contient des vaisseaux sanguins* et des ganglions lymphatiques peut aussi être atteint par des cellules cancéreuses. En retirant le mesorectum, on réduit le risque de récidive* locale.

Différents types de chirurgie du cancer du rectum existent. Le choix dépend de la localisation de la tumeur et plus précisément de sa distance par rapport à l'anus. On distingue les tumeurs du haut rectum distantes de 10 à 15 centimètres de l'anus, les tumeurs du moyen rectum (5 à 10 centimètres de l'anus) et les tumeurs du bas rectum (moins de 5 centimètres de l'anus).

Selon les situations, la réalisation d'une stomie digestive peut être nécessaire. Ce peut être une colostomie ou, le plus souvent, une

iléostomie. L'opération consiste à raccorder le tube digestif (côlon ou iléon*) directement à la peau afin de dériver et évacuer les selles par un orifice réalisé au niveau de l'abdomen. Les selles sont recueillies dans une poche spéciale placée autour de l'orifice de stomie. Une stomie est réalisée lorsque, temporairement ou définitivement, les selles ne peuvent pas être évacuées par la voie naturelle.

Dans le cas des tumeurs du haut rectum

Le chirurgien retire le côlon sigmoïde (dernière partie du côlon) et le tiers supérieur du rectum en enlevant une marge de tissu sain sous la tumeur (au moins 5 centimètres). La continuité digestive est rétablie par une couture, appelée anastomose, réalisée entre le côlon et le rectum restant, à l'aide d'instruments d'agrafages. Le plus souvent, il n'est pas nécessaire de réaliser une stomie.



Dans le cas des tumeurs du moyen rectum

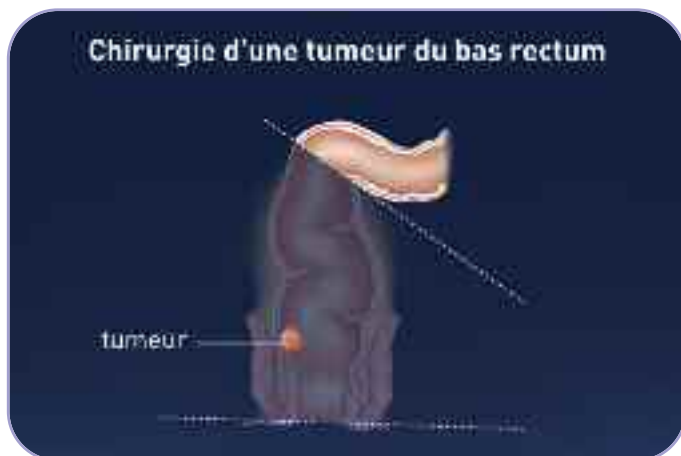
Le chirurgien retire tout le rectum et tout le mesorectum. La continuité digestive est alors rétablie par une couture entre le côlon et l'anus. Le plus souvent, le chirurgien réalise un « réservoir colique » pour remplacer le rectum. Par ailleurs, il effectue systématiquement une stomie dite de protection pour dériver les selles temporairement, le temps que la couture entre le côlon et l'anus cicatrise. Après un délai de 6 à 12 semaines, une nouvelle opération est programmée pour

refermer la stomie et permettre d'évacuer à nouveau les selles par la voie naturelle.



Dans le cas des tumeurs du bas rectum

Le chirurgien retire le rectum mais aussi, le plus souvent, l'anus et le sphincter de l'anus. Dans ce cas, il n'est pas possible de réaliser la couture entre le côlon et le périnée, région située entre l'anus et les parties génitales. Une colostomie ou, le plus souvent, une iléostomie définitive est donc réalisée. Pour en savoir plus sur la stomie, vous pouvez consulter le dossier « Cancers du rectum » sur www.e-cancer.fr/cancer-info.



Certains chirurgiens spécialisés en chirurgie colorectale peuvent conserver l'anus, même pour des tumeurs situées dans la partie très basse du rectum. Ils utilisent une technique particulière, appelée dissection intersphinctérienne, qui consiste à ne retirer que la partie interne du sphincter de l'anus. Cette technique peut permettre d'éviter une stomie définitive, mais elle présente un risque de troubles de la continence* anale.

► **Dans le cas d'une propagation de la tumeur vers les organes voisins**

La tumeur peut se propager aux organes voisins comme la vessie ou l'urètre, la prostate, les ovaires, le vagin ou l'utérus. Dans ce cas, le chirurgien enlève, simultanément et en un seul bloc, la tumeur du rectum, les organes voisins touchés et les ganglions lymphatiques proches.

Lorsque la vessie est retirée, le chirurgien est amené à créer une stomie urinaire. Cette intervention aussi appelée urétérostomie consiste soit à raccorder les uretères, canaux qui conduisent l'urine du rein à la vessie, directement à la peau soit, le plus fréquemment, à raccorder les uretères à un petit segment d'intestin grêle qui a été isolé et relié à la peau (intervention de Bricker). L'urine est recueillie à la surface de la peau de l'abdomen, à l'aide d'une poche spéciale. Ce type de chirurgie n'est pas réalisé systématiquement ; il est appliqué au cas par cas.

► **Qu'est-ce qu'un traitement chirurgical local ?**

Une chirurgie locale (ou exérèse locale) est un traitement du cancer du rectum qui consiste à enlever la tumeur du rectum en passant par l'anus (abord transanal).

Cette intervention a pour but de conserver le rectum et le sphincter anal et donc d'éviter une stomie définitive. Elle se déroule sous anesthésie générale. Peu fréquentes, les principales complications sont l'hémorragie et la sténose, c'est-à-dire le rétrécissement du canal rectal provoqué par la cicatrisation de la zone d'exérèse.

La principale limite de cette voie est l'impossibilité d'enlever le mesorectum et donc les ganglions situés autour du rectum. Elle n'est de ce fait proposée que dans le cas de tumeurs superficielles et de petite taille.

