ligue contre le cancer

Le cancer du côlon et du rectum

Un guide de la
Ligue contre le cancer

Lire en ligne

Les ligues contre le cancer en Suisse : proximité, soutien individuel, confidentialité et professionnalisme

Vous et vos proches pouvez vous appuyer sur les activités de conseil et soutien proposées gratuitement près de chez vous. Près de 100 professionnels, répartis sur plus de 60 sites en Suisse, offrent un suivi individuel et confidentiel pendant et après la maladie.
En parallèle, les ligues cantonales développent des actions de prévention auprès de la population. Objectif: diminuer les facteurs de risque qui prédisposent au développement de la maladie.

Impressum

Éditrice
Ligue suisse contre le cancer
Effingerstrasse 40, case postale,
3001 Berne, tél. 031 389 91 00,
info@liguecancer.ch, www.liguecancer.ch

3e édition, direction de projet et rédaction
Nicole Bulliard, spécialiste Publications,
Ligue suisse contre le cancer, Berne

Conseils scientifiques
Prof. Dr med. Gian Dorta, médecin agréé, Service de gastroentérologie et d'hépatologie, CHUV; Dr med. Aline Flatz, collaboratrice scientifique, Ligue suisse contre le cancer; Prof. Dr med. Dieter Hahnloser médecin-chef, responsable du team côlon, rectum et proctologie, CHUV; Prof. Dr med. Arnaud Roth, Médecin responsable, Unité des tumeurs digestives, Chef du Centre des Cancers, HUG

Nous remercions la personne touchée pour sa relecture attentive et ses précieux commentaires.

Relecture
Cristina Martínez, traductrice-rédactrice spécialisée, service Publications, Ligue suisse contre le cancer, Berne; Jacques-Olivier Pidoux, spécialiste révision et traduction, Ligue suisse contre le cancer, Berne

Deux premières éditions – direction de projet, contenu, conseils scientifiques, texte, rédaction
Dr med. Donat Dürr, médecin adjoint et médecin-chef suppléant, clinique de médecine oncologique et hématologique, Hôpital de ville Triemli, Zurich; Katrin Haldemann, Ligue suisse contre le cancer, Berne; Sabine Jenny, Ligue suisse contre le cancer, Berne; Susanne Lanz, Ligue suisse contre le cancer, Berne; Prof. em. Dr Dr h.c. Urs Metzger, ancien médecin-chef de la chirurgie, Hôpital de la ville Triemli, Zurich; Dr med. Annelies Schnider Preisig, médecin adjoint de la clinique de chirurgie viscérale, thoracique et des vaisseaux, Hôpital de ville Triemli, Zurich; Ernst Schlumpf, Ligue suisse contre le cancer, Berne; Prof. Dr med. Markus Weber, médecin-chef de la clinique de chirurgie viscérale, thoracique et des vaisseaux, Hôpital de ville Triemli, Zurich; Ursula Zybach, Ligue suisse contre le cancer, Berne

Couverture
Adam et Ève, d'après Albrecht Dürer

Illustrations
p. 9: Frank Geisler, illustrateur scientifique, Berlin
pp. 13, 15: Willi R. Hess, dessinateur scientifique, Berne
p. 14: Oliver Blank, Ligue contre le cancer, Berne
pp. 24, 25: Rahel Meyer, Lucerne
p. 26: mis à disposition par sanofi-aventis (suisse) sa, Vernier

Photos
p. 4: Denis Tabler, Shutterstock
pp. 22, 30, 46, 60, 70: iStock

Conception graphique
Wassmer Graphic Design, Zäziwil

Impression
Jordi AG, Belp

Ce guide est également disponible en allemand et en italien.

© 2020, 2015, 2008, Ligue suisse contre le cancer, Berne

LSC | 5.2020 | 2000 F | 021063012111

Sommaire

5 Avant-propos

6 Qu'est-ce que le cancer ?

12 Le cancer du côlon et du rectum
12 L'intestin et sa fonction
14 Les cancers colorectaux
15 Causes possibles et facteurs de risque
17 Symptômes possibles
18 Dépistage

19 Examens et diagnostic
19 Premiers examens
20 Examens supplémentaires en vue de préciser le diagnostic
26 Les stades de la maladie

31 Méthodes thérapeutiques
31 Opération
35 Anus artificiel ou stomie
36 Radiothérapie
38 Traitements médicamenteux
43 Thermoablation par radiofréquence
44 Embolisation
44 Sexualité et préservation de la fertilité

48 Quel traitement à quel stade ?
48 Planification du traitement
52 Choix des traitements
53 Mon diagnostic, mon traitement
56 Traitement dans le cadre d'une étude clinique

58 Faire face aux effets indésirables
58 Des informations indispensables
59 Les effets sur la continence urinaire et fécale

61 Les traitements additionnels
61 Traitement de la douleur
63 Médecines complémentaires

64 Retour à la vie quotidienne
65 Suivi médical
66 Offres de réadaptation
67 Retour au travail
67 Soins palliatifs

71 Conseils et informations

Chère lectrice, cher lecteur,

Cancer. Pour les malades comme pour leurs proches, le diagnostic est généralement un choc. Du jour au lendemain, la vie bascule ; le présent, l'avenir, tout est chamboulé et les questions se précipitent, chargées d'espoir un jour, lourdes d'angoisse et de colère le lendemain.

Cette brochure est destinée à vous aider à mieux comprendre et affronter la maladie. Vous y trouverez une description détaillée du cancer du côlon et du rectum chez l'adulte, des examens réalisés en vue de poser le diagnostic et du traitement. Vous y trouverez encore des conseils utiles pour la période qui suit les thérapies et des offres de soutien pour vous faciliter le retour à la vie de tous les jours.

Le traitement du cancer du côlon et du rectum est en constante amélioration. Il est de mieux en mieux supporté. Lorsque la maladie est découverte à un stade précoce, alors qu'elle est encore limitée au côlon ou au rectum, les perspectives de guérison sont généralement bonnes. À un stade plus avancé, il est souvent possible d'en ralentir l'évolution et d'en atténuer les symptômes. Même lorsqu'on ne peut plus espérer de rétablissement durable, des mesures d'accompagnement peuvent contribuer à maintenir ou à améliorer la qualité de vie.

Si vous avez des questions, l'équipe médicale et soignante est là pour y répondre. N'hésitez pas non plus à faire appel au soutien de votre entourage, qu'il s'agisse de votre famille, de vos amis ou de vos voisins.

De nombreuses autres brochures de la Ligue contre le cancer sont source d'informations et de conseils utiles. Les professionnels à l'œuvre au sein des ligues cantonales et régionales et à la Ligne InfoCancer connaissent bien les questions qui se posent dans le cas d'un cancer. Ils sont là pour vous conseiller et vous accompagner. Nous vous indiquons les coordonnées nécessaires aux pages 78 à 79.

Nos vœux les plus chaleureux vous accompagnent.

Votre Ligue contre le cancer

Qu'est-ce que le cancer ?

Le terme de « cancer » recouvre un large éventail de maladies différentes qui présentent néanmoins certaines caractéristiques communes :

- Des cellules normales au départ se multiplient de façon incontrôlée ; elles prolifèrent et se transforment en cellules cancéreuses.
- Les cellules cancéreuses envahissent le tissu sain ; elles le compriment et le détruisent.
- Certaines de ces cellules peuvent se détacher de l'endroit où elles se sont constituées et donner naissance à des foyers secondaires dans d'autres parties du corps : ce sont les métastases.

Le terme de « cancer » désigne donc la prolifération de cellules qui se multiplient de façon incontrôlée et qui envahissent le tissu sain. Dans le langage courant, on parle aussi de tumeur. Il faut toutefois distinguer les tumeurs bénignes, qui ne mettent pas la vie en danger, des tumeurs malignes, qui peuvent menacer l'existence. Les tumeurs malignes sont aussi appelées néoplasmes, ce qui signifie « nouvelle formation ».

Il existe plus de deux cents types de cancers différents. On distingue :

- les tumeurs solides, qui se développent à partir des cellules d'un organe et qui forment une masse ou un nodule (c'est le cas du cancer du côlon et du rectum) ;
- les cancers qui prennent naissance dans le système sanguin ou lymphatique (les leucémies, par ex.). Ceux-ci peuvent notamment se traduire par un gonflement des ganglions lymphatiques, mais aussi par des modifications de la formule sanguine.

Tumeurs bénignes et tumeurs malignes

En grandissant, les tumeurs bénignes compriment le tissu sain, mais elles ne l'envahissent pas et ne forment pas non plus de métastases. Suivant leur localisation, elles peuvent cependant provoquer des troubles importants en écrasant le tissu normal ou en entraînant le rétrécissement d'un canal comme un nerf ou un vaisseau sanguin.

Certaines tumeurs bénignes peuvent se transformer en tumeurs malignes, parfois après de longues années. Les polypes du côlon ou du rectum en sont un exemple. Les polypes (adénomes) du colon et du rectum se transforment avec le temps en cancer (adénocarcinome) du côlon ou du rectum. Ces excroissances qui se développent sur la muqueuse intestinale peuvent constituer un stade précurseur du cancer de l'intestin.

Les tumeurs malignes, quant à elles, envahissent le tissu environnant et l'endommagent. Elles forment également de nouveaux vaisseaux sanguins pour s'approvisionner en éléments nutritifs.

Des cellules cancéreuses peuvent se détacher de la tumeur et passer dans les vaisseaux sanguins ou lymphatiques. Elles parviennent ainsi dans les ganglions lymphatiques et dans d'autres organes, où elles forment des métastases. Les métastases du cancer du côlon ou du rectum se développent le plus souvent dans le foie ou le poumon. En principe, les cellules cancéreuses conservent les caractéristiques de leur tissu d'origine, de sorte qu'il est possible d'identifier l'organe dont les métastases sont issues.

Tout commence dans la cellule

Les tissus et les organes sont composés de plusieurs milliards de cellules. Chaque cellule renferme dans son noyau le plan de construction de l'individu : le matériel génétique (génome), avec les chromosomes et les gènes. Celui-ci est constitué d'acide désoxyribonucléique (ADN), le support de l'information génétique.

Des causes multiples

Les maladies cancéreuses sont dues à des altérations qui affectent le matériel génétique des cellules. Certains facteurs sont connus pour favoriser ces mutations et jouent un rôle dans l'apparition du cancer :

- le vieillissement naturel ;
- le mode de vie (alimentation trop peu variée, sédentarité, tabagisme, consommation d'alcool, etc.) ;
- des influences extérieures (virus, polluants, fumée du tabac, rayonnement ultraviolet, rayons X, radioactivité) ;
- des facteurs héréditaires ou génétiques.

Certains de ces facteurs de risque peuvent être influencés, d'autres pas. On estime qu'environ un tiers de tous les cancers pourraient être évités si on éliminait des facteurs de risque comme l'alcool ou le tabac. Les deux tiers restants sont liés à des facteurs non modifiables ou inconnus.

En principe, l'apparition d'un cancer est due à la conjonction de plusieurs facteurs. Dans bien des cas, on ignore toutefois quels éléments particuliers ont conduit à la maladie.

Le vieillissement

Le vieillissement naturel de l'organisme favorise le développement des maladies cancéreuses. La fréquence de la plupart des cancers augmente avec l'âge ; près de 90 % surviennent après 50 ans.

En règle générale, la division cellulaire s'effectue correctement et les éventuelles erreurs sont réparées. Mais avec les années, les altérations qui affectent le matériel génétique et qui sont susceptibles d'entraîner l'apparition d'un cancer s'accumulent, ce qui explique que plus une personne est âgée, plus son risque de cancer est élevé. Compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie moyenne, le nombre de cancers est en augmentation.

Le mode de vie

Le tabagisme, la consommation d'alcool, l'alimentation et l'activité physique – en d'autres termes, le mode de vie – sont autant de facteurs sur lesquels chacun peut agir. En ayant une bonne hygiène de vie, on peut diminuer le risque de certains cancers.

Les influences extérieures

Si l'on ne peut que partiellement se soustraire à certains facteurs extérieurs auxquels on se trouve involontairement exposé, comme les particules fines, il est possible de se prémunir contre d'autres, par exemple en adoptant une protection solaire appropriée contre le rayonnement ultraviolet ou en se faisant vacciner contre les virus susceptibles de provoquer un cancer.

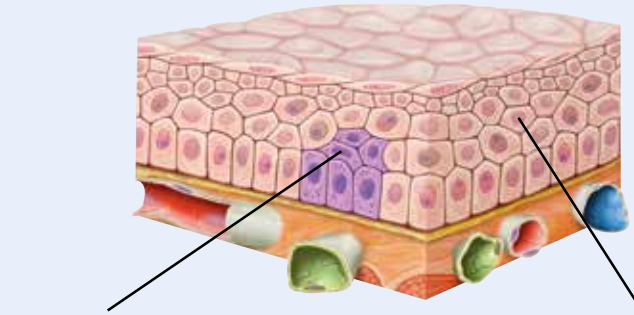
L'hérédité

On estime que dans 5 à 10 % des cas, le cancer est lié à une modification congénitale avérée du matériel génétique. On parle alors de cancer héréditaire. Les personnes qui présentent une prédisposition supposée ou avérée au cancer devraient consulter un spécialiste. S'il n'est pas possible d'influencer cette prédisposition en soi, on peut toutefois, pour certains cancers, procéder à des examens de dépistage ou prendre des mesures qui réduisent le risque de développer la maladie.

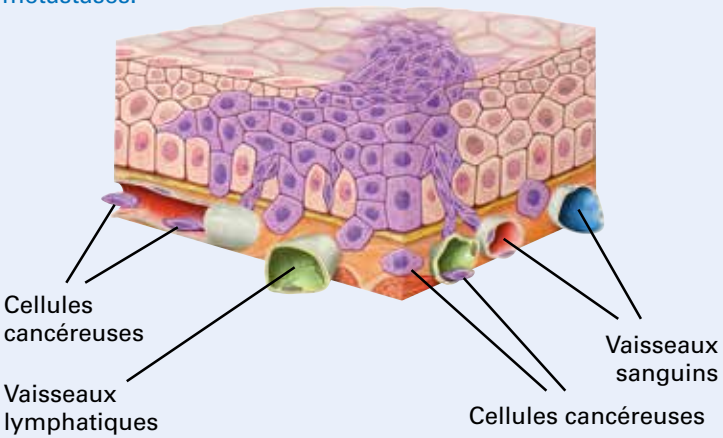
Dans certaines familles, on observe une accumulation de cancers spécifiques, dont le cancer du côlon et du rectum. Vous trouverez de plus amples informations sur le sujet dans la section « Causes possibles et facteurs de risque » (p. 15), de même que dans la brochure « Prédispositions héréditaires au cancer » (voir p. 74).

Comment se forme une tumeur ?
Exemple : carcinome de la muqueuse

1. La tumeur commence à infiltrer le tissu sain.



2. Elle envahit le tissu voisin. Les cellules cancéreuses pénètrent dans les vaisseaux sanguins (en rouge/bleu) et lymphatiques (en vert) et parviennent ainsi dans d'autres organes, où elles forment des métastases.



Pourquoi moi ?

Vous vous posez peut-être cette question et vous vous demandez si vous auriez pu faire les choses autrement pour échapper à la maladie. Il est compréhensible que vous vous interrogiez et que vous soyez en proie au doute ou à la colère. Vous devez toutefois savoir que la genèse du cancer est un processus extrêmement complexe, qui est difficile à cerner même pour un spécialiste.

Personne ne peut se protéger à coup sûr de la maladie. Le cancer frappe indifféremment les personnes qui ont un comportement à risque et celles qui vivent sainement, les jeunes et les moins jeunes. La probabilité d'être atteint relève en partie du hasard ou de la fatalité. Ce qui est sûr, c'est que le diagnostic engendre un stress important.

Vous trouverez dans la brochure de la Ligue contre le cancer « Cancer et souffrance psychique : Le cancer touche la personne dans sa totalité » (voir p. 74) des explications sur les difficultés que le cancer peut engendrer sur le plan émotionnel et mental et des pistes pour mieux les affronter.

Mes notes

Le cancer du côlon et du rectum

Lorsqu'on parle de « cancer de l'intestin », on entend généralement une maladie cancéreuse du côlon (aussi appelé *carcinome du côlon*) ou du rectum (*carcinome du rectum*). On dénomme aussi ce type de cancer *carcinome colorectal* ou *cancer colorectal.*

Deux tiers de tous les cancers colorectaux sont localisés dans la partie terminale du côlon, soit à l'intérieur du côlon sigmoïde, soit dans le rectum (voir illustration, points 8 et 9). Un tiers environ est limité au rectum. Le cancer de l'intestin grêle est très rare.

L'intestin et sa fonction

L'intestin fait partie du tube gastro-intestinal. Il joue un rôle central dans la digestion et l'absorption des nutriments.

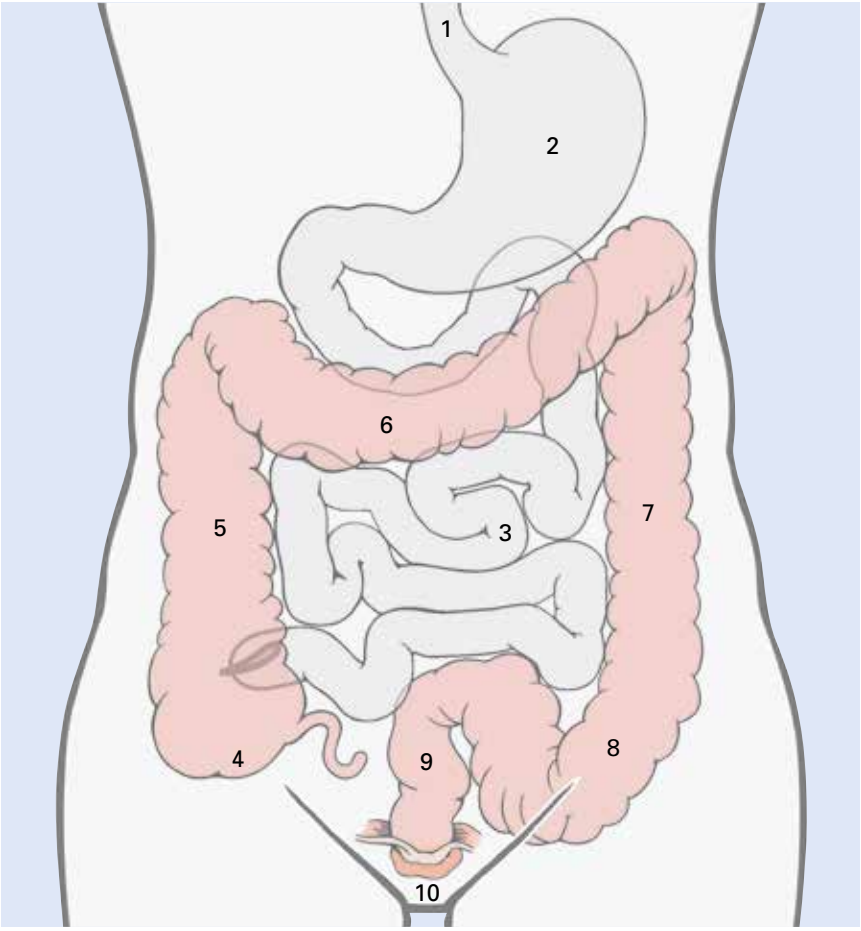
Digestion et absorption des nutriments

Depuis la bouche, les aliments passent par l'œsophage puis dans l'estomac et l'intestin grêle, qui mesure entre trois et cinq mètres de long. À mesure que la nourriture traverse les organes digestifs, elle est progressivement réduite en particules de plus en plus petites, afin de permettre le passage dans l'organisme des nutriments (graisses, protéines, sucres) et autres composants qui lui servent dans le maintien de sa structure et de carburant.

Le processus s'achève dans le côlon, long d'environ 1,5 m. C'est là qu'une grande partie du liquide est absorbée. Les selles épaissies parviennent au sigmoïde avant de passer par le rectum (environ 15 cm de long) et le canal anal juste en dessous (environ 4 cm). Elles sont ensuite évacuées par l'anus.

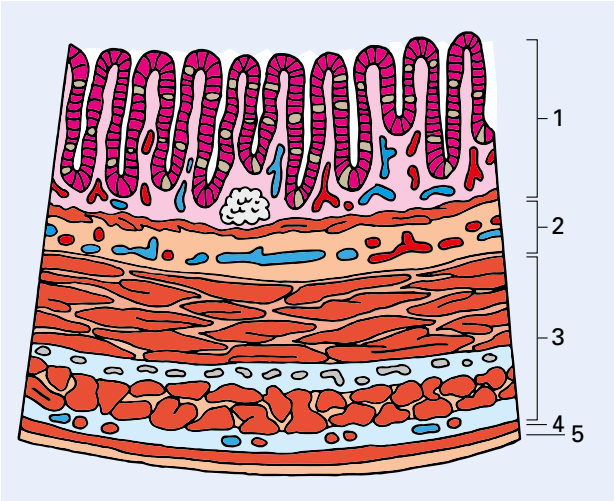
Les parois de l'anus renferment deux sphincters, externe et interne, en partie sous contrôle à volonté. Ils fonctionnent comme des valves et s'ouvrent lors de la défécation.

- Le côlon se compose de différentes couches musculeuses circulaires et longitudinales qui mélangent le contenu intestinal et le font avancer (mouvement péristaltique de l'intestin).
- Une muqueuse « tapissée » de nombreuses glandes recouvre la paroi interne du côlon. Elle présente d'innombrables petits creux ou *cryptes* intestinales. Entre la couche de muqueuse et la couche musculeuse interne se trouve la sous-muqueuse, une couche constituée de tissu conjonctif souple, innervé et contenant des vaisseaux.



L'appareil digestif

1 Œsophage
2 Estomac
3 Intestin grêle
4 Caecum
5 Côlon ascendant
6 Côlon transverse
7 Côlon descendant
8 Côlon sigmoïde
9 Rectum
10 Sphincter anal



Les couches de la paroi du côlon

1 Muqueuse
2 Sous-muqueuse
3 Couches musculaires
4 Sous-séreuse
5 Séreuse

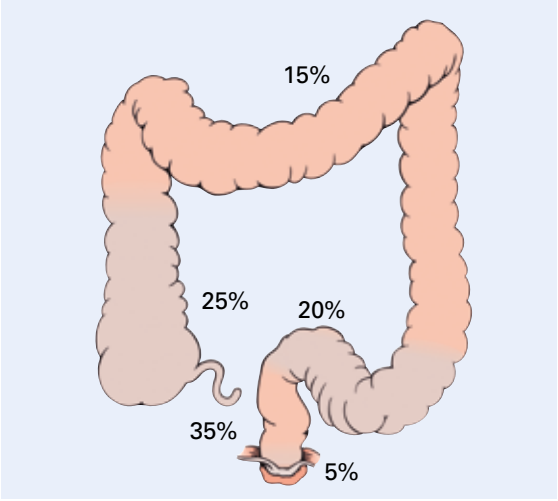
- Les quatre derniers centimètres du rectum forment le canal anal. Cette partie marque la transition progressive de la muqueuse vers la peau externe « normale ».

Les cancers colorectaux

Les cancers colorectaux peuvent se développer à partir de différentes cellules. Plus de 95 % d'entre eux apparaissent toutefois dans la muqueuse du côlon et du rectum. On parle alors d'*adénocarcinomes.* Environ 5 % des maladies cancéreuses colorectales se développent à partir de cellules autres que celles de la muqueuse intestinale. Elles nécessitent un type de traitement différent, raison pour laquelle cette brochure ne les aborde pas.

Le renouvellement constant des cellules de la muqueuse intestinale peut conduire à une surproduction cellulaire. Chez les personnes de plus de 40 ans en particulier, ce phénomène peut entraîner la formation de polypes, des excroissances bénignes de la muqueuse qui grandissent lentement et en continu. On les appelle aussi *adénomes* parce qu'elles se développent à partir de cellules glandulaires.

Fréquence des cancers du côlon et du rectum
La fréquence de ces cancers varie en fonction du segment intestinal considéré (voir p. 13) : un bon tiers survient dans le rectum, à savoir dans les 15 derniers centimètres du côlon.



Bien qu'ils soient bénins dans la plupart des cas, on considère la majorité des polypes comme précancéreux. En effet, avec le temps, ils peuvent évoluer en tumeur maligne dénommée *adénocarcinome.* Ce terme caractérise une tumeur qui se développe à partir d'une glande ou d'une muqueuse. Cette tumeur s'infiltre alors progressivement dans les différentes couches tissulaires du côlon ou du rectum (voir illustration p. 26).

Différents facteurs encore inconnus exercent une influence sur l'apparition d'un cancer du côlon ou du rectum. C'est pourquoi la recherche médicale travaille intensément afin d'en comprendre les processus.

Causes possibles et facteurs de risque

Il n'existe pas une cause unique liée à l'apparition d'un cancer du côlon ou du rectum. Chaque personne peut être touchée par cette maladie et le risque augmente à mesure que l'on avance en âge.

Des facteurs particuliers et certaines circonstances de vie peuvent représenter un risque plus élevé de développer la maladie, mais pas nécessairement. Vous n'avez donc aucune raison de vous sentir coupable.

Risque familial

Certaines personnes, même jeunes, sont plus exposées en raison d'antécédents familiaux. Le risque concerne en particulier les familles touchées par :

- le syndrome du cancer colorectal héréditaire sans polypose (HNPCC) appelé syndrome de Lynch ;
- la polypose adénomateuse familiale (PAF) qui provoque la formation de centaines de polypes surtout au niveau du rectum et du côlon.

Autres facteurs de risque :

- les maladies cancéreuses du côlon et du rectum, ou polypes intestinaux, chez les parents ou chez un frère ou une sœur ;
- les polypes colorectaux découverts et enlevés antérieurement ;
- les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin telles que la colite ulcéreuse et la maladie de Crohn.

Pour les personnes qui se retrouvent dans l'une des situations mentionnées ci-dessus, il est important de consulter un médecin sans attendre pour discuter des mesures de prévention ou de dépistage à envisager. Elles pourront alors convenir avec leur médecin des examens et des contrôles à effectuer.

Si vous et vos proches désirez en savoir plus, consultez la brochure de la Ligue contre le cancer « Prédispositions héréditaires au cancer » (voir p. 74).

Troisième cancer le plus fréquent chez l'homme, en deuxième position chez la femme

Chaque année en Suisse, le cancer du côlon ou du rectum touche environ 4400 personnes. La maladie atteint en particulier le groupe d'âge au-dessus de 50 ans. Elle est légèrement plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Au cours des dernières décennies, la mortalité par

Important
La présence de sang dans les selles, des signes de pâleur et d'anémie doivent vous inciter à consulter un médecin. La conjugaison de tous ces signes indique des saignements qui durent depuis longtemps.
Il est aussi conseillé de signaler à son médecin des changements lorsque vous allez à selle ou une modification de votre transit intestinal, par exemple une constipation chronique associée à des selles rétrécies (en forme de « spaghetti »).

cancer colorectal a diminué de façon continue grâce au dépistage et à l'amélioration des traitements.

Un mode de vie sain

Les éléments principaux suivants diminuent le risque de cancer colorectal :

- une activité physique régulière ;
- des fibres alimentaires consommées en quantités suffisantes : céréales complètes, fruits, légumes et légumineuses ;
- peu de viande rouge ;
- peu d'alcool ;
- pas de surpoids ;
- pas de tabagisme.

Symptômes possibles

Le cancer colorectal se développe lentement, raison pour laquelle il peut passer inaperçu pendant une période prolongée. Lorsque des signes apparaissent, c'est souvent par vagues, d'où une confusion possible avec des troubles plus courants et bénins.

Les symptômes les plus fréquents sont :

- des modifications lorsque vous allez à selle (par exemple diarrhées ou constipation soudaine ou alternance des deux) ;
- des selles rétrécies (en forme de « spaghetti »), un faux besoin d'aller à selle ;
- une perte de poids inexpliquée ;
- du sang dans ou sur les selles, qui les rend rouges ou noires ;
- du mucus dans les selles, des saignements rectaux ;
- des douleurs abdominales inconnues et persistantes, qui peuvent signaler un début d'occlusion intestinale ;
- des ballonnements ;
- une perte d'appétit et d'énergie.

Antécédents

Les personnes qui ont des antécédents familiaux ou personnels de cancer du côlon ou du rectum ou qui sont atteintes de maladies de l'intestin font partie d'un groupe à risque. Ils font l'objet de contrôles réguliers la plupart du temps avant l'âge de 50 ans. Parlez-en à votre médecin, si vous êtes concerné.

Dépistage

Le dépistage vise à déceler la maladie à un stade débutant, car il offre alors de bonnes chances de guérison. Pour cette raison, le dépistage joue un rôle central dans le pronostic et l'évolution de la maladie.

Le corps médical et la Ligue contre le cancer recommandent d'effectuer un examen de dépistage régulier à partir de 50 ans. Il consiste la plupart du temps à réaliser une coloscopie ou une recherche de sang occulte dans les selles, soit de détecter du sang invisible à l'œil nu.

L'examen ou le test a lieu de préférence dans le cadre d'un programme de dépistage systématique. Des programmes existent ou sont en cours de mise en place dans divers cantons. Vous pouvez vérifier si votre canton dispose d'un tel programme à la page www.swisscancerscreening.ch. Si votre canton ne dispose pas d'un programme de dépistage, parlez-en à votre médecin, à votre pharmacien ou demandez conseil à la Ligne InfoCancer (voir p. 79).

Prise en charge des examens
En règle générale, le coût d'une coloscopie est pris en charge par l'assurance de base lorsqu'il existe un risque familial ou en présence de certains symptômes ou de sang dans les selles.

Chez les personnes âgées de 50 à 69 ans qui ne présentent ni symptômes ni risque familial, l'assurance de base prend en charge les coûts des deux méthodes de dépistage : le test de sang occulte dans les selles tous les deux ans et la coloscopie tous les dix ans. Les personnes qui se font dépister dans le cadre d'un programme ne paient pas de franchise.

Examens et diagnostic

Pour établir un diagnostic précis et choisir la meilleure thérapie, il est indispensable de combiner différents examens médicaux. Toutes les méthodes ne sont cependant pas utilisées systématiquement. Le choix des techniques d'investigation dépend de chaque cas particulier et des résultats des divers examens.

Les examens médicaux et techniques (coloscopie) sont en général effectués par un gastro-entérologue. C'est un spécialiste des maladies de l'estomac et de l'intestin. Il intervient dans le cadre d'un dépistage ou suite à l'apparition des symptômes évoqués dans le chapitre précédent.

S'informer et se faire conseiller

Faites-vous expliquer les examens que vous devez subir et demandez pourquoi ils sont nécessaires, quels sont leurs effets et à quels diagnostics pouvez-vous vous attendre. Renseignez-vous sur les éventuelles conséquences si vous deviez refuser un examen.

Les résultats des examens seront évalués aussi rapidement que possible. Plusieurs jours peuvent cependant se passer avant qu'ils soient connus et communiqués. Si l'attente vous paraît insoutenable et que vous désirez parler à quelqu'un, n'hésitez pas à appeler la Ligne InfoCancer ou votre ligue cantonale ou régionale (voir pp. 78 et 79).

Premiers examens

Anamnèse

Pour le médecin, l'anamnèse consiste à vous interroger en détail sur votre état de santé, vos symptômes et si vous prenez des médicaments. Il s'intéressera également à vos antécédents médicaux et à ceux de votre famille, notamment aux cas de cancers.