Le chirurgien enlève la tumeur avec une marge de sécurité d'au moins un centimètre autour de la tumeur.

Il existe différentes techniques d'exérèse locale :

- le chirurgien enlève la tumeur en passant par l'anus qui aura été préalablement dilaté. On parle d'exérèse transanale ;
- le chirurgien enlève la tumeur à l'aide d'un rectoscope* particulier muni d'instruments chirurgicaux et d'un système d'insufflation de dioxyde de carbone (CO₂) qui permet de dilater le rectum. On parle de microchirurgie endoscopique transanale. Difficile à pratiquer, cette technique n'est utilisée que dans quelques centres spécialisés en France.

Après l'intervention, l'examen anatomopathologique* du tissu retiré permet de contrôler si les marges du tissu sont saines et si le stade* de la tumeur est conforme à ce qui a été évalué auparavant par des examens d'imagerie. Dans le cas contraire, le chirurgien doit proposer une exérèse rectale complémentaire « classique », car le risque de récurrence locale et de métastases* ganglionnaires est élevé.

Un traitement local ne peut donc être proposé que pour des tumeurs précoces. Il ne concerne qu'un très petit nombre de patients pris en charge par des équipes pluridisciplinaires très spécialisées.

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 deux ou trois mois plus tard pour les retirer. Dans ce cas, une chimiothérapie est proposée entre les deux opérations pour réduire la taille des métastases et faciliter 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 (voir le chapitre « Les médicaments anticancéreux : chimiothérapie et thérapies ciblées », page 43).

Cas particulier : la chirurgie en cas d'occlusion intestinale

Parfois, le cancer du rectum est découvert à cause d'une occlusion : en grossissant, la tumeur bloque le passage des selles et des gaz. 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.

Une occlusion nécessite le plus souvent une intervention en urgence.

Si l'occlusion est due à une tumeur du bas ou du moyen rectum, l'intervention consiste à réaliser une colostomie temporaire afin de dériver et évacuer les selles et de décompresser rapidement le côlon. Ceci permet de réaliser le bilan complet de la tumeur du rectum et de proposer, si nécessaire, une radiothérapie et/ou une chimiothérapie avant l'exérèse rectale.

Si l'occlusion est liée à une tumeur du haut rectum, le traitement proposé est le même que celui des tumeurs du côlon en cas d'occlusion.

Pour en savoir plus sur la chirurgie en cas d'occlusion intestinale, vous pouvez consulter le guide Cancer info *Les traitements du cancer du côlon*.

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 assure votre surveillance, notamment lors de votre réveil de l'anesthésie.

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. Si vous n'êtes pas suffisamment soulagé, signalez-le sans tarder à l'équipe médicale afin que le traitement puisse être adapté.

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 généralement retirée le soir même. Rapidement, une alimentation liquide puis solide vous est proposée.

Un drain est souvent mis en place pendant l'intervention dans l'abdomen au niveau de la couture réalisée entre le côlon et le rectum (anastomose colorectale) ou entre le côlon et l'anus (anastomose coloanale). Ce petit tuyau permet d'évacuer les liquides et les sécrétions (sang, lympe*) qui peuvent s'accumuler au niveau de la zone opérée. Le drain est retiré sur décision du chirurgien, souvent vers le quatrième jour suivant l'opération.

Une sonde urinaire est également mise en place pendant l'intervention pour contrôler le fonctionnement des reins.

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

La durée d'hospitalisation

La durée d'hospitalisation est en moyenne de 7 à 10 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.

Les analyses de la tumeur

Tout ce qui est retiré lors de l'intervention chirurgicale est transmis au laboratoire ou au service d'anatomopathologie* pour être analysé. Cet examen est réalisé par un médecin spécialiste appelé pathologiste. Il 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 : paroi du rectum, ganglions lymphatiques voisins. Le pathologiste vérifie également si les parties du rectum situées de part et d'autre de la tumeur (marge de sécurité) sont saines. Il analyse également le mesorectum retiré en même temps. C'est grâce à cet examen que le stade du cancer, c'est-à-dire son degré d'extension, est défini et que les médecins peuvent décider si un traitement complémentaire est nécessaire après la chirurgie (chimiothérapie et/ou radiothérapie).

Une recherche génétique est souvent réalisée sur le tissu cancéreux afin de connaître plus précisément ses caractéristiques. Cette recherche permet notamment de choisir les médicaments à utiliser si un traitement médical est prévu après la chirurgie.

3.5 QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

Les effets secondaires ne sont pas systématiques. De plus, ils varient selon le type de chirurgie pratiqué, les personnes ou encore les effets des autres traitements du cancer.

Les effets secondaires à court terme

Les effets secondaires à court terme peuvent se manifester immédiatement après l'intervention ou quelques semaines plus tard. En général, ils sont temporaires.

Complications chirurgicales

La principale complication est la fistule anastomotique : la couture entre le côlon et l'anus cicatrise mal, et il se crée une sortie de liquide digestif qui passe par la couture dans l'abdomen. Ce risque est d'environ 10 à 15 %, mais il est réduit par la réalisation d'une stomie temporaire qui permet de dériver les selles. Cette complication survient environ une semaine après la chirurgie et se traduit par de la fièvre, une douleur abdominale et, parfois, des sécrétions sales au niveau du drain

abdominal. Le plus souvent, un scanner* de l'abdomen est réalisé. En fonction de la sévérité de la complication, le traitement varie de la mise sous antibiotiques à la réalisation d'une nouvelle intervention.

Les autres complications chirurgicales sont des saignements dans l'abdomen qui nécessitent le plus souvent une nouvelle intervention.

Troubles urinaires

Les troubles urinaires (rétention) sont fréquents (30 à 50 % des cas) et concernent principalement les hommes. Ils nécessitent parfois de garder la sonde urinaire durant quelques jours, mais ils disparaissent assez rapidement.