Un examen physique complet

L'examen physique inclut une palpation de l'abdomen et des ganglions lymphatiques, ainsi qu'un toucher rectal. La palpation de l'abdomen permet de déterminer si l'abdomen est souple et indolore, si les organes ont augmenté de volume et si du liquide s'est accumulé dans l'abdomen. Le médecin revêt un gant pour le toucher rectal. Il introduit l'index ganté dans l'anus et le rectum. L'examen permet de repérer des grosseurs anormales et évaluer leur position, tout comme la présence de sang.

Examens sanguins

Une prise de sang est en général effectuée pour vérifier la formule sanguine. Le nombre de globules rouges, de globules blancs et de plaquettes peut changer en cas de maladie cancéreuse. L'analyse du sang permet aussi de vérifier le fonctionnement du foie et des reins.

Analyse des selles

Cette analyse sert à détecter la présence de sang occulte dans les selles, signe possible d'un cancer. En cas de sang dans les selles, il s'agit d'en trouver la source. Le sang peut s'écouler à partir d'un cancer, mais il peut aussi avoir une autre origine, comme les hémorroïdes. La coloscopie qui suit l'analyse permet de déterminer la provenance du sang dans les selles. Cet examen s'impose également chez les personnes de plus de 50 ans dont les saignements sont causés par des hémorroïdes.

Examens supplémentaires en vue de préciser le diagnostic

Plusieurs procédés d'imagerie médicale servent à préciser le diagnostic : la coloscopie, qui a pour but d'évaluer la muqueuse du côlon et du rectum, mais aussi l'échographie, le scanner, l'IRM et la rectoscopie.

La coloscopie

L'examen du côlon qu'on appelle coloscopie est relativement indolore, mais peut provoquer une sensation désagréable. Pour cette raison, le patient reçoit en général un médicament qui l'endort momentanément.

Préparation

Une coloscopie n'est possible que lorsque l'intestin est complètement vide, raison pour laquelle vous devez suivre un régime alimentaire sans résidus pendant les jours qui précèdent la coloscopie et prendre une solution de lavement intestinal la veille de l'examen.

Mesures de précaution

Si vous prenez des anticoagulants, des médicaments contenant de l'aspirine ou êtes diabétique, il est nécessaire d'en parler d'abord au médecin de famille. Cette précaution vaut également pour tout médicament pris régulièrement. En effet, il est possible que des mesures

supplémentaires s'imposent. Par ailleurs, les puissants laxatifs peuvent entraver l'effet contraceptif de la pilule : demandez au médecin si un moyen de contraception complémentaire est nécessaire.

Coloscopie ou rectoscopie ?

Dans la mesure du possible, le gastro-entérologue effectue une coloscopie. Elle permet l'observation minutieuse du côlon et du rectum au moyen d'un endoscope, un tube souple qui laisse passer de petits instruments et qui est muni d'une petite caméra et d'une source lumineuse.

La rectoscopie se limite à l'examen du rectum. Elle est choisie pour les cancers du rectum pour délimiter la distance de la tumeur de l'anus.

Le médecin introduit l'endoscope par l'anus jusqu'au caecum, la première partie du côlon, afin de visualiser la muqueuse du côlon et du rectum. Puis il le retire en soufflant de l'air.

Un écran permet au spécialiste d'examiner la muqueuse et de relever les modifications suspectes, des polypes notamment. Des échantillons de tissus peuvent aussi être prélevés pour être analysés par la suite (biopsie).

Polypes

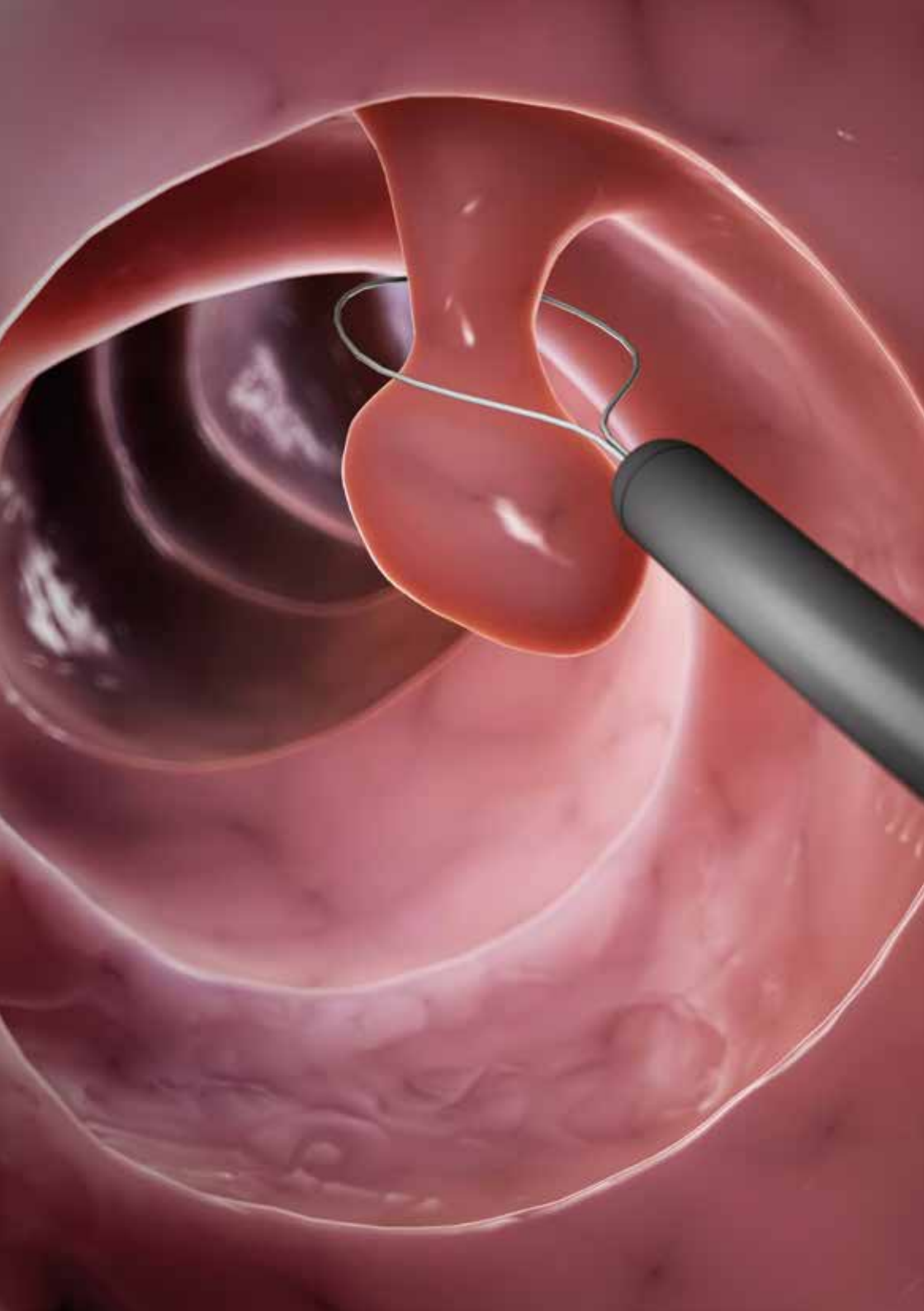
Les polypes sont des excroissances du tissu glandulaire qui se forment sur la muqueuse. Dans la plupart des cas, ils ne causent aucun trouble, mais peuvent dégénérer et devenir malins.

Ablation des polypes

Il est possible de retirer certains polypes pendant l'examen (polypectomie, voir p. 22). Si leur taille, leur nombre ou leur forme ne le permettent

Les étapes après un diagnostic de polypes

- Selon le type, le nombre et la taille des polypes bénins retirés, une nouvelle coloscopie est recommandée dans les trois à cinq ans, car ils peuvent réapparaître ou former des cellules cancéreuses.
- Si l'ensemble du côlon est touché par des polypes multiples, le médecin recommande une coloscopie annuelle ou dans certains cas (en cas de PAF, notamment, voir p. 16), l'ablation de tout le côlon et du rectum.
- Si les tissus prélevés sur les polypes contiennent des cellules cancéreuses infiltrantes, le segment du côlon ou du rectum touché doit être enlevé.



pas, ils sont enlevés par intervention chirurgicale.

L'examen par microscope du tissu prélevé au cours de la coloscopie permet de déterminer si l'on se trouve en présence d'un cancer. L'ablation des polypes par coloscopie réduit le risque de cancer colorectal et la mortalité par cette maladie. Les complications sont très rares. Il peut s'agir par exemple d'une lésion de la paroi intestinale lors de l'ablation ou de saignements. Si des complications se produisent, il existe des moyens médicaux ou chirurgicaux pour les soigner.

Coloscopie virtuelle

La coloscopie virtuelle est un examen par scanner. Elle implique une exposition aux rayons. Elle s'effectue sans introduire d'instrument. La préparation est cependant la même que pour une coloscopie. Cet examen permet d'obtenir des clichés en coupe et en trois dimensions et de détecter les polypes d'au minimum 5 millimètres. Les polypes suspects ne peuvent pas être retirés pendant l'examen. Le gastro-entérologue doit procéder à leur prélèvement ultérieurement. Cet examen est pratiqué par exemple lorsqu'une tumeur empêche le passage de l'endoscope à l'intérieur du côlon ou du rectum.

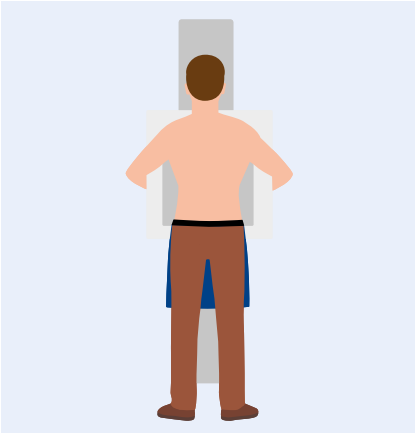
Procédés d'imagerie médicale supplémentaires

Si le spécialiste constate la présence de polypes bénins, des examens diagnostiques complémentaires sont dans un premier temps inutiles. En revanche, des investigations supplémentaires sont indispensables en cas de maladie cancéreuse, afin de planifier au mieux le traitement.

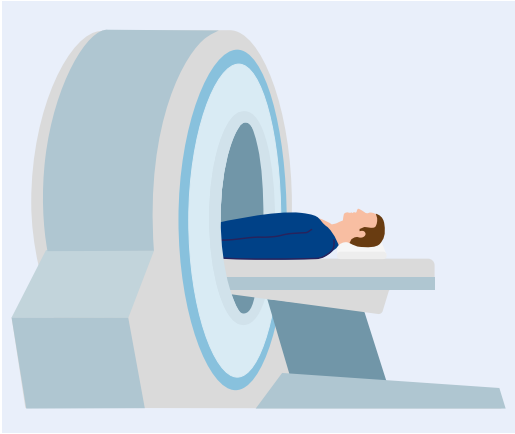
Les différentes techniques d'imagerie médicale mettent notamment en évidence si la tumeur a déjà atteint les ganglions lymphatiques avoisinants ou formé des métastases dans des organes plus éloignés, principalement le foie et le poumon (voir « Stades de la maladie », p. 26).

Le choix d'une technique supplémentaire dépend de chaque cas particulier et des résultats obtenus lors des examens précédents :

- scanner de la cage thoracique pour évaluer si le cancer s'est propagé au poumon ;
- scanner de l'abdomen et du thorax pour évaluer l'étendue de la maladie ;
- IRM du rectum et éventuellement du foie et PET CT pour déterminer l'emplacement et l'étendue des tumeurs.



Radiographie



Scanner

Radiographie

La radiographie utilise les rayons X à faible dose pour obtenir des clichés des organes, des tissus et des os.

Scanner

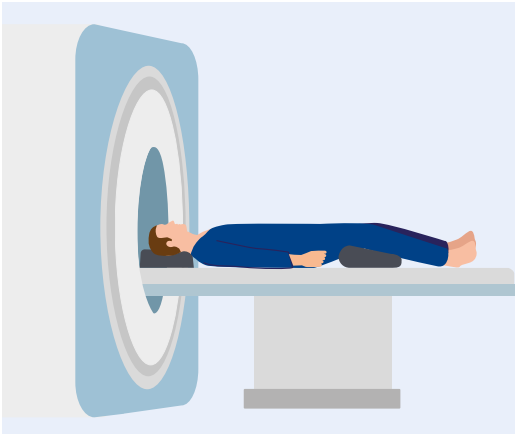
Le scanner ou tomodensitométrie produit des clichés en coupe et en trois dimensions des organes, tissus, os et vaisseaux sanguins du corps au moyen de rayons X. Un liquide de contraste iodé est injecté au préalable pour augmenter la précision de l'image.

IRM : imagerie par résonance magnétique

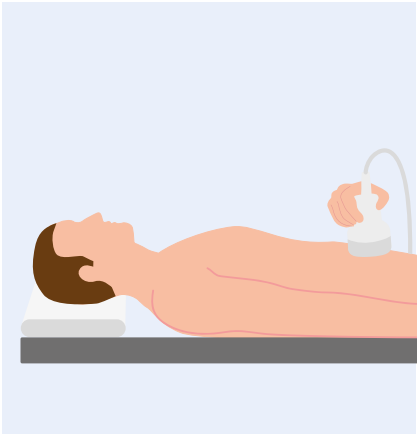
L'imagerie par résonance magnétique repose sur l'utilisation de puissantes forces magnétiques et d'ondes radioélectriques pour produire des images en coupes des organes, tissus, os et vaisseaux sanguins du corps. Un ordinateur assemble les clichés en images en trois dimensions.

PET CT

Ce procédé repose sur l'utilisation d'un appareil combinant une tomographie par émission de positons et une tomographie assistée par ordinateur. Le patient reçoit une perfusion intraveineuse de glucose associé à un produit faiblement radioactif. Le liquide vient se fixer dans les tissus du corps qui montrent des changements de leur activité métabolique. Ils sont visibles à l'écran en images à deux ou trois dimensions. Les risques potentiels pour la santé



IRM



Échographie

dus aux radiations sont faibles. Il n'y a pas d'effets secondaires sur le long terme. Il est ainsi possible de déterminer la taille, l'emplacement, la texture et l'extension d'une tumeur, ainsi que la présence d'éventuelles métastases. Cet examen permet aussi de préparer minutieusement le prélèvement d'échantillons de tissus, des opérations et des radiothérapies.

Cet examen peut aussi servir à évaluer la réponse de la tumeur au traitement : chimio-, radio- ou radiochimiothérapie.

Échographie

Une échographie de l'abdomen peut servir à déterminer si le cancer colorectal s'est étendu au foie.

Endosonographie rectale

Cet examen permet de mesurer l'étendue, l'emplacement et la profondeur à laquelle se situe le cancer du rectum. Une sonde est introduite dans le rectum et produit des images à partir d'ondes sonores à haute fréquence.

Rectoscopie

Cet examen intervient en cas de soupçon de cancer du rectum, par exemple suite à un toucher rectal. Un endoscope rigide muni d'une source de lumière à son extrémité est introduit dans le rectum pour en observer l'intérieur : aspect et situation de la tumeur, distance de l'anus. Cet instrument permet aussi de faire une biopsie. Les tissus prélevés sont

ensuite examinés au microscope. Contrairement à la coloscopie, l'examen ne nécessite pas de préparation autre qu'un petit lavement. Généralement indolore, cet examen peut être désagréable pour certains patients.

Mesure des marqueurs tumoraux

Certaines tumeurs sécrètent des substances caractéristiques dans le sang ou dans les tissus appelées *marqueurs tumoraux.* Une prise de sang ou un prélèvement de tissu permet d'en déterminer la présence. Les marqueurs caractéristiques du cancer colorectal sont l'antigène carcino-embryonnaire (ACE ou CEA en anglais), et l'antigène carbohydrate (CA 19-9).

Effectuée dans le bilan initial, la mesure sert de repère pour suivre l'efficacité du traitement et déceler, en cas d'ascension du marqueur, une récidive ou la présence de métastases.