Hématome ou infection au niveau de la plaie

Les hématomes ou les infections au niveau de la plaie sont généralement traités à l'aide de soins locaux. Toutefois, s'ils ne disparaissent pas, une nouvelle opération peut être nécessaire.

Fatigue

La fatigue est due notamment à l'anesthésie, à la perte de sang ou encore à l'anxiété générée par l'opération. 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 organiser votre séjour.

Les effets secondaires à long terme

Les effets secondaires à long terme peuvent se manifester bien après la chirurgie et durer longtemps.

Troubles digestifs

L'ablation partielle ou totale du rectum entraîne des troubles digestifs malgré la réalisation du réservoir colique. Ces troubles peuvent se traduire par une augmentation de la fréquence des selles (3 à 4 fois par jour), une fragmentation des selles (évacuation en plusieurs fois dans un temps limité), des selles impérieuses (incapacité à se retenir pendant plus de 15 minutes), voire des troubles de la continence.

Ces troubles sont plus ou moins marqués selon les patients et surtout, selon que le rectum a été retiré en partie ou en totalité. Ils s'améliorent pendant la première ou la deuxième année qui suit l'opération. Lors des consultations de suivi avec le chirurgien ou le gastroentérologue, un traitement adapté au cas par cas vous est proposé. Par exemple, des médicaments (suppositoires, laxatifs) et un régime alimentaire peuvent réduire ces troubles et permettre de retrouver une meilleure qualité de vie.

Troubles de la sexualité

Chez l'homme, le réseau de nerfs qui entoure le rectum a un rôle dans l'érection et l'éjaculation. La chirurgie et la radiothérapie réalisée avant l'intervention peuvent abîmer ces nerfs et entraîner des troubles de ces deux fonctions.

Pour cette raison, un prélèvement de sperme en vue de sa conservation sera conseillé aux hommes jeunes avant de commencer le traitement. Ils seront orientés vers un Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains (CECOS).

Chez la femme, les troubles se traduisent, le plus souvent, par une sécheresse vaginale, une perte de libido (désir) et des douleurs pendant les rapports sexuels. Ces douleurs sont liées à la cicatrice du périnée ou au déplacement du vagin qui n'est plus maintenu en arrière lorsque le rectum a été retiré.

Par ailleurs, chez certaines personnes, la stomie modifie l'image de soi, ce qui peut entraîner des difficultés dans la relation de couple.

N'hésitez pas à parler de ces troubles à votre médecin. Il peut vous proposer des solutions ou vous orienter vers un spécialiste des problèmes sexuels.

Occlusion intestinale

L'intervention chirurgicale peut être à l'origine de la formation de brides, sorte de cordelettes constituées de tissu fibreux, qui peuvent provoquer une torsion de l'intestin et donc une occlusion (les selles et les gaz sont bloqués). Dans 80 % des cas, celle-ci se résorbe suite à un traitement qui repose sur un jeûne alimentaire et une aspiration digestive à l'aide d'une

sonde gastrique. Dans les autres cas, une opération est nécessaire afin de couper la bride et éviter que l'intestin ne s'abîme.

Complications de la stomie

Des complications peuvent apparaître suite à la réalisation d'une stomie : l'orifice de stomie peut se rétrécir (sténose), une partie de l'intestin peut se déplacer en dehors de son emplacement normal (prolapsus) ou la paroi musculaire de l'abdomen peut s'affaiblir entraînant une issue des organes sous la peau (éventration).

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

Comment l'opération se déroule-t-elle ?

Quels en sont les risques ?

Comment puis-je me préparer au mieux ?

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

4. La radiothérapie

DANS QUELS CAS LA RADIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

LES TECHNIQUES DE TRAITEMENT

COMMENT SE DÉROULE LA RADIOTHÉRAPIE EXTERNE EN PRATIQUE ?

QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

La radiothérapie utilise des rayonnements pour détruire les cellules cancéreuses en les empêchant de se multiplier. Ces rayonnements (appelés aussi rayons ou radiations) sont produits soit par un accélérateur de particules (radiothérapie externe), soit par une source radioactive (curiethérapie). La radiothérapie a pour but de détruire les cellules cancéreuses tout en préservant le mieux possible les tissus sains et les organes avoisinants, dits organes à risque (intestin grêle, vessie, canal anal...).

4.1 DANS QUELS CAS LA RADIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

La radiothérapie est souvent employée dans le traitement des cancers du rectum. Elle peut être administrée dans trois objectifs :

- Réduire la taille de la tumeur avant la chirurgie. Cela permet de faciliter le retrait de la tumeur dans sa totalité et aussi parfois d'éviter une colostomie*. Une radiothérapie réalisée avant la chirurgie s'appelle une radiothérapie néoadjuvante ou préopératoire. La radiothérapie néoadjuvante est souvent associée à une chimiothérapie qui rend les cellules cancéreuses plus sensibles à la radiothérapie. La radiothérapie néoadjuvante permet aussi de réduire le risque de récidive locale.
- Détruire les cellules cancéreuses qui pourraient rester après la chirurgie, notamment au niveau des ganglions lymphatiques* proches, et réduire le risque de récidive* locale. Une radiothérapie réalisée après la chirurgie s'appelle une radiothérapie adjuvante. S'il n'y a pas eu de traitement préopératoire, une radiochimiothérapie adjuvante peut être envisagée.
- Maîtriser les symptômes, comme les saignements ou la douleur, d'un cancer du rectum au stade* avancé ou les symptômes causés par des métastases*.

4.2 LES TECHNIQUES DE TRAITEMENT

Le cancer du rectum est traité par radiothérapie externe ou, beaucoup plus rarement, par curiethérapie.

La radiothérapie externe

La radiothérapie externe utilise un appareil appelé accélérateur linéaire de particules qui permet de produire et diriger les rayons, à travers la peau, vers la tumeur et certains tissus voisins.

Différents types de radiothérapie externe existent. Pour les cancers du rectum, on utilise le plus souvent la radiothérapie conformationnelle en trois dimensions (3D). Cette technique consiste à faire correspondre le plus précisément possible (autrement dit à conformer) le volume sur lequel vont être dirigés les rayons, au volume de la tumeur. Elle utilise des images en 3D de la tumeur et des organes avoisinants obtenues par scanner*. Des logiciels simulent virtuellement, en 3D, la forme des faisceaux d'irradiation et la distribution des doses à utiliser pour s'adapter au mieux au volume de la tumeur.

La curiethérapie

La curiethérapie consiste à placer des sources radioactives (iridium ou césium) sous forme de billes ou de petits fils directement au contact de la tumeur, à l'intérieur du corps. Les sources radioactives sont insérées dans un applicateur, lui-même introduit dans le rectum. On parle de radiothérapie endocavitaire ou endoluminale.

La curiethérapie est utilisée pour traiter certains cancers du rectum au stade précoce.

Pour en savoir plus sur la curiethérapie, vous pouvez consulter le guide *Cancer info Comprendre la radiothérapie*.

4.3 COMMENT SE DÉROULE LA RADIOTHÉRAPIE EXTERNE EN PRATIQUE ?

Le déroulement d'une radiothérapie repose sur un travail d'équipe entre des manipulateurs, un physicien, un dosimétriste, coordonnés par l'oncologue radiothérapeute (voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 53).

Avant le traitement proprement dit, une radiothérapie comporte une étape de repérage de la zone à traiter et une étape de calcul de la distribution de la dose (dosimétrie). C'est pourquoi il existe toujours un temps d'attente entre la prise de décision d'un traitement par radiothérapie et le début effectif du traitement.

Le repérage

L'oncologue radiothérapeute repère la cible sur laquelle les rayons vont être dirigés et les organes à risque à protéger (intestin grêle, vessie, canal anal...). Pour cela, un scanner centré sur la zone à traiter est réalisé afin d'obtenir une simulation en trois dimensions de la tumeur et des organes voisins.

Pendant ce repérage, votre position est soigneusement définie. Vous devrez la reprendre lors de chaque séance. Des contentions spécialement adaptées à votre morphologie (cales, coques de mousse, matelas thermoformés, etc.) peuvent être réalisées.

La dosimétrie

Outre les types de rayons à utiliser, la dimension et l'orientation des faisceaux, l'étape de dosimétrie consiste à déterminer, par une étude informatisée, la distribution (autrement dit la répartition) de la dose de rayons à appliquer à la zone à traiter. Avec l'oncologue radiothérapeute, le physicien et le dosimétriste optimisent ainsi l'irradiation de façon à traiter au mieux la tumeur tout en épargnant les tissus sains voisins. Cette étape ne nécessite pas votre présence.

Le plan de traitement définitif établit notamment la dose totale de rayons et ses modalités de délivrance (dose par séance, nombre de séances, espacement des séances...). Pour le cancer du rectum, dans le cas d'une radiothérapie réalisée avant la chirurgie, la dose totale de

rayons reçue est généralement comprise entre 45 et 50,4 grays, à raison de 1,8 à 2 grays par séance.

La dose de rayons en radiothérapie est exprimée en gray (abrégé en Gy), du nom d'un physicien anglais. 1 gray correspond à une énergie de 1 joule absorbée dans une masse de 1 kilo.

Le traitement

La radiothérapie est le plus souvent administrée pendant 4 à 5 jours consécutifs (à raison d'une séance par jour), et ce durant plusieurs semaines.

Le plus souvent, le traitement par radiothérapie externe est réalisé en ambulatoire : vous rentrez chez vous quand la séance est terminée. Néanmoins, une hospitalisation complète est possible si vous êtes traité simultanément par chimiothérapie, si votre traitement est réalisé loin de votre domicile ou si votre état général le nécessite.

La salle dans laquelle se déroule la radiothérapie est une pièce qui respecte les normes de protection contre les rayonnements.

Vous êtes installé par le manipulateur sur la table de traitement dans la position qui a été déterminée lors de la phase de repérage. Les rayons sont dirigés de façon précise vers la région à traiter et vous devez éviter de bouger.

Pendant la séance, vous êtes seul dans la salle, mais vous restez en lien continu avec les manipulateurs : vous pouvez communiquer avec eux par le biais d'un interphone et vous êtes surveillé par une caméra. La salle reste éclairée pendant la séance. En cas de besoin, le traitement peut être immédiatement interrompu.

Le temps de présence dans la salle de traitement est généralement de 15 minutes environ. Le temps d'irradiation lui-même est de courte durée, de l'ordre de quelques minutes. L'appareil tourne autour de vous sans jamais vous toucher. L'irradiation est invisible et indolore. Vous ne ressentez aucune sensation particulière.

Il est désormais prévu de mesurer directement sur vous la dose réelle de rayons que vous avez reçue lors de la première ou de la deuxième séance, ainsi qu'à chaque modification du traitement. On parle de dosimétrie *in vivo*. Elle permet de s'assurer que la dose délivrée ne diffère pas de façon significative de la dose prescrite. La dosimétrie *in vivo* est en cours de mise en place dans tous les centres de radiothérapie.

Les séances de radiothérapie externe ne rendent pas radioactif : il n'y a donc pas de précaution à prendre vis-à-vis de votre entourage une fois la séance terminée.

Le suivi

Durant toute la durée du traitement, des consultations avec le radiothérapeute sont programmées régulièrement (environ une fois par semaine). L'objectif est de s'assurer que le traitement se déroule dans les meilleures conditions.

Des visites de contrôle sont également planifiées à l'issue de la radiothérapie.

Pour en savoir plus sur la radiothérapie externe, vous pouvez consulter le guide *Cancer info Comprendre la radiothérapie*.