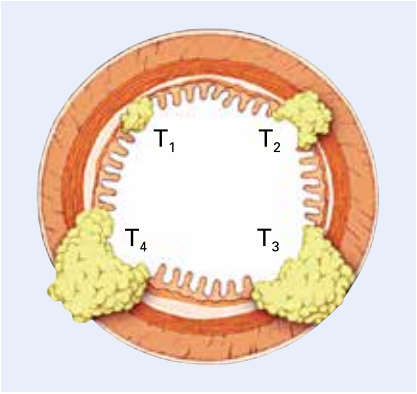
Test de mutations génétiques

Les gènes KRAS/NRAS et BRAF peuvent être mutés et favoriser sous cette forme la croissance du cancer colorectal. Certains traitements du cancer du côlon ou du rectum au stade métastasé sont sans effets en présence d'une mutation de certains de ces gènes. Un test préalable est donc indiqué pour déterminer le traitement lorsque le cancer a déjà formé des métastases. Par ailleurs, une recherche d'une instabilité des microsatellites (MSI) dans le génome de la tumeur est recommandée afin de savoir si la tumeur pourrait être sensible à une immunothérapie.

Les stades de la maladie

La classification TNM

Le stade de la maladie désigne l'étendue du cancer. La classification internationale TNM sert de base pour décrire le stade d'une maladie cancéreuse (source p. 77). Différents examens permettent de le déterminer.



Coupe sagittale des différents stades de la maladie.

Cancer du côlon

Pour le cancer colorectal, il faut souvent attendre le déroulement de l'opération ou l'analyse ultérieure des ganglions lymphatiques prélevés pour préciser le stade de la maladie.

Cancer du rectum

En revanche, pour pouvoir choisir le traitement optimal d'un cancer du rectum, il est important d'établir le stade le plus exact possible avant l'opération.

La classification TNM du cancer du côlon et du rectum

T	correspond à « tumeur ». Les chiffres de 0 à 4 permettent de décrire sa taille et son étendue. Plus le chiffre est élevé, plus la tumeur s'étend en profondeur (voir illustration ci-dessus).
T0	pas de signe de tumeur.
Tis	signifie tumeur « in situ », limitée à la muqueuse.
T1	la tumeur s'infiltre dans la sous-muqueuse (voir pp. 14 et 26).
T2	la tumeur s'infiltre dans la couche musculeuse de la paroi intestinale.
T3	la tumeur s'infiltre à travers toutes les couches de la paroi intestinale.
T4	la tumeur s'infiltre dans les tissus ou dans les organes avoisinants.
T4a	la tumeur a envahi le péritoine (membrane qui tapisse l'abdomen et le bassin).
T4b	la tumeur a envahi d'autres organes.

N	correspond aux ganglions lymphatiques (nodes en anglais).
N0	les ganglions sont intacts.
N1	jusqu'à trois ganglions avoisinants sont atteints.
N2	plus de trois ganglions avoisinants sont atteints.

M	correspond aux métastases. Dans le cancer colorectal, les plus fréquentes se forment dans le foie et dans le poumon. Elles sont plutôt rares dans les os ou le cerveau.
M0	pas de métastases.
M1	la tumeur a formé des métastases dans d'autres organes. Il est possible de préciser les résultats en ajoutant des lettres minuscules a, b ou c. M1b signifie par exemple que des métastases ont atteint plus d'un organe.

Différentes combinaisons sont possibles : par exemple T2 N1 M0 ou T3 N0 M0. À chaque combinaison correspond un stade différent. Demandez à votre médecin de vous expliquer quelle est la classification exacte de votre tumeur. Il pourra également vous expliquer quel est le stade de votre maladie.

Les stades du cancer du côlon

Les différentes combinaisons de la classification TNM sont regroupées en stades qui vont de I à IV. Plus la maladie s'est étendue dans l'organisme, plus le chiffre est élevé et le stade avancé.

Stade I

Extension de la tumeur jusqu'à T2, pas d'atteinte des ganglions lymphatiques, pas de métastases détectables.

Stade II

T3 ouT4, pas d'atteinte des ganglions lymphatiques, pas de métastases détectables.

Stade III
T1 à T4, atteinte des ganglions lymphatiques jusqu'à N2, pas de métastases détectables.

Stade IV
T1 à T4, atteinte des ganglions lymphatiques jusqu'à N2, présence de métastases (M1).

Les stades du cancer du rectum
La classification TNM en quatre stades s'applique également au cancer du rectum. Ce type de cancer se distingue toutefois du cancer du côlon sur des points essentiels.

On procède avant l'opération à une IRM (voir p. 24) pour préciser l'emplacement de la tumeur par rapport à l'anus, les marges latérales de sécurité et déterminer la nécessité d'une thérapie néo-adjuvante (voir p. 50).

Les grades de la tumeur
Des prélèvements de tissus sont analysés en complément de la classification TNM. Ils ont pour but de prévoir l'évolution possible de la tumeur et de proposer les traitements adaptés.

Cette méthode détermine le grade de la tumeur, à savoir le degré de différence entre l'aspect des cellules tumorales et celui des cellules normales. Plus une cellule cancéreuse diffère d'une cellule saine, plus sa vitesse de division sera élevée et la tumeur agressive.

On distingue 3 degrés d'agressivité :

- G1 les cellules cancéreuses ressemblent encore fortement aux saines ;
- G2 les cellules cancéreuses ressemblent encore un peu aux saines ;
- G3 les cellules cancéreuses ne ressemblent presque plus aux cellules saines et se divisent de manière plus rapide que les degrés G1 et G2.

Une tumeur de grade 1 ou 2 est aussi qualifiée de « bas grade », de grade 3, de « haut grade ».

En l'absence de biopsie à ce stade, il faut attendre l'opération pour analyser le tissu tumoral.

La détermination du stade et du grade du cancer colorectal dépend de nombreux facteurs. N'hésitez pas à demander à votre médecin de vous expliquer ce qui s'applique dans votre cas et les conséquences pour le choix des traitements.

Méthodes thérapeutiques

Les principaux traitements d'un cancer colorectal sont :

- l'opération ;
- la radiothérapie ;
- la radiochimiothérapie, une combinaison de chimiothérapie et de radiothérapie ;
- les traitements médicamenteux : chimiothérapie, thérapie ciblée, l'immunothérapie ;
- la thermoablation par radiofréquence et l'embolisation pour le traitement des métastases du foie.

Ces traitements sont administrés seuls, combinés ou l'un après l'autre. Ils sont souvent prescrits l'un après l'autre, car des thérapies simultanées présentent le risque d'entraîner des effets indésirables plus prononcés.

Les méthodes qui sont décrites ci-après ne sont pas toutes utilisées. Pour savoir laquelle est appliquée à quel stade de la maladie, nous vous renvoyons à la page 48.

Opération

L'opération est la principale méthode pour traiter un cancer colorectal qui s'est étendu au-delà d'un polype. Elle consiste à retirer la tumeur et les tissus touchés avec une marge de sécurité suffisante (voir aussi encadré p. 35). Son succès joue un rôle déterminant quant aux chances de rémission.

En cas de tumeurs rectales, en raison de la proximité des organes sexuels, de la vessie, des uretères et de l'urètre, l'opération requiert du chirurgien un grand savoir-faire et une vaste expérience. Le défi consiste à enlever la tumeur de façon curative, soit dans le but de guérir la maladie, tout en conservant les fonctions de l'intestin, du sphincter anal et des organes voisins (voir schéma p. 13). Pour cette raison, il est recommandé de choisir un hôpital où ces interventions sont fréquentes. La chirurgie viscérale est la discipline spécialisée dans ce domaine.

Procédé chirurgical et préservation de la continence

Souvent, les examens diagnostiques permettent d'établir avant l'opération si le chirurgien est en mesure de préserver la continence du patient et si elle redevient normale après l'opération.

Aujourd'hui, il est possible d'opérer la majorité des cancers du côlon ou du rectum en sauvegardant les voies naturelles du patient. Dans le cas d'un cancer du rectum cependant, il ne sera pas possible de conserver l'anus pour un patient sur cinq. Le médecin pratique alors une amputation abdomino-périnéale avec

ablation de l'anus et confection d'un anus artificiel définitif dans le bas de l'abdomen (voir p. 35).

Suivant le cas, l'intervention peut avoir lieu par chirurgie ouverte ou par laparoscopie. Pour la laparoscopie, le médecin procède à plusieurs petites incisions au lieu d'une grande ouverture. Les instruments ainsi qu'une petite caméra sont introduits par ces incisions dans la cavité abdominale. Cette méthode d'opération préserve mieux les tissus. La cicatrisation après l'opération est souvent plus rapide que pour les chirurgies ouvertes et la convalescence est plus courte. Vous trouvez des explications supplémentaires sur la laparoscopie dans la brochure « Chirurgie et cancer » (voir p. 74).

Cancer du côlon

Traitement de premier recours, l'opération joue, à un stade précoce, un rôle décisif dans la guérison de la maladie. Le chirurgien enlève la partie du côlon atteinte par la tumeur, mais aussi les vaisseaux sanguins et les ganglions lymphatiques qui l'irriguent avec une marge de sécurité.

En fonction de la partie du côlon qu'il faut retirer, les spécialistes parlent :

- pour la partie de droite d'hémicolectomie droite (côlon ascendant, caecum) ;
- pour la partie de gauche d'hémicolectomie gauche (côlon descendant, sigmoïde).

Il est aussi possible de n'enlever que le côlon sigmoïde (sigmoïdectomie) ou que la partie transverse du colon.

La « colectomie totale » se réfère à une ablation complète du côlon et du rectum. Elle est parfois nécessaire, notamment dans certains cas de polypose familiale (voir PAF, p. 16).

Il est souvent possible de retirer la tumeur en entier (résection R0, voir p. 35). Comme la résection complète est plus fréquente et plus simple en cas de cancer du côlon, le risque de récidive à l'emplacement de la première tumeur est plus faible que pour les cancers du rectum.

Métastases

En présence de métastases, il faut déterminer au cas par cas si l'opération permet d'enlever toute la tumeur. Pour le chirurgien, l'objectif essentiel consiste à préserver le passage des selles. Si des métastases se sont étendues à d'autres organes, le chirurgien peut parfois les retirer en même temps. Suivant leur nombre et leur location, d'autres méthodes sont utilisées pour les retirer (voir « thermoablation par radiofréquence » et « embolisation » pp. 43 et 44).

Cancer du rectum

À un stade précoce de la maladie, l'opération représente le traitement principal. La résection complète de la tumeur est toutefois moins souvent possible qu'en présence d'un cancer du côlon (résection R0, voir p. 35).

Dans la mesure du possible, le chirurgien préserve le sphincter anal. Cependant, plus la tumeur est localisée à proximité du sphincter anal, plus cet objectif s'avère difficile à atteindre.

Dans certains cas, une radiothérapie ou une radiochimiothérapie (voir p. 38) réduisent la tumeur avant l'opération, de sorte que le chirurgien puisse l'enlever tout en conservant le sphincter anal.

La pose d'une stomie peut toutefois s'avérer nécessaire lorsque la chirurgie ou l'ablation intégrale de la tumeur rectale sont exclues.

Si le patient court un risque d'occlusion intestinale (iléus), le gastroentérologue place des petits tubes souples en métal (stents) qui maintiennent la lumière intestinale « ouverte » et rendent possible le passage des selles. Il peut aussi installer une stomie en amont de la tumeur.

Selon la situation, le chirurgien recourt à différentes techniques.

Chirurgie transanale

Cette méthode pénètre le rectum par l'anus pour retirer la tumeur avec une marge de sécurité ainsi que du tissu graisseux. Elle est pratiquée lorsque la fonction anale peut être préservée. La technique varie légèrement suivant que la tumeur se trouve près de l'anus ou plus en amont, à partir du milieu du rectum.

Chirurgie abdominale

Cette méthode implique une incision de l'abdomen, soit en chirurgie ouverte, soit par laparoscopie, où le chirurgien procède à plusieurs petites incisions. Une de ces incisions peut se situer à hauteur du périnée.

Selon l'emplacement de la tumeur, le chirurgien doit retirer une partie plus ou moins importante du côlon. En principe, il enlève simultanément du tissu graisseux et conjonctif ainsi que des vaisseaux sanguins et des ganglions lymphatiques (que l'on appelle mésocôlon ou mésorectum).

En fonction de la partie du rectum qu'il faut retirer, les spécialistes parlent notamment de :

- résection antérieure basse : le côlon sigmoïde et le rectum avec son enveloppe ;
- résection abdomino-périnéale : le rectum, le canal anal et les muscles voisins (sphincter et plancher pelvien).

Les spécialistes chargés de votre traitement vous expliqueront quelle est l'intervention la plus judicieuse dans votre cas.

Métastases

Durant l'intervention, le chirurgien examine attentivement la cavité abdominale. S'il trouve des métastases hépatiques, il les retire au cours de la même opération, pour autant que leur nombre, leur taille et leur emplacement le permettent. Même incomplet, le foie dispose de capacités d'adaptation lui permettant de remplir sa fonction. Il est possible d'employer d'autres méthodes en vue de réduire ou d'enlever les métastases résiduelles ou celles qui apparaissent (voir « thermoablation par radiofréquence » et « embolisation », pp. 43 à 44).

Stomie provisoire – colostomie ou iléostomie de protection

À la fin de l'opération, le chirurgien suture les deux parties du côlon pour que le transit intestinal puisse, après un certain temps, retrouver un fonctionnement normal. Il est parfois nécessaire de mettre en place une colostomie ou une iléostomie provisoire afin que l'intestin ait le temps de se rétablir complètement (voir « Anus artificiel ou stomie », p. 35).

Pendant cette période, une poche collée sur la peau recueille les selles. Après quelques semaines ou quelques mois, les deux segments du côlon sont suturés l'un à l'autre.

Analyse des tissus

L'examen minutieux des tissus prélevés a pour but d'établir la profondeur d'infiltration de la tumeur dans la paroi intestinale et l'éventuelle atteinte des ganglions lymphatiques. Selon les cas et en fonction des résultats, la localisation et le stade de la maladie peuvent être redéfinis (voir « Les stades de la maladie », p. 26). Ces éléments déterminent aussi les traitements postopératoires.

Une partie plus ou moins grande de côlon ou du rectum manque après l'opération. Les troubles digestifs durables sont cependant rares, même si le chirurgien a retiré des segments plus importants.

Effets indésirables possibles :

- douleurs ;
- enflures ;
- pertes de sang ;
- infections ;
- crise cardiaque ;
- caillot sanguin ;
- occlusion intestinale ;
- intestin paralysé ou inactif.

Anus artificiel ou stomie

Il est possible que le chirurgien vous propose une stomie artificielle pour protéger la nouvelle dérivation intestinale et éliminer les selles pendant le temps de cicatrisation. Dans ce type de situation, elle est temporaire et enlevée après quelques semaines ou quelques mois.

Selon la partie du côlon que le chirurgien a dû enlever, notamment lorsqu'il a fallu retirer un cancer du rectum proche de l'anus, l'élimination des selles n'est plus possible par la voie naturelle. Le chirurgien crée alors un orifice à travers la paroi abdominale qu'on appelle anus artificiel permanent ou stomie.

Résection
L'ablation chirurgicale totale d'une tumeur est déterminante pour obtenir les chances maximales de guérison.

Après l'opération, appelée aussi résection, des analyses révèlent si le chirurgien a pu enlever toute la tumeur. La lettre R ci-dessous désigne un éventuel résidu tumoral :

R0 le chirurgien a retiré la tumeur avec une marge de tissu sain (ou « de sécurité ») et l'on ne détecte pas de résidu tumoral ;
R1 la tumeur atteint la marge de tissu enlevé. Il est donc possible d'y trouver des résidus microscopiques de tumeur ;
R2 le résidu tumoral est visible à l'œil nu.

Par ailleurs, même en cas de R0, le risque demeure que des cellules cancéreuses non détectables continuent de proliférer et entraînent plus tard une récidive ou des métastases. Pour cette raison, après l'opération et dans le but de diminuer ce risque, la personne touchée suit en fonction de la situation une chimiothérapie et parfois aussi une radiothérapie.