4.4 QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

En irradiant une tumeur, on ne peut pas éviter totalement d'irradier et donc d'altérer des cellules saines situées à proximité. C'est ce qui explique l'apparition des effets secondaires.

Les effets secondaires varient selon la zone traitée, la dose de rayons délivrée, la technique utilisée, l'effet des autres traitements du cancer, votre propre sensibilité et votre état de santé général. Le traitement est soigneusement planifié et administré de façon à les réduire le plus possible. L'équipe médicale vous informe sur ceux qui peuvent se produire dans votre situation et sur les moyens d'y faire face. Le suivi régulier permet de les détecter et de réajuster le traitement si nécessaire.

On distingue :

- les effets secondaires dits immédiats, aigus ou précoces qui se produisent pendant le traitement et les quelques semaines qui suivent ;
- les effets secondaires dits tardifs, appelés aussi complications ou encore séquelles, qui peuvent apparaître plusieurs mois après la fin du traitement, voire plus tard.

Dans le cas du traitement d'un cancer du rectum par radiothérapie, la région exposée aux rayons est le bassin. Les effets secondaires concernent ainsi essentiellement les organes situés dans cette région.

Les effets secondaires immédiats

Troubles affectant les organes de la région traitée

Ce peut être :

- une irritation de la vessie (cystite). Une cystite entraîne une douleur et une envie fréquente d'uriner ;
- une inflammation du rectum (rectite) ou de l'anus (anite) qui peut se manifester par des selles fractionnées, glaireuses et parfois des traces de sang, mais aussi des douleurs, des brûlures ou des picotements ;
- des crises hémorroïdaires ;
- une inflammation du vagin et des démangeaisons (prurit).

Troubles intestinaux

Comme lors de toute radiothérapie réalisée au niveau de la région pelvienne (prostate, utérus, rectum, etc.), des troubles intestinaux peuvent survenir. Il peut s'agir de diarrhées, de crampes, d'une évacuation des selles plus fréquente, d'une envie pressante et continuelle d'aller à la selle (appelée ténésme) ou encore de douleurs intestinales comme des maux de ventre ou des contractions dans le bas-ventre (appelées coliques ou épreintes).

Si des diarrhées surviennent et persistent plus d'une journée ou si elles sont accompagnées de fièvre ou de vomissements, contactez rapidement votre médecin.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES DIARRHÉES

À faire

- Boire beaucoup, au moins deux litres de liquide (eau, thé, tisane, eau de riz, bouillon de légumes, jus de carottes ou boissons gazeuses à température ambiante).
- Privilégier une alimentation pauvre en fibres à base de riz, pâtes, pommes vapeur, bananes bien mûres, gelée de coings, biscottes et carottes.

À éviter

- Le café, les boissons glacées, les fruits et les légumes crus, les céréales, le pain complet et le lait.

Des médicaments peuvent vous être prescrits pour améliorer ces troubles intestinaux. Il est recommandé de ne pas prendre ce type de médicaments sans avis médical.

Troubles cutanés

Il peut s'agir d'une rougeur de la peau (érythème), d'une irritation ou d'une détérioration locale de la peau.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES TROUBLES CUTANÉS

À faire

- Utiliser un savon surgras.
- Se sécher sans frotter.
- Porter des vêtements en coton et éviter le frottement au niveau de la zone irradiée.
- Appliquer une crème hydratante entre les séances (mais jamais juste avant la séance de radiothérapie).

À éviter

- Éviter les douches et les bains trop chauds.
- Éviter de savonner directement la zone irradiée.
- Éviter de frictionner la zone irradiée avec de l'eau de toilette, de l'alcool, du déodorant, du talc, de la crème...
- Éviter les expositions au soleil, au moins durant la première année qui suit la fin du traitement.

Perte d'appétit

Parfois, une radiothérapie entraîne une baisse de l'appétit. Un diététicien peut vous conseiller sur la façon de mieux vous alimenter avant, pendant et après les séances de radiothérapie.

Fatigue

La découverte du cancer, l'appréhension des examens et des traitements, les déplacements quotidiens, l'attente lors des rendez-vous et la radiothérapie elle-même peuvent provoquer une fatigue physique ou morale. Il est possible de vous reposer dans le service de radiothérapie avant de rentrer chez vous.

Les effets secondaires tardifs

Les progrès des techniques de radiothérapie ont rendu les effets secondaires tardifs rares. Lorsque des effets secondaires surviennent, ils sont intriqués avec ceux des autres traitements. Il peut s'agir :

- de troubles intestinaux (évacuation des selles plus ou moins fréquente) ;
- d'une baisse du tonus du sphincter anal ;
- d'une ménopause prématurée.

Des prescriptions médicales adaptées permettent le plus souvent de limiter ou de faire disparaître la plupart de ces effets secondaires.

Pour en savoir plus sur les effets secondaires de la radiothérapie et leur prise en charge, vous pouvez consulter le guide Cancer info *Comprendre la radiothérapie*.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

Quels sont les objectifs de la radiothérapie ?

Comment se déroule le traitement ?

Combien de temps dure-t-il ?

Quels effets secondaires peuvent survenir ?

Quels conseils dois-je suivre pour les limiter ?

Comment et par qui est effectué le suivi ?

5. Les médicaments anticancéreux : chimiothérapie et thérapies ciblées

DANS QUELS CAS UN TRAITEMENT MÉDICAL EST-IL INDIQUÉ ?
 QUELS SONT LES MÉDICAMENTS ANTICANCRÉUX UTILISÉS ?
 COMMENT SE DÉROULE LE TRAITEMENT EN PRATIQUE ?
 QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

Plusieurs types de médicaments anticancéreux sont utilisés pour traiter les cancers du rectum : des médicaments de chimiothérapie et de thérapies ciblées. On les regroupe sous le nom de traitements médicaux.

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 « anticancer » ont pu être fabriqués. Ces anticorps ont la capacité de repérer et de bloquer certains mécanismes spécifiques des cellules cancéreuses.