Dans le cas particulier du cancer du rectum, une radiochimiothérapie effectuée avant l'intervention réduit la tumeur afin d'obtenir de meilleurs résultats lors de l'intervention chirurgicale et de préserver si possible le sphincter anal.

Une stomie peut donc être provisoire ou définitive. Toutefois, grâce aux progrès de la chirurgie, les stomies permanentes sont devenues plus rares. Pour les personnes atteintes d'un cancer du rectum, elles s'avèrent encore nécessaires dans 15 à 20 % des cas.

Il existe différentes techniques pour poser une stomie. Vous en apprendrez davantage dans nos brochures « La colostomie » et « L'iléostomie » (voir p. 74).

Radiothérapie

La radiothérapie est un traitement local. Elle n'agit qu'à l'endroit où les rayons sont appliqués. Elle se différencie en cela de bon nombre de traitements médicamenteux contre le cancer qui se diffusent dans tout l'organisme ou presque.

La radiothérapie provoque des lésions dans les cellules cancéreuses, qui ne parviennent alors plus à se diviser et finissent par mourir. Elle peut également affecter les cellules saines, ce qui peut provoquer des troubles passagers. Les tissus concernés se régénèrent cependant pour la plupart au terme du traitement lorsque la production de nouvelles cellules saines reprend.

Dans la plupart des cas, la radiothérapie est associée à une chimiothérapie ou administrée en complément à une opération. Selon les situations, elle peut être préopératoire, postopératoire ou palliative (voir p. 49). Elle est surtout indiquée pour traiter un cancer du rectum, plus rarement un cancer du côlon. Elle peut aussi parfois remplacer une opération.

Consultation en stomathérapie
Dans la mesure du possible, il est prévu que vous receviez des informations avant l'opération pour vous préparer à l'éventualité d'une stomie. Renseignez-vous et demandez à consulter un stomathérapeute. Ce professionnel vous guide et vous montre comment vivre avec ce dispositif et devenir autonome avec le temps.

Vous trouverez des informations complémentaires dans les brochures de la Ligue contre le cancer intitulées « La colostomie » et « L'iléostomie » (voir p. 74).

Radiothérapie externe ou percutanée

En règle générale, la tumeur et les ganglions lymphatiques avoisinants sont irradiés par les rayons à travers la peau et par différents côtés. Au préalable, un examen par scanner permet de définir très précisément les champs d'irradiation afin de préserver au maximum les organes sains voisins (par ex. intestin grêle, vessie, organes sexuels). Le patient se rend à des séances de radiothérapie pendant une à six semaines, à raison de cinq séances hebdomadaires. La séance en soi ne dure que quelques minutes.

Radiothérapie intraopératoire

Cette technique consiste à irradier et à détruire les tissus tumoraux internes lorsque l'abdomen est ouvert. Cette technique n'est appliquée qu'en cas de rechute locale dans le petit bassin (bas de l'abdomen).

Radiothérapie interne ou curiethérapie

Dans de rares cas, il est également possible d'irradier la tumeur de l'intérieur. Cette technique repose sur des sources de rayonnement directement placées dans les tissus cancéreux, à proximité directe de la tumeur, dans les tissus cancéreux ou l'organe touché.

Ces techniques s'appellent aussi curiethérapie ou curiethérapie interstitielle. Seuls quelques centres sont spécialement équipés pour réaliser ce type de traitement. L'assurance de base n'en couvre les frais que dans des cas très particuliers.

Traitement des métastases

La radiothérapie est parfois utilisée pour traiter les métastases, surtout lorsqu'elles se trouvent dans les os.

Effets indésirables possibles :

- diarrhées ;
- ballonnements ;
- douleurs lors de la miction ;
- modifications cutanées dans la région du périnée (entre l'anus et l'emplacement du pénis ou du vagin) ;
- problèmes de muqueuse du côlon ;
- formation de tissu cicatriciel ;
- rétrécissement vaginal chez les femmes.

L'irradiation du bassin peut compromettre la fertilité et les capacités de reproduction (voir p. 44).

La position, la taille de la tumeur et la dose de rayons jouent un rôle dans la survenue et l'intensité des effets indésirables. Votre radio-oncologue vous donnera les informations nécessaires à ce sujet.

Radiochimiothérapie

La radiothérapie est parfois associée à la chimiothérapie dans le traitement du cancer du rectum. Le procédé s'appelle radiochimiothérapie. Il intervient en général avant la chirurgie pour diminuer la taille de la tumeur et la rendre ainsi opérable.

Traitements médicamenteux

Chimiothérapie

La chimiothérapie repose sur l'emploi de médicaments qu'on appelle cytostatiques. Ils détruisent les cellules cancéreuses ou en inhibent la croissance. Les cytostatiques perturbent les différentes phases de la division cellulaire et freinent ainsi la croissance de la tumeur. Ils parviennent dans tout l'organisme par le biais de la circulation sanguine. Ils ont un effet appelé systémique.

Un patient atteint d'un cancer du côlon ou du rectum suit une chimiothérapie :

- en vue de diminuer la taille de la tumeur avant l'opération ;
- après une opération, afin de détruire les résidus tumoraux.

La chimiothérapie est souvent administrée aux personnes dont la tumeur a formé des métastases afin de contrôler la maladie et d'en soulager les symptômes.

Administration du traitement

Les cytostatiques sont administrées par perfusion. Il est parfois possible de les prendre à domicile et sous forme de comprimés. En règle générale, le traitement ne nécessite pas d'hospitalisation. Le patient le reçoit en consultation ambulatoire.

La chimiothérapie se compose de plusieurs périodes que l'on appelle cycles. Des pauses sont instaurées entre chaque cycle. Les phases de « repos » servent de temps de récupération aux organes.

Effets indésirables possibles :

Les cytostatiques s'attaquent aussi aux cellules saines à division rapide comme :

- les cellules sanguines souches qui se forment dans la moelle osseuse ;
- les cellules des muqueuses (bouche, estomac, intestin, vagin) ;
- les cellules du système pileux ;
- les ovules et spermatozoïdes.

Les dommages subis par les cellules saines sont la cause principale des effets indésirables. Ceux-ci peuvent survenir pendant et après la chimiothérapie :

- modifications de la formule sanguine pouvant augmenter les risques des saignements, des infections ou une anémie ;
- nausées et vomissements, diarrhées ;
- altérations du sens de l'odorat ou du goût ;
- perte de poids ;
- fourmillements dans les doigts et les orteils ;
- lésions des cellules du muscle cardiaque ;
- sécheresse ou inflammation des muqueuses (bouche, intestin, organes génitaux) ;
- troubles des sens (yeux, ouïe) ;
- syndrome main-pieds : rougeur douloureuse ou gonflement cutané des paumes des mains et des plantes des pieds ou troubles de la sensibilité de la peau ;
- perte de cheveux.

Tandis que les cellules cancéreuses sont détruites par la chimiothérapie, les organes peuvent se rétablir la plupart du temps, de façon que les effets indésirables diminuent après le traitement.

Thérapies ciblées

Les thérapies ciblées sont utilisées pour traiter le cancer du côlon ou du rectum qui s'est propagé à d'autres parties du corps ou pour les tumeurs qui ne sont pas opérables. Les thérapies ciblées ne peuvent être utilisées que chez certains patients, suivant la présence ou non de certaines mutations génétiques.

Les substances actives des médicaments ciblés interviennent dans le métabolisme des cellules cancéreuses. Cela les détruit ou freine leur croissance ou leur division.

Comment les traitements ciblés agissent-ils ?

Chaque cellule possède de nombreuses caractéristiques différentes (récepteurs, antigènes, protéines, etc.). Certaines molécules peuvent se lier spécifiquement à ces divers éléments, ce qui déclenche une série de réactions : la cascade de signaux ou transduction du signal. Celle-ci peut par exemple induire la division ou la mort cellulaires.

Les médicaments utilisés dans les thérapies ciblées identifient certaines caractéristiques spécifiques des cellules cancéreuses et les bloquent, ce qui entrave la cascade de signaux et permet de freiner la croissance de la tumeur de façon passagère ou durable.

Des médicaments différents agissent à trois niveaux :

- des anticorps monoclonaux bloquent les récepteurs externes de la cellule ;
- des inhibiteurs de la tyrosine kinase ou des petites molécules à action spécifique bloquent le relais du récepteur à l'intérieur de la cellule ;
- des inhibiteurs de l'angiogenèse bloquent les relais intermédiaires de la cascade de signaux à l'intérieur de la cellule.

Inhibiteurs de la croissance tumorale par anticorps monoclonaux

Le système immunitaire produit des anticorps pour combattre de manière ciblée les agents pathogènes tels que virus ou bactéries.

Certains médicaments contre le cancer fonctionnent sur le même principe. Produits en laboratoire, ils sont tous identiques (clones), raison pour laquelle on les appelle anticorps monoclonaux.

Les anticorps sont capables de reconnaître un élément spécifique (récepteur) à la surface d'une cellule cancéreuse. Ils s'y fixent et le « marquent ». Le système immunitaire reconnaît ainsi à son tour la cellule tumorale et peut la combattre.

Inhibiteurs de la tyrosine kinase

Ces médicaments bloquent l'action de kinases à l'intérieur de la cellule. Les kinases sont des enzymes capables d'activer d'autres enzymes. Ils favorisent ainsi la croissance des cellules cancéreuses. Le blocage opéré par les inhibiteurs de la tyrosine kinase précipite la mort des cellules cancéreuses et freine leur multiplication.

Inhibiteurs de l'angiogenèse

L'*angiogenèse* signifie la formation de vaisseaux. Une cellule, normale ou cancéreuse, a besoin d'être approvisionnée en sang pour croître. Pour s'assurer l'apport sanguin nécessaire, les cellules cancéreuses émettent une substance qui ordonne aux vaisseaux voisins de former de nouvelles ramifications vers la tumeur et les métastases pour les alimenter en oxygène et en substances nutritives. En bloquant cette substance grâce à des anticorps, les inhibiteurs de l'angiogenèse, on stoppe la formation de nouveaux vaisseaux sanguins tandis que les vaisseaux déjà formés régressent. La tumeur ne peut alors plus croître, car elle n'est plus alimentée.

Effets indésirables possibles

- diarrhées, constipations ;
- éruptions cutanées ;
- fatigue ;
- hausse de la pression artérielle ;
- problèmes de coagulation du sang et de guérison des plaies ;
- perforation de l'intestin (rare).

Immunothérapie

L'immunothérapie consiste à stimuler le système immunitaire pour renforcer ses propres défenses contre les cellules cancéreuses. Pour traiter une minorité de cas de cancer du côlon ou du rectum, on peut utiliser des *inhibiteurs de points de contrôle immunitaire.*

À la surface de chaque cellule de notre corps se trouvent des points de contrôle. Ce sont des récepteurs. Leur rôle consiste à s'assurer que l'organisme n'attaque pas ses propres cellules.

Les lymphocytes T de notre système immunitaire sont une sorte de globules blancs qui se trouvent dans le sang. Ils sont chargés de détruire les agents pathogènes étrangers (bactéries, virus, par ex.). Lorsqu'ils rencontrent les points de contrôles des cellules de notre propre organisme, les lymphocytes T reçoivent le signal de ne pas les détruire. Or, il en va de même pour les cellules cancéreuses qui ne sont pas des cellules étrangères, mais nos propres cellules défectueuses. Elles ne sont pas automatiquement éliminées par les lymphocytes T. Des anticorps administrés peuvent bloquer ces points de contrôle inhibant la réponse immunitaire. Les lymphocytes T reconnaissent alors les cellules cancéreuses et les éliminent.

Administration du traitement

Les inhibiteurs de points de contrôle sont administrés par perfusion, souvent avec un écart de deux à quatre semaines. Ils agissent sur le long terme.

Effets indésirables possibles :

- symptômes semblables aux symptômes grippaux ;

Pour en savoir plus

La brochure « Les traitements médicamenteux des cancers » vous informe plus en détail sur ce thème et les moyens d'en apaiser les effets indésirables (voir p. 74).

Médicaments et traitements de soutien

Votre médecin peut vous prescrire différents médicaments ou traitements pour soulager ou prévenir les symptômes liés à la maladie ou les effets secondaires des thérapies :

- antiémétiques contre les nausées et les vomissements ;
- antibiotiques contre les infections bactériennes ;
- antimycosiques contre les affections provoquées par des champignons ;
- analgésiques contre les douleurs ;
- bains de bouche ou soins en cas d'inflammation des muqueuses de la bouche et de la gorge ;
- transfusions sanguines ou médicaments en cas d'anémie, transfusions de plaquettes sanguines lors de risque d'hémorragie ;
- médicaments ou mesures d'hygiène pour soutenir le système immunitaire en cas de diminution importante des globules blancs (leucopénie, neutropénie) ;
- bisphosphonates contre l'ostéoporose (diminution de la masse osseuse) ;
- préparations à base de cortisone pour prévenir les réactions allergiques et les nausées.

Il est important de prendre les médicaments prescrits en se conformant strictement aux indications du médecin pour que le traitement soit efficace. Consultez également la section « Faire face aux effets indésirables », p. 58.

- nausées ;
- douleurs (estomac, abdomen) ;
- réactions cutanées ;
- diarrhées ;
- fatigue ;
- inflammations ;
- toux sèche ;
- jaunisse ;
- etc.

Les effets indésirables possibles de l'immunothérapie sont nombreux et divers. Pour en savoir plus, consultez la brochure « Immunothérapie par inhibiteurs de points de contrôle immunitaire », voir p. 74.

Thermoablation par radiofréquence

Le médecin peut recourir à la thermoablation par radiofréquence lorsque les métastases qui se sont logées dans le foie ou les poumons ne peuvent être retirées par chirurgie ou que l'état général du patient ne permet pas d'envisager une opération. Cette méthode déploie ses effets localement, c'est-à-dire directement dans la tumeur. La tumeur n'est pas retirée de l'organisme, mais détruite à l'intérieur de celui-ci. Elle est réservée aux cas qui présentent peu de métastases et qui se prêtent à un traitement localisé.

La thermoablation par radiofréquence :

- peut généralement être réalisées sous anesthésie locale ;
- ne dure que quelques heures ;
- peut être répétées si nécessaire ;
- est généralement moins pénibles pour le patient qu'une opération classique.

La thermoablation par radiofréquence détruit la tumeur par la chaleur. Elle se pratique avec une fine aiguille insérée à travers la peau. L'imagerie médicale permet de conduire précisément l'aiguille au centre de la tumeur. Cette dernière est détruite par le courant électrique qui produit de la chaleur. Le tissu détruit est éliminé par l'organisme.

Effets indésirables possibles :

- douleurs ;
- fièvre ;
- thrombose dans les vaisseaux sanguins voisins due à la présence de sang coagulé ;
- épanchement (accumulation de liquide) dans la région de la plèvre ;
- hémorragie dans la cavité abdominale ;
- dommages aux voies biliaires et aux organes voisins ;
- infection dans la région où on a enlevé la tumeur (appelée abcès du foie).

Embolisation

L'embolisation traite les métastases au foie. L'embolisation intra-artérielle consiste à bloquer ou à ralentir l'apport en sang à des tissus, à un organe ou à une tumeur. Les cellules cancéreuses qui ne sont plus alimentées par la circulation sanguine meurent.

Radioembolisation

La radioembolisation, aussi appelée radiothérapie interne sélective, permet d'administrer une radiation directement sur la tumeur à l'aide de minuscules billes qui contiennent une matière radioactive. Un cathéter permet de les injecter dans l'artère hépatique jusque dans le foie où elles émettent la radiation vers la tumeur. Elles bloquent aussi l'apport sanguin à la tumeur, de sorte que le cancer ne peut plus obtenir l'oxygène ni les éléments nutritifs dont il a besoin pour croître. L'intervention est effectuée par un radiologue spécialisé.

Effets indésirables possibles :

- sensation de chaleur, fièvre ;
- douleurs dans l'abdomen, nausées ;
- diarrhées.

Sexualité et préservation de la fertilité

Répercussions sur la sexualité

Étant donné que le rectum est situé à proximité des organes urogénitaux, il peut arriver pendant le traitement (radiothérapie ou intervention chirurgicale) que des lésions se produisent dans les nerfs et les vaisseaux qui cheminent le long de la vessie et de la prostate. Chez l'homme, ces lésions entraînent une diminution de la capacité érectile en raison de leur implication dans le mécanisme de l'érection. Certains médicaments permettent parfois d'obtenir une amélioration.

Préservation de la fertilité

La chimiothérapie et la radiothérapie pour traiter le cancer colorectal s'attaquent aux cellules cancéreuses. Elles ont cependant aussi des effets sur les cellules saines. Suivant la dose de médicaments, de rayons administrés et la région du corps soumise à des rayons, les traitements peuvent aussi endommager les ovaires (atteinte des follicules, ovules ou vaisseaux sanguins), l'utérus et les trompes. Ils peuvent perturber le cycle menstruel féminin ou abîmer les spermatozoïdes masculins, de telle sorte que des femmes ou des hommes ne peuvent plus concevoir d'enfant de manière naturelle.

L'incapacité peut être temporaire ou définitive.

Au moment du diagnostic et avant le début des traitements, si vous êtes en âge de procréer et si vous envisagez de concevoir un enfant après les thérapies, il convient de vous entretenir avec votre médecin des risques d'infertilité suite à la thérapie et des méthodes de préservation possibles. La Ligne InfoCancer peut également vous renseigner sur les centres de préservation de la fertilité de votre région (voir p. 79).

Préservation de la fertilité chez la femme

Plusieurs méthodes sont possibles, à discuter au cas par cas :

- *La transposition ovarienne* consiste à déplacer les ovaires hors de la zone d'irradiation pour les préserver.
- *Le prélèvement et la congélation d'ovules non fécondés ou fécondés in vitro avec le sperme du partenaire* nécessitent une stimulation hormonale. Les ovules fécondés ou non fécondés pourront être utilisés dans le cadre d'une procréation médicalement assistée, à l'issue du traitement de la maladie, lorsque le couple le souhaite.
- *La protection des ovaires durant la chimiothérapie* par un traitement médicamenteux permet de diminuer le risque d'une insuffisance ovarienne, mais ne permet pas d'en éliminer le risque. C'est pourquoi cette mesure est souvent prise en combinaison avec d'autres mesures de préservation de la fertilité.

Grossesse

Il convient de faire un test de grossesse avant la thérapie pour les femmes qui pourraient être enceintes. Les traitements peuvent avoir des conséquences néfastes sur l'enfant à naître.

Préservation de la fertilité chez l'homme

Les traitements du cancer colorectal par chimiothérapie et radiothérapie peuvent diminuer le nombre de spermatozoïdes et entraîner une stérilité temporaire ou définitive. Demandez à votre médecin de vous informer sur les possibilités de congeler votre sperme avant le début des traitements. Au besoin, les spermatozoïdes peuvent aussi être prélevés dans les testicules par biopsie. Les spermatozoïdes congelés seront disponibles après la thérapie, même des années plus tard, lorsque vous envisagerez d'avoir un enfant. Une grossesse peut être établie par insémination ou par fécondation in vitro.

Relations sexuelles pendant la thérapie

Il est impératif d'avoir des relations sexuelles protégées pendant et quelque temps après la thérapie, même si la fécondité est limitée, voire inexistante. Les traitements peuvent occasionner des malformations de l'enfant à naître.

Prise en charge des mesures de préservation de la fertilité

Depuis le 1er juillet 2019, les frais de cryoconservation (préservation par congélation) des ovules et du sperme sont remboursés par l'assurance de base pendant cinq ans. Ceci est valable pour les personnes de moins de 40 ans prises en charge dans des centres spécialisés qui participent à un programme de garantie de la qualité. D'autres mesures, comme la fécondation de l'ovule, sont à la charge des patientes.

Sexualité et cancer

Vous trouverez des informations supplémentaires sur la sexualité, la fécondité et la grossesse en cas de cancer dans les brochures « Cancer et sexualité au féminin » et « Cancer et sexualité au masculin » que vous pouvez lire en ligne ou commander à la page www.liguecancer.ch/boutique.

Quel traitement à quel stade ?

Le traitement est choisi avant tout en fonction de votre situation personnelle. Il dépend des paramètres suivants :

- type, extension et taille de la tumeur ;
- localisation : dans quelle partie du côlon se trouve-t-elle ? Dans le rectum ou dans la zone du sphincter anal ?
- stade de la maladie (voir p. 26) : la tumeur est-elle localisée ? Des ganglions lymphatiques sont-ils touchés ? Des métastases se sont-elles formées dans d'autres organes ? La tumeur est-elle opérable ? S'agit-il d'une récidive ?
- caractéristiques du tissu tumoral prélevé lors de l'opération ou de la biopsie, par exemple le type de cellules ;
- l'état de santé général, les souhaits individuels et l'âge du patient.

Planification du traitement

Il faut beaucoup de patience jusqu'à ce que le résultat de tous les examens soit connu. Plus il y a de données, plus le traitement pourra être planifié précisément en fonction de votre cas.

Le traitement est planifié et conçu de manière pluridisciplinaire. Différents experts évaluent ensemble la situation lors de réunions de concertation pluridisciplinaire ou *tumor boards.* Cette démarche a pour objectif de vous proposer la thérapie la mieux adaptée à votre situation.

Les médecins impliqués au premier chef dans le traitement du cancer colorectal sont :

- le gastroentérologue, expert en maladies des organes digestifs ;
- l'anatomo-pathologiste, qui examine les tissus ;
- le chirurgien spécialiste des organes abdominaux (en chirurgie viscérale) ;
- l'oncologue, expert en traitements médicamenteux du cancer, les soins de support, la coordination du traitement, le suivi ;
- le radio-oncologue, spécialiste en radiothérapie.

Parfois, les professionnels suivants sont également amenés à se prononcer :

- l'hépatologue, concernant les maladies du foie et des voies biliaires ;
- l'urologue, spécialisé en maladies des organes vésicaux formant la vessie et les dérivés de la vessie, et de l'appareil génital masculin ;

- Le spécialiste en radiologie ou médecine nucléaire, expert en techniques d'imagerie médicale en vue de poser un diagnostic et décider du traitement approprié ;
- le stomathérapeute pour les conseils et soins dispensés avant ou après la pose d'une stomie.

Selon les besoins, d'autres professionnels de la santé peuvent participer au colloque, par exemple le psycho-oncologue, spécialisé dans le soutien pour faire face aux bouleversements liés à la maladie.

Traitement de première ligne

Le traitement réalisé en premier est appelé traitement de première ligne ou de première intention. C'est celui dont on pense qu'il donnera les meilleurs résultats. Il est choisi sur la base d'études médicales. Elles ont permis d'établir à plusieurs reprises qu'il était efficace.

Traitement de deuxième ligne

Il intervient lorsque le traitement de première ligne n'est plus efficace ou provoque trop d'effets secondaires. On utilise généralement une autre substance active ou une autre méthode de traitement.

Principes thérapeutiques

Les principes thérapeutiques varient selon la tumeur et le stade de la maladie.

Curatif

Le traitement curatif a pour objectif la guérison. Il est envisagé lorsque le chirurgien peut enlever toute la tumeur et d'éventuelles métastases.

En cas de cancer colorectal, la résection de tous les tissus atteints ne garantit toutefois pas la rémission ou l'absence de récidive. C'est la raison pour laquelle une thérapie médicamenteuse ou une radiothérapie préopératoire ou postopératoire sont envisagées.

Palliatif

Le traitement est qualifié de palliatif quand les chances de guérison sont très faibles. Il est cependant parfois possible de contrôler la maladie sur le long terme, parfois pendant plusieurs années, selon les cas.

On parle de soins palliatifs lorsque la maladie est trop avancée pour faire l'objet de traitements spécifiques. La qualité de vie représente alors l'objectif prioritaire : des mesures ou des soins médicaux, des soins, un accompagnement psychologique et un soutien spirituel peuvent atténuer des symptômes de la maladie et des

troubles comme des douleurs, l'angoisse, la fatigue et les problèmes liés à l'alimentation.

Dans cette situation, peut-être avec l'aide d'un psycho-oncologue, réfléchissez à votre définition personnelle de la qualité de vie. Parlez-en aussi à votre équipe soignante. Les médecins seront ainsi en mesure de cibler le traitement.

Néoadjuvant

Le traitement néoadjuvant ou préopératoire précède l'opération afin de réduire la taille de la tumeur. Le chirurgien est ainsi en mesure de la retirer plus facilement en entier ou de l'enlever et de rendre possible une ablation complète.

Adjuvant

Un traitement adjuvant ou postopératoire est effectué après l'opération, en vue d'éliminer d'éventuels résidus tumoraux et des micros métastases.

Ce traitement supplémentaire diminue ainsi le risque de récidive et freine la progression de la maladie.

Objectifs thérapeutiques

Allez-vous suivre un traitement curatif ou palliatif ? Avant de commencer le traitement, discutez des objectifs poursuivis avec votre médecin. Au cours de la thérapie, ils sont réexaminés et adaptés en fonction de l'efficacité du traitement et de la situation personnelle du patient. Ces changements s'effectuent toujours en concertation avec le patient.

La décision vous appartient

Nous vous recommandons de discuter des options thérapeutiques avec les spécialistes. Dans certains hôpitaux ou centres de traitement, ce processus est coordonné par un médecin responsable de votre suivi.

Vous pouvez poser des questions à tout moment, remettre en question une décision ou demander un temps de réflexion. Il est important que vous compreniez les conséquences et les effets secondaires d'un traitement avant de donner votre accord.

Vous avez le droit de le refuser. Demandez au médecin de vous expliquer comment va évoluer la maladie si vous prenez cette décision.

Vous pouvez aussi laisser la décision du choix thérapeutique aux médecins qui assurent votre prise en charge. Votre accord est de toute façon indispensable pour entreprendre un traitement ou décider d'une opération.

Osez poser des questions

- Que puis-je attendre du traitement ? Ai-je des chances de guérir ? Prolonge-t-il la vie ? Améliore-t-il la qualité de vie ?
- Quels sont les avantages et les inconvénients du traitement ?
- Quelle est l'expérience de l'hôpital dans le traitement des cancers colorectaux ?
- Combien de cancers colorectaux les chirurgiens ont-ils déjà opérés ? Les chirurgiens ont-ils l'habitude d'opérer des cancers colorectaux ? Ces questions sont importantes, car l'expérience de l'équipe soignante et médicale impliquée dans votre prise en charge peut exercer une grande influence sur l'évolution de la maladie et la qualité de vie de la personne touchée. Au besoin, la Ligne InfoCancer peut vous renseigner (voir p. 79).
- Des complications peuvent-elles se produire lors de l'opération ?
- À quels risques ou effets indésirables dois-je me préparer ? Sont-ils transitoires ou définitifs ? Comment puis-je y faire face ?
- Pourrai-je manger et digérer normalement ? À quoi dois-je faire attention ?
- Est-il possible d'opérer sans poser de stomie ?
- Si une stomie n'est pas nécessaire, pourrai-je aller à selle normalement ?
- En cas de stomie : est-ce qu'il en émanera des odeurs désagréables pour l'entourage ? Qui va m'apprendre à l'entretenir ? La stomie est-elle temporaire ou permanente ?
- Quel est l'impact de la maladie et du traitement sur ma sexualité et ma fertilité ?
- À quels symptômes supplémentaires doit-on s'attendre si d'autres organes comme le foie sont atteints ou lésés pendant l'opération ?
- Quelles répercussions la maladie et le traitement auront-ils sur mon quotidien, mon entourage et mon bien-être ?
- Si je renonce à certains traitements, quelles en seront les conséquences sur mon espérance et ma qualité de vie ?
- Existe-t-il d'autres options ?
- L'assurance-maladie prend-elle en charge les coûts du traitement ?

Faites-vous accompagner et conseiller

Lors de l'entretien, prenez le temps nécessaire pour bien comprendre le traitement proposé et poser des questions. Chez vous, dans le calme, préparez par écrit ce que vous souhaitez demander afin de penser à tout au moment du rendez-vous. Il est recommandé d'être accompagné par un proche ou une personne de confiance.

Vous pouvez également en parler avec votre médecin de famille ou demander un deuxième avis médical. C'est votre droit le plus strict. Ce n'est pas signe de manque de loyauté de votre part. Le spécialiste chargé de votre suivi connaît cette option.

Peut-être allez-vous également ressentir le besoin de consulter un psycho-oncologue. Ce professionnel peut vous soutenir au-delà des aspects purement médicaux si vous souhaitez parler d'autres difficultés d'ordre psychologique, comme l'angoisse, ou social.

Choix des traitements

Les pages suivantes vous présentent les grandes lignes des traitements du cancer du côlon et du rectum. Ces descriptions ne sont pas exhaustives. Elles vous sont données à titre d'exemple. N'hésitez pas à demander des explications à votre médecin concernant les traitements qui sont choisis dans votre cas.

Cancer du côlon

Les stades de la maladie sont décrits aux pages 26 à 29.

Stade 0 et I

À ce stade, le traitement consiste essentiellement à retirer la tumeur par chirurgie avec une marge de sécurité ou de retirer un segment du côlon où se trouve la tumeur ainsi que les ganglions lymphatiques environnants. Le traitement est à but curatif.

Le stade de la tumeur est supposé avant l'intervention en se basant sur les examens préalables. Il n'est cependant définitif qu'après l'examen des tissus retirés lors de l'intervention chirurgicale. À l'analyse, les tissus peuvent montrer des traces de cancer dans la marge de sécurité ou dans les vaisseaux sanguins ainsi que les ganglions lymphatiques entourant la tumeur. Ceci peut modifier le plan de traitement.

Mon diagnostic, mon traitement

Mes résultats d'examens

Mon diagnostic

Quels sont les traitements prévus ? Existe-t-il d'autres options ?

Des contrôles sont-ils nécessaires ?

À qui puis-je m'adresser si j'ai des questions avant, pendant et après le traitement ?

Stades II et III

À ce stade, le traitement principal consiste à retirer par chirurgie le segment du côlon où se trouve la tumeur ainsi que les ganglions lymphatiques et les organes voisins envahis par la tumeur. Le traitement est à but curatif.

Le stade de la tumeur est supposé avant l'intervention en se basant sur les examens préalables. Il n'est cependant définitif qu'après l'examen des tissus retirés lors de l'intervention chirurgicale. Ceci peut modifier le plan de traitement.

Stade IV

Au stade IV, le cancer du côlon présente des métastases dans le foie, le poumon ou, plus rarement, dans l'abdomen. À ce stade, la possibilité d'un traitement curatif est limitée aux cas qui présentent un nombre restreint de métastases hépatiques ou pulmonaires.

Le traitement est établi selon la situation de chaque patient. Il consiste à contenir la maladie par une chimiothérapie, éventuellement combinée avec une thérapie ciblée. Dans les rares cas où la chirurgie est envisageable, elle est souvent précédée et suivie d'une chimiothérapie.

Récidive

En cas de récidive, le cancer peut se manifester dans divers endroits : le côlon, les ganglions lymphatiques ou les tissus proches du côlon, des organes éloignés tels le foie ou le poumon.

Une récidive dans le côlon, les ganglions lymphatiques ou les tissus proches du côlon est traitée suivant le cas par une chirurgie ou par une chimiothérapie.

Une récidive dans le foie ou le poumon se traite suivant les cas par une chimiothérapie associée à une thérapie ciblée.

Cancer du rectum

Les stades de la maladie sont décrits aux pages 26 à 29. La classification TNM s'applique également au cancer du rectum. Ce type de cancer se distingue toutefois du cancer du côlon sur des points essentiels. On procède avant l'opération à une IRM (voir p. 24) pour préciser l'emplacement de la tumeur par rapport à l'anus et déterminer la nécessité d'une chimiothérapie néo-adjuvante (voir p. 38).