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 thérapies ciblées utilisés actuellement dans le traitement des cancers du rectum font partie de la famille des **anticorps monoclonaux** (voir encadré).

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

Les traitements médicaux ne sont pas proposés de façon systématique. Leur utilité et leur efficacité dépendent du stade du cancer, autrement dit de son étendue. Ainsi :

- pour les cancers du rectum très localisés (stade 0 ou I), la chimiothérapie n'est généralement pas préconisée ;
- pour les cancers de stade II et III, la chimiothérapie, associée à la radiothérapie, est souvent utilisée avant la chirurgie. On parle de radiochimiothérapie néoadjuvante. Dans ce cas, l'association de la chimiothérapie et de la radiothérapie permet de réduire la taille de la tumeur et la rend plus facile à enlever. On peut aussi avoir recours à la chimiothérapie après la chirurgie, associée ou non à une radiothérapie. Après la chirurgie, la chimiothérapie a pour objectif de réduire le risque de récidive* ;
- pour les cancers présentant des métastases*, la chimiothérapie est généralement utilisée. Elle permet de ralentir, voire d'arrêter, la progression de la maladie.

5.2 QUELS SONT LES MÉDICAMENTS ANTICANCÉREUX UTILISÉS ?

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

| Chimiothérapie | Anticorps monoclonaux |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ 5-fluoro-uracile (5-FU). Forme injectable ■ Capécitabine, 5-FU en forme orale ■ Tégafur uracile (UFT), dérivé du 5-FU. Forme orale ■ Oxaliplatine. Forme injectable ■ Irinotecan. Forme injectable ■ Raltitrexed. Forme injectable | <ul style="list-style-type: none"> ■ Bevacizumab (Avastin®). Forme injectable ■ Cetuximab (Erbix®). Forme injectable ■ Panitumumab (Vectibix®). Forme injectable |
| <p>Pour les anticorps monoclonaux, la parenthèse indique le nom de commercialisation du médicament.</p> | |

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

Un médicament peut être employé seul (monothérapie) ou, le plus souvent, associé à d'autres médicaments (polythérapie). Une association de plusieurs médicaments 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).

5.3 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 cycles (2 jours tous les 15 jours par exemple). Chaque période de traitement, appelée 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 tégafur 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. Parfois, la chimiothérapie peut être réalisée à domicile. Un soignant vient alors chez vous pour poser la perfusion et administrer les médicaments.

Outre la perfusion, la chimiothérapie peut être administrée grâce à une pompe ou un diffuseur, sorte de réservoir qui contient les médicaments. Reliés au cathéter et préprogrammés par l'équipe médicale, ces dispositifs diffusent automatiquement les médicaments selon le protocole prévu. Ils permettent de se déplacer et de poursuivre le traitement à domicile.

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.

Ce dispositif, aussi appelé port-à-cath® ou encore PAC, 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, 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, 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.

Lorsque le dispositif n'est plus utile, il 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*.

5.4 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 modifié ou interrompu pour permettre au corps de récupérer.

Les effets secondaires les plus fréquents des médicaments utilisés pour traiter le cancer du rectum 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 notamment par des techniques de relaxation.

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 apparaissent malgré le traitement préventif, signalez-le à votre médecin.

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.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES NAUSÉES ET VOMISSEMENTS

À faire

- 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.

À éviter

- 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

Des diarrhées peuvent survenir pendant la chimiothérapie. Un traitement préventif (antidiarrhéique) peut vous être prescrit.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES 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 de globules rouges ou de plaquettes peut être réalisée.

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 (5-FU 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 LES LÉSIONS DE LA BOUCHE

À faire

- 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, tisane, boisson à base de cola).
- Privilégier les aliments moelleux ou mixés.
- S'hydrater les lèvres en appliquant un lubrifiant gras (lanoline, vaseline, beurre de cacao).

À éviter

- 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

Parfois, une chimiothérapie entraîne une perte de l'appétit. Un diététicien peut vous conseiller sur la façon de mieux vous alimenter pendant votre traitement.

Chute des cheveux

Cet effet secondaire est peu fréquent dans les chimiothérapies du cancer du rectum. Si elle survient (en cas de traitement par irinotecan notamment), la chute des cheveux (appelée alopecie) 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 (5-FU, capécitabine) et de thérapies ciblées (cetuximab) peuvent entraîner des troubles au niveau de la peau : rougeurs, plaques, dessèchement, tiraillement, 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

- Appliquer régulièrement et généreusement un agent hydratant sur la peau.
- 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.

À éviter

- 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, d'essoufflement, de fièvre, de réactions cutanées graves (démangeaisons, rougeurs, boutons), de 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 dure-t-il ?

Comment le suivi est-il effectué ?

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

6. Les professionnels et leur rôle

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.

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

L'**anatomopathologiste** ou **pathologiste** est un médecin spécialiste qui examine au microscope les cellules et les 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 un médecin spécialiste chargé de vous endormir ou de vous insensibiliser 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. Pendant l'intervention, il effectue et surveille l'anesthésie. Il assure ensuite votre suivi en salle de réveil et prend en charge la douleur éventuelle.

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 un assistant social au sein de l'établissement de santé où vous êtes suivi ou en ville.

Le **chirurgien** est un médecin spécialiste qui pratique des opérations chirurgicales pour, par exemple, diagnostiquer un cancer, enlever une tumeur*, des tissus ou des organes atteints ou remédier à certaines complications. Les chirurgiens spécialisés dans les interventions au niveau du système digestif sont appelés chirurgiens viscéraux.

Le **diététicien** guide les choix alimentaires et, sur prescription médicale, prend en charge les problèmes nutritionnels 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.

Le **dosimétriste** participe, avec l'oncologue radiothérapeute et le physicien, au calcul de la dose de rayons nécessaire à la radiothérapie et à la planification du traitement.

Le **gastroentérologue** est un 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.

L'**infirmier** est chargé de réaliser des soins et de surveiller et administrer les traitements prescrits par le médecin. Il exerce son activité au sein d'un établissement de soins ou en libéral.

Le **kinésithérapeute** ou **masseur-kinésithérapeute** aide à rééduquer différentes parties du corps grâce à des mouvements adaptés. Sur prescription médicale, il réalise des actes manuellement ou à l'aide d'appareils, et vous apprend des gestes ou des techniques qui permettent de remédier à vos déficits.

Le **manipulateur de radiothérapie** est un technicien responsable du maniement des appareils de radiothérapie. Il est chargé de veiller au bon déroulement des séances. Il s'occupe de vous en salle de traitement, vous aide à vous installer, vous explique le déroulement de la séance et vérifie que les régions à traiter sont bien délimitées. Il s'assure également que vous ne présentez pas de réactions anormales.

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 nucléaire** est un médecin spécialiste de médecine nucléaire qui utilise des éléments radioactifs pour réaliser un diagnostic ou un traitement. En cancérologie, les examens prescrits et réalisés par le

médecin nucléaire sont, par exemple, une TEP* ou une scintigraphie osseuse.

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

Le **physicien** est une personne compétente en physique médicale, spécialiste des appareils de radiothérapie, de radiologie et de médecine nucléaire. Pour une radiothérapie, il choisit en concertation avec le radiothérapeute les modalités précises du traitement : le type de rayons, leur dosage, leur répartition pour chaque séance et s'assure du bon fonctionnement des différents appareils. On parle aussi de radiophysicien ou de physicien médical.

Le **psychiatre** est un médecin spécialiste des maladies mentales et des troubles psychologiques (dépression ou anxiété face à la maladie, difficultés relationnelles ou comportementales...). Comme tout médecin, il peut prescrire des médicaments. Lorsqu'il travaille en cancérologie, on parle de psycho-oncologue ou d'oncopsychiatre.

Le **psychologue** est un professionnel spécialiste de l'écoute et formé à aider des personnes en situation de souffrance psychique. Il peut 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 **radiologue** est un 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.

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.

La **socio-esthéticienne** 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.

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.

7. 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.

7.1 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 remis et expliqué par votre médecin traitant. Il vous informe sur la prise en charge médicale de votre maladie, sur la durée de la prise en charge et sur vos remboursements.

7.2 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.

7.3 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 le lever, la toilette 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*, ou encore faire appel à l'assistante sociale de l'établissement dans lequel vous êtes suivi.

7.4 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.

Chacun 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, notamment auprès de 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, 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

Des 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, notamment 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,

des informations ainsi qu'un soutien sur le plan humain ou social. Elles constituent aussi un moyen de rencontre et d'échange.

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

7.5 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 destinées aux proches figurent dans le guide *Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer*.

8. Ressources utiles

LA PLATEFORME CANCER INFO LES ASSOCIATIONS

8.1 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 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 internet de l'Institut National du Cancer donne accès à des informations détaillées sur le cancer du rectum, ses facteurs de risque, son diagnostic, ses traitements, le suivi après les 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)

● **Les traitements du cancer du côlon (2010)**

Ce guide informe les patients atteints d'un cancer du côlon sur les traitements qui peuvent leur être proposés, leurs objectifs, leur principe et leurs effets secondaires. Il a notamment pour but d'accompagner les patients dans leurs échanges avec l'équipe médicale.

● **Comprendre la radiothérapie (2009)**

Ce guide a pour but d'aider les personnes traitées par radiothérapie 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.

- **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.

8.2 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/

9. Glossaire

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

a

anatomopathologie : spécialité médicale qui consiste à observer 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 ».

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.

colostomie : raccordement, temporaire ou permanent, du côlon à la paroi du ventre par une petite ouverture. Créée lors d'une opération chirurgicale, la colostomie 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.

continence : capacité à retenir les urines ou les selles entre deux moments où l'on va aux toilettes. La continence est assurée par la contraction des muscles de la vessie, du rectum et de l'anus.

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

e

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.

examen anatomopathologique : examen qui consiste à observer et à étudier des tissus ou des cellules prélevés sur un patient pour repérer et analyser des anomalies liées à une maladie. L'examen se fait d'abord à l'œil nu, puis au microscope. Cet examen est capital pour déterminer le diagnostic de cancer et les traitements à envisager. Le médecin en charge de cet examen est appelé anatomopathologiste ou pathologiste.

f

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

g

ganglion lymphatique : 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

iléon : dernière partie de l'intestin grêle qui en compte trois : le duodénum (à la sortie de l'estomac), le jéjunum et l'iléon qui se rattache au côlon.

l

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

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.

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.

phlébite : inflammation d'une veine pouvant provoquer son obturation par la formation d'un caillot de sang.

polype : petite excroissance qui se développe à l'intérieur d'un organe comme le côlon ou le rectum, par exemple. 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. Les recommandations résultent de l'analyse des essais cliniques* internationaux et de l'avis d'experts. On parle parfois de recommandations ou de référentiels de bonne pratique.

rectoscope : instrument composé d'un tube muni d'un système optique et, parfois, d'instruments chirurgicaux. Introduit dans le rectum, il permet de l'examiner, d'y effectuer des prélèvements ou un traitement.

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.

stomie : raccordement temporaire ou permanent d'un conduit comme le côlon (colostomie), l'iléon* (iléostomie) ou les uretères (stomie urinaire) à la paroi du ventre par une petite ouverture. Créée lors d'une opération chirurgicale, la stomie est destinée à évacuer les selles ou les urines lorsqu'elles ne peuvent plus être rejetées normalement. Celles-ci sont alors recueillies dans une poche spéciale, collée sur le ventre.

t

TEP (tomographie par émission de positons) : examen qui permet d'obtenir des images précises du corps en coupes fines grâce à l'injection d'un produit faiblement radioactif appelé traceur. Ces images sont reconstituées en trois dimensions sur un écran d'ordinateur.

thérapie ciblée : traitement à l'aide de médicaments qui, selon leur cible, visent à freiner ou bloquer la croissance de la cellule cancéreuse, en l'affamant, 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.