L'opération du cancer du rectum permet la plupart du temps de préserver la fonction de l'anus et d'éviter la pose d'une stomie (voir p. 35).

Lorsque l'opération a lieu près de l'anus cependant, la pose d'une stomie définitive peut être nécessaire.

Stade I

À ce stade, le cancer a envahi la deuxième ou la troisième couche du rectum, sans atteindre les ganglions lymphatiques voisins. Il se présente sous la forme d'un polype ou d'une lésion de la paroi du rectum. Le traitement est à but curatif.

Le traitement est évalué en fonction du type de polype ou de lésion ainsi que du risque plus ou moins élevé que le cancer progresse. Une petite tumeur localisée près de l'anus sera par exemple retirée par une chirurgie transanale (voir p. 33). Si la tumeur est située plus en amont, le médecin procède à une chirurgie abdominale (voir p. 33) et retire par la même occasion les ganglions lymphatiques avoisinants.

En général, le traitement est terminé à partir du moment où le chirurgien obtient une résection R0 (voir p. 35). Si l'analyse du tissu retiré montre que la tumeur a envahi la troisième couche du rectum ou si la tumeur est à risque élevé, la chirurgie est suivie d'une radiochimiothérapie (voir p. 38).

Stade II et III

Au stade II et III, le médecin détermine au préalable à l'aide d'une IRM (voir p. 24), si la tumeur s'est étendue au-delà du rectum ou non. Le traitement est en général à but curatif.

Le médecin prescrit en premier lieu une radiothérapie seule ou une chimiothérapie et ensuite une radiothérapie. Il peut aussi choisir une chimiothérapie, puis une radiochimiothérapie.

Vient ensuite une chirurgie pour retirer dans la mesure du possible l'entier de la tumeur, et, si nécessaire, les ganglions lymphatiques voisins et les organes touchés. Suivant le cas, le traitement se termine par une chimiothérapie adjuvante. Si la chirurgie n'est pas possible, le médecin prescrit une chimiothérapie.

Stade IV

Au stade IV, le cancer du rectum présente des métastases dans le foie, le poumon ou, plus rarement, dans l'abdomen. Le stade IV désigne aussi les récidives qui se sont étendues à des organes éloignés du rectum.

À ce stade, le cancer ne peut en général plus être guéri. La possibilité d'un traitement curatif est limitée aux cas qui présentent un nombre restreint de métastases hépatiques ou pulmonaires.

Le traitement principal du cancer du rectum qui s'est propagé au foie ou au poumon est une chimiothérapie éventuellement combinée avec une thérapie ciblée. Des métastases hépatiques inopérables peuvent parfois être réduites ou détruites, notamment par thermoablation par radiofréquence ou par embolisation (voir pp. 43 à 44).

Dans certains cas, le cancer du rectum peut développer des métastases dans le péritoine. Le péritoine est une fine membrane qui tapisse l'abdomen et recouvre la plupart des organes logés dans l'abdomen. À ce stade, le cancer ne peut en général plus être guéri. Le traitement consiste à atténuer les symptômes, notamment avec une chimiothérapie.

Récidive

En cas de récidive, le cancer peut se manifester dans divers endroits : le rectum, les ganglions lymphatiques ou les tissus proches du rectum, des organes éloignés tels le foie ou le poumon.

Une récidive dans le petit bassin, les ganglions lymphatiques ou les tissus proches du côlon est traitée suivant le cas par une chimiothérapie associée à une thérapie ciblée ou une nouvelle intervention chirurgicale.

Une récidive dans le foie ou le poumon se traite suivant les cas par une chimiothérapie associée à une thérapie ciblée. Des traitements dits ablatifs par radiofréquence ainsi qu'une nouvelle chirurgie du foie sont aussi possibles.

Traitement dans le cadre d'une étude clinique

La recherche médicale est en constante évolution. Elle développe de nouvelles approches et méthodes en vue d'améliorer l'état de santé de la personne traitée et l'efficacité des soins : survie prolongée, ralentissement de la progression de la maladie, meilleure qualité de vie, notamment. Les nouvelles thérapies sont testées dans le cadre de différentes études scientifiques pour infirmer ou confirmer le bénéfice qu'elles apportent par rapport aux thérapies déjà existantes.

Dernière étape de ce processus, les études cliniques au cours desquelles les traitements sont testés et optimisés grâce à la participation des patients.

Il est tout à fait possible qu'on vous propose de participer à une telle étude dans le cadre de votre traite-

ment. Toutefois, seul un entretien avec votre médecin permettra de cerner les avantages et inconvénients pour vous. Certains patients acceptent de participer à une étude clinique parce que les résultats en seront bénéfiques pour d'autres patients.

Sur le site www.kofam.ch, vous trouverez de nombreuses informations sur les études en cours se rapportant à votre tableau clinique. La décision vous appartient entièrement, vous êtes libre d'accepter ou de refuser, et si vous acceptez, vous pouvez vous retirer à tout instant.

Le refus de participer à une étude clinique n'aura aucune répercussion négative sur votre traitement. Dans tous les cas, vous serez soigné selon les connaissances scientifiques les plus récentes et profiterez de la meilleure prise en charge possible.

Vous en saurez davantage en lisant la brochure du Groupe suisse de recherche clinique sur le cancer intitulée «Thérapie anticancéreuse dans le cadre d'une étude clinique» (voir p. 75).

Faire face aux effets indésirables

La nature, le nombre et l'intensité des effets secondaires varient sensiblement d'une personne à l'autre. Certains se manifestent en cours de traitement puis s'atténuent, d'autres n'apparaissent que plus tard, au terme de la thérapie. Certains de ces effets sont liés à des traitements bien spécifiques. Il est donc possible qu'ils ne vous affectent jamais.

Des informations indispensables

L'équipe soignante est tenue de vous fournir des explications précises quant aux effets indésirables possibles. En général, elle vous remettra aussi une feuille d'information sur les médicaments à prendre, les effets secondaires éventuels et la façon de les gérer. Vous recevrez également des conseils nutritionnels pour diminuer l'inconfort intestinal.

Des médicaments ou des soins peuvent atténuer ou supprimer une grande partie des effets indésirables (voir « Médicaments et traitements de soutien », p. 42). Ceux-ci diminuent d'ailleurs au fil des jours, des semaines ou des mois.

Il est important que vous avisiez l'équipe médicale des troubles que vous ressentez pour que les mesures nécessaires puissent être mises en place, par exemple des vomissements ou l'arrêt du transit intestinal.

À un stade avancé de la maladie, il est judicieux de mettre soigneusement en balance le bénéfice escompté du traitement et les effets indésirables possibles.

Important
De nombreux troubles – les douleurs ou les nausées, par exemple – sont prévisibles. Pour les soulager, on vous prescrira parfois, en fonction de votre thérapie, certains médicaments à l'avance. Il est important que vous les preniez en vous conformant aux indications reçues.

Ne prenez aucun produit de votre propre initiative sans en parler d'abord à l'équipe soignante. Cela vaut aussi pour les crèmes ou remèdes utilisés en médecine complémentaire. Aussi « naturels » ou inoffensifs que ceux-ci puissent vous paraître, ils peuvent interférer avec votre traitement. Si vous souhaitez y recourir, demandez conseil à l'équipe qui vous suit.

De nombreuses publications de la Ligue contre le cancer (voir p. 74) sont consacrées aux traitements anticancéreux les plus courants et à la manière de vivre au mieux avec les répercussions de la maladie et des thérapies.

Les effets sur la continence urinaire et fécale

Les opérations et, dans une certaine mesure, la radiothérapie administrée dans la région du bassin peuvent affaiblir certains réflexes des nerfs avoisinants ou du plancher pelvien responsables du contrôle des selles ou de l'urine. Ces effets provoquent de temps à autre des pertes involontaires.

Dans la majorité des cas, il est aujourd'hui possible d'éviter les problèmes d'incontinence. On ne peut toutefois pas totalement les exclure, surtout lorsque la tumeur est logée en profondeur dans le rectum et s'est propagée dans le sphincter anal.

Si vous rencontrez ce type de difficultés, consultez un spécialiste : des moyens existent pour agir sur ces symptômes dans de nombreux cas.

Les traitements additionnels

Traitement de la douleur

C'est surtout à un stade avancé de la maladie que les douleurs peuvent se manifester. Elles vous affaiblissent inutilement et vous minent le moral, raison pour laquelle vous ne devez pas les subir en silence. Parlez-en à l'équipe médicale. Il existe de nos jours des professionnels hautement spécialisés dans la gestion de la douleur oncologique. Il est important de faire appel à toutes les possibilités offertes par le traitement moderne de la douleur.

La plupart du temps, il est possible de soulager les douleurs d'origine cancéreuse, voire de les supprimer complètement, que ce soit par des médicaments ou par d'autres méthodes. Les moyens mis en place s'adaptent à la nature du cancer, l'intensité des douleurs, leurs causes exactes et vos préférences personnelles.

Il existe une large palette d'options afin de vous venir en aide :

- différents médicaments ;
- la chirurgie ;
- la radiothérapie ;
- la chimiothérapie ;
- des exercices de relaxation (méditation, entraînement autogène, par ex.) ;
- activité physique, sport ;
- la physiothérapie, la thérapie par la chaleur ou le froid, l'ergothérapie ;
- une thérapie psycho-oncologique ;
- une psychothérapie.

Souffrez-vous de douleurs légères que vous souhaitez calmer à l'aide de médicaments ? Le médecin vous prescrira souvent un analgésique faible à base de paracétamol, de diclofénac ou d'acide acétylsalicylique. S'il s'avère insuffisant, vous pouvez recevoir des opioïdes, des médicaments plus puissants.

D'autres moyens existent pour atténuer les douleurs comme les exercices de relaxation ou un accompagnement psychothérapeutique. Parfois, ces mesures permettent aussi de réduire la quantité d'antidouleurs.

Il est possible que les personnes touchées et les proches nourrissent des craintes à l'égard des opioïdes. La peur de certains effets secondaires comme la dépendance n'est pas fondée lorsque le traitement est correctement suivi. Des effets indésirables comme de légères nausées ou de la somnolence peuvent éventuellement apparaître en début de traitement. Ils sont facilement contrôlables ou disparaissent d'eux-mêmes après un certain temps.

Si la tumeur comprime un nerf, il est possible d'opérer ou d'administrer une radiothérapie afin d'apaiser la douleur.

En effet, l'administration d'opioïdes sous surveillance médicale n'a rien à voir avec l'usage qu'en fait la personne toxicomane. Cette dernière s'injecte en une seule fois une forte dose dans la veine. Elle atteint rapidement le cerveau et provoque un état euphorique qui peut créer une dépendance. Dans le traitement du cancer en revanche, les opioïdes sont administrés régulièrement en plus petites doses, et en cas de besoin seulement. Il est important de garder cela à l'esprit, car certaines douleurs réagissent uniquement aux opioïdes. Souvent, une pompe à perfusion est utilisée. Elle vous permet de doser vous-même l'apport du médicament. L'expérience montre qu'avec ce système, les doses d'opioïdes sont nettement réduites.

Si vous ou vos proches êtes réticents à l'idée d'avoir recours à la morphine ou aux opiacés, abordez ce thème avec votre médecin.

Ces informations sont essentielles, car seuls les opioïdes soulagent certaines douleurs de manière efficace. Vous trouvez de précieux conseils sur le sujet dans la brochure « Les douleurs liées au cancer et leur traitement » (voir p. 74).

Que sont les opioïdes ?
La morphine ou la codéine appartiennent à la famille des opioïdes, composants naturels de l'opium. Il est aussi possible de les produire en laboratoire (comme le tramadol).

Médecines complémentaires

Un grand nombre de personnes touchées par le cancer ont recours aux médecines complémentaires pour compléter leur traitement médical conventionnel.

Certaines d'entre elles peuvent aider, pendant et après la thérapie, à améliorer le bien-être général et la qualité de vie. Elles peuvent renforcer le système immunitaire et rendre les effets secondaires plus tolérables. En général, elles n'ont pas d'effet sur la tumeur elle-même.

En revanche, la Ligue contre le cancer déconseille les approches dites *parallèles* ou *alternatives* qui prétendent se substituer à la médecine conventionnelle. Vous trouvez davantage d'informations à ce propos dans la brochure « Les médecines complémentaires » (voir p. 74).

Adressez-vous à votre médecin ou à un membre de votre équipe soignante si une méthode complémentaire vous intéresse, ou si vous en suivez déjà une. Ensemble, vous définirez celle qui convient le mieux à votre situation personnelle sans qu'elle interfère avec la thérapie recommandée par le médecin.

N'optez pas pour des méthodes complémentaires de votre propre chef. Parlez-en au préalable à votre médecin. En effet, même si elles paraissent inoffensives, certaines préparations peuvent s'avérer incompatibles avec votre traitement.

Retour à la vie quotidienne

Après la thérapie, le retour à la vie de tous les jours s'avère parfois difficile : pendant des semaines, les rendez-vous chez le médecin ont structuré votre emploi du temps, l'équipe soignante vous a soutenu et accompagné tout au long des différents traitements. De leur côté, vos proches, préoccupés, ont cherché à vous décharger d'une façon ou d'une autre. Certains d'entre eux ont partagé vos craintes et vos espoirs, ils vous ont encouragé à traverser cette période pénible : pendant longtemps, vous étiez le centre de l'attention.

Dorénavant, vous êtes moins entouré. Vous éprouvez peut-être un vide intérieur, vous vous sentez un peu perdu. Les traitements sont certes terminés, mais rien n'est comme avant, soit parce que le retour à la vie de tous les jours est encore au-dessus de vos forces, soit parce que vous souffrez toujours des répercussions physiques et psychiques de la maladie et de la thérapie : fatigue permanente, manque d'appétit ou profonde tristesse. Peut-être vos proches peinent-ils aussi à comprendre la situation. Ont-ils des attentes, pensent-ils que vous allez redevenir « comme avant » ? Ces différentes réactions ou émotions doivent vous inciter d'autant plus à vous montrer à l'écoute de vos besoins et à ne pas vous laisser mettre sous pression.

Les brochures « Cancer et souffrance psychique », « Fatigue et cancer » ou « Accompagner un proche atteint de cancer » vous apportent des précisions sur cette étape délicate.

En parler

Chacun appréhende la vie selon sa nature plus ou moins optimiste ou pessimiste, son éducation, son vécu. Il en va de même pour la maladie. La palette du ressenti va de « Cela ira » par « Si seulement ça allait » en passant par « Cela va mal tourner » ou « Je vais mourir ». Indépendamment des chances de guérison, le cancer suscite de l'angoisse. En parler peut aider à prendre du recul face au vécu de la maladie.

Certaines personnes éprouvent le besoin d'en parler, d'autres préfèrent garder le silence ou n'osent pas. D'autres attendent que leur entourage s'enquière de leur état de santé et de leur situation.

Il n'y a pas de recette universelle, chacun a besoin d'un certain temps pour s'adapter à cette nouvelle situation et trouver un mode de communication satisfaisant pour tout le monde.

Suivi médical

Le traitement terminé, vous devrez vous soumettre à des contrôles réguliers. Ces examens visent à identifier rapidement les effets indésirables de la maladie et du traitement pour y remédier, ainsi qu'à déceler une éventuelle récidive.

Les examens de suivi du cancer du côlon ou du rectum sont similaires. Leur fréquence peut cependant varier suivant le type de cancer, le stade de la maladie et le risque de récidive plus ou moins élevé. La période de contrôles est de cinq ans. S'il n'y a pas de complications ni de récidive, les contrôles s'espacent déjà durant cette période.

Les examens principaux sans signe de récidive sont :

- une anamnèse suivie d'un examen physique tous les 3 à 6 mois durant les deux premières années, puis tous les six mois pour les trois années restantes ;
- la mesure du CEA, (voir mesure des marqueurs tumoraux p. 26) en général tous les 3 à 6 mois durant les deux premières années, puis tous les six mois pour les trois années restantes ;
- un scanner de la poitrine, de l'abdomen et du bassin tous les 6 à 12 mois pendant cinq ans ou, en cas de cancer avancé, tous les 3 à 6 mois pendant deux ans, puis tous les 6 à 12 mois pendant trois ans. Pour les cancers du rectum une IRM du bassin ;
- une coloscopie (voir p. 21) en général une année après le traitement, puis trois ans et ensuite cinq ans plus tard.