V

vaisseau lymphatique : canal par lequel circule la lymphe*. Les vaisseaux lymphatiques relient les ganglions* entre eux pour former le système lymphatique, impliqué dans la défense de l'organisme.

vaisseau sanguin : canal par lequel circule le sang (artère, veine ou petit vaisseau capillaire).

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 examens les plus souvent

| EXAMEN | DESCRIPTION |
|-----------------------------|--|
| Examen clinique | Examen qui consiste à palper différentes parties de l'abdomen. Il peut être réalisé par tout médecin en charge du patient (gastroentérologue, médecin généraliste, etc.) |
| 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. |
| Rectoscopie | Examen qui permet d'observer l'intérieur du rectum au moyen d'un endoscope rigide, instrument composé d'un tube et de fibres optiques. |
| Coloscopie | Examen de l'intérieur du côlon à l'aide d'un endoscope. Il est réalisé par un gastroentérologue, généralement sous anesthésie générale. |
| Biopsie | Prélèvement d'un échantillon de tissu. 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, celles du rectum au cours d'une rectoscopie. |
| Examen anatomo-pathologique | Examen de tissus ou de cellules prélevés lors d'une biopsie ou retirés lors d'une chirurgie. Cet examen est réalisé au microscope par un pathologiste. |

nostique

réalisés dans le cas d'un cancer colorectal 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 ou le rectum. |
| Cet examen est fréquent en cas de symptômes digestifs (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 peut être un signe de cancer du rectum. En cas de tumeur, il permet au chirurgien de déterminer la distance entre le sphincter externe et le bord inférieur de la tumeur et d'évaluer le fonctionnement du sphincter interne (tonus anal) et du sphincter externe (contraction volontaire). |
| C'est un examen de référence pour le diagnostic des cancers du rectum, réalisé systématiquement si une anomalie est décelée lors du toucher rectal. Il permet de faire des prélèvements (biopsie), d'examiner l'aspect de la tumeur, de préciser sa localisation, sa taille, sa distance par rapport à l'anus (élément important pour déterminer le type de chirurgie à réaliser) et enfin de vérifier, après une chirurgie, la couture entre les deux parties de l'intestin (anastomose). |
| 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. |

Annexe : les examens du bilan diag

| EXAMEN | DESCRIPTION |
|---|--|
| Analyses de sang | <p>Avant de débiter les traitements, on mesure :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ la quantité et la qualité des différentes cellules sanguines (on parle de numération formule sanguine ou d'hémogramme) ; ■ le taux de certaines substances chimiques (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 | <p>Examen qui permet de réaliser des images en coupes de certaines zones du corps grâce à des rayons X. On parle aussi de tomодensitométrie 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.</p> |
| En complément ou en alternative | |
| Échographie de l'abdomen et de la région pelvienne | <p>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.</p> |
| IRM du foie | <p>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.</p> |
| En cas de cancer du rectum | |
| Échographie endorectale | <p>Examen qui permet au radiologue ou au gastroentérologue de visualiser la paroi du rectum grâce à l'introduction d'une sonde échographique.</p> |
| IRM du rectum | <p>Voir description IRM du foie.</p> |

nostique (suite)

| OBJECTIF |
|--|
| <p>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.</p> |
| <p>Le scanner permet de déceler des anomalies qui peuvent être le signe d'une propagation du cancer en dehors du côlon ou du rectum (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 ou du rectum.</p> |
| <p>L'échographie a les mêmes objectifs que le scanner. Elle est utilisée en complément ou en alternative du scanner si celui-ci ne peut être réalisé.</p> |
| <p>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.</p> |
| <p>Cet examen permet d'évaluer l'extension de la tumeur dans la paroi du rectum et l'atteinte des ganglions proches du rectum, de préciser la localisation de la tumeur, sa taille et sa distance par rapport à l'anus (élément important pour le choix de la chirurgie à réaliser).</p> |
| <p>Une IRM rectale peut être recommandée afin de déterminer l'extension locale de la maladie.</p> |

Méthode et références

Ce guide fait partie de Cancer info, la plateforme d'information de référence à destination des malades et des proches. Cette plateforme 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 médecin ALD n°30, Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique, Cancer colorectal. HAS-INCa, février 2008
- Indications de la radiothérapie : Cancer du rectum. Collection Recommandations & référentiels. INCa, mai 2009
- 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 première ligne des patients atteints d'un cancer colorectal métastatique. Standards, Options, Recommandations (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 du Pr Panis, Hôpital Beaujon (APHP), Clichy

Dr Isabelle Martel-Lafay, radiothérapeute, Centre Léon Bérard, Lyon

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 Viguière, gastroentérologue, CHRU de Tours

Conformité aux recommandations professionnelles

Dr Valérie Mazeau-Woynar, responsable du département des recommandations pour les professionnels de santé, Direction des soins et de la vie des malades, Institut National du Cancer

Relecture usagers

Anne-Marie Brossard, membre du groupe d'usagers de la Ligue nationale contre le cancer

Marcel Humbert, président de la Fédération des stomisés de France et membre du Comité des malades, des proches et des usagers (CMPU) de l'Institut National du Cancer

Kate Lee, accompagnatrice en santé, Espace de rencontres et d'information, Centre Henri Becquerel, Rouen

Marie-Pierre Le Morvan, membre du groupe d'usagers de la Ligue nationale contre le cancer

Hélène Mouriesse, membre du groupe d'usagers de la Ligue nationale contre le cancer

Marie-Paule Vigouroux, membre du groupe d'usagers de la Ligue nationale contre le cancer

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 JUILLET 2010

Vous avez appris que vous avez un cancer du rectum. 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 rectum.

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.