Si l'intervention chirurgicale a nécessité la pose d'une stomie permanente (voir. p. 35), vous serez régulièrement suivi par un stomathérapeute. Vous pourrez aussi rejoindre un groupe de soutien pour personnes porteuses d'une stomie. Vous trouvez des informations sur le site www.ilco.ch. Vous pouvez aussi demander conseil auprès de votre ligue cantonale ou régionale, ou de la Ligne InfoCancer (voir p. 79).

Afin de faciliter votre réintégration dans le quotidien, il est important d'aborder les thèmes en relation avec la maladie qui vous préoccupent et de vous faire accompagner dans la recherche de solutions. Selon vos besoins, ayez recours à un soutien psycho-oncologique ou psychosocial. Votre médecin traitant sera aussi impliqué dans le suivi.

Vous vous posez peut-être des questions au sujet de votre image corporelle, votre désir d'enfant ou votre sexualité. N'hésitez pas à en parler avec votre médecin ou d'autres professionnels de l'équipe de soins.

Si des troubles ou des symptômes surgissent entre deux contrôles, il ne faut pas hésiter à contacter votre médecin sans attendre le prochain rendez-vous. Si vous souhaitez un soutien pour surmonter la maladie et ses suites, reportez-vous à la page 71 pour consulter des offres.

Offres de réadaptation

Le corps, mais aussi la vie psychique et sociale, souffre des conséquences d'une maladie grave. Les offres de réadaptation peuvent vous aider à reprendre des forces sur le plan physique et psychique. Un programme prévoit des activités dont l'objectif est de gérer les conséquences physiques et psychiques de la maladie. L'activité physique en général, le sport, une occupation créative et artistique ainsi que les différentes méthodes de relaxation vous permettent de trouver de nouvelles sources d'énergie et de renforcer votre vitalité.

L'activité physique, la marche par exemple, est vivement recommandée pour prévenir les risques de récidive du cancer colorectal. Une alimentation équilibrée, un poids normal, une consommation modérée d'alcool et l'absence de tabagisme y contribuent également.

La Ligue contre le cancer offre des cours de plusieurs jours sur divers thèmes. Votre ligue cantonale ou régionale vous indique où trouver un cours proche de chez vous.

Programmes de réadaptation oncologique

Les personnes atteintes d'un cancer profitent de ces offres si :

- elles souffrent de symptômes liés au cancer ou aux traitements ;
- elles se sentent limitées au quotidien ou dans leurs activités ;
- elles souhaitent reprendre des forces avant de se soumettre à un nouveau traitement oncologique.

Vous trouverez sur le site de la Ligue contre le cancer les adresses des prestataires sous supervision médicale.

Retour au travail

Nombreuses sont les personnes qui reprennent leur activité professionnelle après la fin de leur traitement. Cette étape constitue un pas important. Toutefois, les personnes concernées ne sont souvent plus en mesure d'assumer la même charge de travail. La maladie et les traitements peuvent causer une fatigue permanente, des troubles de la mémoire, du sommeil ou de la concentration. De plus, les survivants du cancer vivent dans la crainte d'une récidive.

Conseils pour le retour au travail

Pour les personnes concernées, il est souvent impossible de fournir dès le premier jour la même quantité de travail qu'avant.

Il est recommandé de planifier soigneusement votre retour avec le service du personnel. Dans une phase initiale, il est notamment possible d'adapter les tâches ou de réduire le temps de travail de l'employé.

Avez-vous des questions ? Les conseillers des ligues cantonales ou régionales vous apportent leur aide. Vous trouverez toutes les adresses proches de chez vous aux pages 78 et 79.

Vous pouvez consulter le dépliant « Je retourne au travail » ainsi que la brochure « Cancer : relever les défis au travail » (voir p. 74).

Soins palliatifs

L'OMS définit les soins palliatifs de la façon suivante :

« Les soins palliatifs sont une approche pour améliorer la qualité de vie des patients (adultes et enfants) et de leur famille, confrontés aux problèmes liés à des maladies potentiellement mortelles. Ils préviennent et soulagent les souffrances grâce à la reconnaissance précoce, l'évaluation correcte et le traitement de la douleur et des autres problèmes, qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel. »

Équipes de soins palliatifs ou projet de soins anticipés Advance Care Planning (ACP)

Quelques hôpitaux sont dotés d'équipes de soins palliatifs ou de projets de soins anticipés (de l'anglais *Advance Care Planning* [ACP]). Leur spécificité : anticiper la prise en charge du patient. Elles impliquent les proches ou les personnes que le patient considère comme telles.

Ce dispositif permet aux personnes touchées de discuter avec l'équipe soignante de leurs besoins individuels, de leurs objectifs ou de leurs souhaits ou de déterminer une marche à suivre personnalisée. Cette dernière consiste par exemple à noter les mesures médicales ou les soins à mettre en place dans une situation précise.

Il est recommandé de s'informer à ce sujet dès que le diagnostic de cancer est posé. L'intervention de ces équipes est conseillée lorsque le patient est encore capable de discernement et en mesure de s'exprimer.

Équipes mobiles de soins palliatifs

Quelques régions suisses disposent d'équipes mobiles de soins palliatifs. Elles accompagnent les patients à domicile et coordonnent sur place la prise en charge globale du patient.

Il s'agit d'équipes pluridisciplinaires qui se composent :

- de médecins spécialisés en soins palliatifs ou médecins de famille ou médecins d'autres disciplines ;
- de personnel infirmier ;
- de psycho-oncologues ;
- d'aumôniers ;
- de travailleurs sociaux ;
- de conseillers en alimentation ;
- de professionnels de la musicothérapie, de la thérapie par la peinture, par le mouvement, ou d'autres encore.

L'état de santé du patient et ses besoins sont souvent déterminants pour décider du lieu de prise en charge : à domicile, soutenu par l'équipe des soins oncologiques, à l'hôpital dans un service de soins palliatifs, dans un hospice ou un home médicalisé qui collabore avec une équipe mobile de soins palliatifs.

Demandez à votre équipe soignante si une équipe mobile de soins palliatifs dans votre région peut vous prendre en charge à la maison.

Les conseillers des ligues cantonales et régionales et de la Ligne InfoCancer peuvent vous accompagner dans la planification d'une prise en charge palliative. Consultez les adresses et les numéros de téléphone à partir de la page 78.

Souhaitez-vous en savoir davantage ? Vous pouvez lire la brochure « Cancer : Quand l'espoir de guérir s'amenuise » ou vous rendre sur le site de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs : www.palliative.ch.

Directives anticipées
Les directives anticipées sont un document où vous consignez vos souhaits et vos volontés relatifs aux décisions médicales.

La maladie, le décès et la mort sont des thèmes que nous avons tendance à éviter dans la vie de tous les jours. La démarche n'est donc pas évidente : cependant, les directives anticipées vous aident vous, vos proches et l'équipe soignante à clarifier votre volonté en fin de vie et en particulier ce que vous ne voulez pas. Si vous êtes amené à ne plus être capable de discernement, les directives anticipées prendront le relais et seront l'expression de votre volonté.

Parlez à vos proches, à la personne qui vous représente, votre médecin et à d'autres personnes en qui vous avez confiance. Discutez avec eux de vos décisions. Ces entretiens ou conversations peuvent vous aider à appréhender certaines questions existentielles.

Adressez-vous à votre ligue cantonale ou régionale : elle vous conseillera sur la manière de les remplir.

Pour en savoir davantage sur le sujet, lisez « Décider jusqu'au bout » ou les « Directives anticipées de la Ligue contre le cancer » (voir p. 74).

Conseils et informations

Faites-vous conseiller

Votre équipe soignante

Elle est là pour vous informer et vous aider à surmonter les problèmes liés à la maladie et au traitement. Demandez-vous quelle démarche supplémentaire pourrait vous venir en aide et faciliter votre réadaptation.

Psycho-oncologie

Les conséquences d'un cancer vont bien au-delà des aspects purement médicaux : la maladie affecte aussi le psychisme. Les personnes touchées souffrent notamment de dépression, d'angoisse et de tristesse. Si vous en ressentez le besoin, faites appel à une personne formée en psycho-oncologie.

Des professionnels issus d'horizons variés (médecins, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux ou accompagnants spirituels ou religieux) peuvent proposer des conseils ou une thérapie, car ils ont acquis une vaste expérience avec des personnes atteintes d'un cancer et leurs proches. Certains d'entre eux bénéficient d'une formation spécifique en psycho-oncologie. Actifs notamment dans les services d'oncologie ou de psychiatrie des hôpitaux, ces personnes vous apportent un soutien qui dépasse le cadre strictement médical. Ici encore, nous vous recommandons dans un premier temps de vous adresser à votre ligue cantonale.

Votre ligue cantonale ou régionale contre le cancer

Elle conseille, accompagne et soutient les personnes touchées par un cancer et leurs proches de différentes manières, en proposant notamment des entretiens individuels, des réponses en matière d'assurances ou des cours (voir pp. 78 et 79). Par ailleurs, elle aide aussi à remplir des directives anticipées et oriente les personnes vers des professionnels pour traiter un œdème lymphatique, garder des enfants ou trouver une consultation en sexologie.

La Ligne InfoCancer 0800 11 88 11

Au bout du fil, une infirmière spécialisée vous écoute, vous propose des solutions et répond à vos questions sur la maladie et son traitement. L'appel et les renseignements sont gratuits. Les entretiens peuvent aussi s'effectuer via Skype, à l'adresse : krebstelefon.ch. Vous pouvez aussi écrire : helpline@liguecancer.ch.

Cancerline : pour chatter sur le cancer

Sous www.liguecancer.ch/cancerline, les enfants, adolescents et adultes peuvent chatter en direct avec les conseillères spécialisées de la Ligne InfoCancer. Ils y reçoivent des informations sur le cancer, et ils peuvent poser des questions et échanger sur tout ce qui les préoccupe.

Cancer : comment en parler aux enfants ?

Vous avez appris que vous êtes malade et vous avez des enfants. Qu'ils soient petits ou grands, vous vous demanderez bientôt comment aborder le sujet avec eux ainsi que les conséquences possibles de votre cancer.

Vous trouverez dans le dépliant « Cancer : comment en parler aux enfants ? » des suggestions pour parler de la maladie avec vos enfants. Ce document contient aussi des conseils à l'intention des enseignants. La Ligue publie également une brochure utile sous le titre « Quand le cancer touche les parents : En parler aux enfants ».

La Ligne stop-tabac 0848 000 181

Des conseillères spécialisées vous renseignent et vous aident à arrêter de fumer. Si vous le souhaitez, des entretiens de suivi gratuits peuvent être mis en place.

Cours

Dans différentes régions de Suisse, la Ligue contre le cancer propose aux personnes touchées des cours de durée variable : www.liguecancer.ch/cours.

Activité physique

De nombreuses personnes touchées par le cancer pratiquent une activité physique pour retrouver de l'énergie, reprendre confiance et réduire la sensation de fatigue. Il existe des groupes de sport spécifiquement adaptés aux personnes atteintes d'un cancer : renseignez-vous auprès de votre ligue cantonale ou régionale contre le cancer, et consultez la brochure « Activité physique et cancer » (voir p. 74).

Autres personnes touchées

Entrer en contact avec des personnes ayant traversé des épreuves semblables peut vous redonner courage. N'oubliez toutefois pas que ce qui a aidé une personne ne vous conviendra pas forcément.

Forums de discussion

Il existe sur internet des forums de discussion sur le thème du cancer, notamment le forum de la Ligue contre le cancer, www.forumcancer.ch, géré par la Ligne InfoCancer.

Groupes d'entraide

Se retrouver dans un groupe favorise l'échange d'informations et d'expériences. Bien des choses paraissent plus légères quand on en discute avec des personnes confrontées aux mêmes difficultés.

Informez-vous auprès de votre ligue cantonale ou régionale : elle vous renseignera sur les groupes d'entraide, sur les groupes de parole ou sur les offres de cours pour personnes touchées et leurs proches. Sous www.infoentraidesuisse.ch, vous pouvez chercher un groupe d'entraide à proximité de chez vous.

Soins à domicile

De nombreux cantons proposent des services de soins à domicile. Ceux-ci interviennent sur mandat médical exclusivement. Vous pouvez faire appel à eux pendant toutes les phases de la maladie. Ils vous conseillent à la maison pendant et après les cycles de traitement, notamment sur les effets secondaires. Votre ligue cantonale ou régionale contre le cancer vous communiquera une adresse.

Conseils en nutrition

De nombreux hôpitaux proposent des consultations en nutrition. Vous trouverez par ailleurs des conseillers indépendants collaborant la plupart du temps avec les médecins et regroupés en une association:

Association suisse des diététiciens
et diététiciennes diplômé-e-s ES/HES
(ASDD)
Altenbergstrasse 29
case postale 686
3000 Berne 8
tél. 031 313 88 70
service@svde-asdd.ch
www.svde-asdd.ch

Sur la page d'accueil, le lien Chercher un-e diététicien-ne vous permet de trouver l'adresse d'un professionnel dans votre canton.

palliative ch

Vous trouvez sur le site de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs les adresses des sections cantonales et des réseaux. Ceux-ci assurent un accompagnement et des soins optimaux aux personnes concernées partout en Suisse.

palliative ch
Société suisse de médecine
et de soins palliatifs
Bubenbergplatz 11
3011 Berne
tél. 044 240 16 21
info@palliative.ch
www.palliative.ch

Les assurances

Les frais des traitements contre le cancer sont pris en charge par l'assurance obligatoire pour autant qu'il s'agisse de thérapies reconnues ou que le produit figure sur la liste des spécialités de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Le remboursement de certains traitements très spécifiques peut être soumis à des conditions. Votre médecin vous donnera toutes les précisions nécessaires.

Les frais de traitements avec des substances autorisées sont également pris en charge dans le cadre d'une étude clinique (voir p. 56).

En cas de conseils ou de traitements supplémentaires non médicaux, la prise en charge par l'assurance obligatoire ou l'assurance complémentaire n'est pas garantie. Informez-vous avant le début du traitement. La Ligue contre le cancer de votre canton peut également vous accompagner dans ces démarches.

Pour de plus amples informations sur les assurances, nous vous invitons à consulter la brochure « Cancer: Prestations des assurances sociales » (voir p. 74).

Brochures de la Ligue contre le cancer

- **Les traitements médicamenteux des cancers : Chimiothérapies et autres traitements**
- **Le traitement médicamenteux à domicile : Les chimiothérapies orales du cancer**
- **La radiothérapie**
- **Chirurgie et cancer**
- **La colostomie**
- **L'iléostomie**
- **Immunothérapie par inhibiteurs de points de contrôle immunitaire : Que faire lors d'effets indésirables**
- **Les médecines complémentaires**
- **Les douleurs liées au cancer et leur traitement**
- **Journal des douleurs**
- **DOLOMETER® VAS : Réglette pour évaluer l'intensité de la douleur**
- **Fatigue et cancer : Identifier les causes, chercher des solutions**
- **Alimentation et cancer**
- **L'œdème lymphatique en cas de cancer**
- **Cancer et sexualité au féminin**
- **Cancer et sexualité au masculin**
- **Soigner son apparence durant et après la thérapie**
- **Cancer et souffrance psychique : Le cancer touche la personne dans sa totalité**
- **Activité physique et cancer : Retrouver confiance en son corps grâce au mouvement**
- **La réadaptation oncologique**
- **Cancer : relever le défis au travail**
- **Accompagner un proche atteint de cancer**
- **Soigner un proche et travailler : une mission possible**
- **Quand le cancer touche les parents : En parler aux enfants**
- **Cancer : comment en parler aux enfants ?**
  Dépliant de huit pages pour les parents et les enseignants
- **Prédispositions héréditaires au cancer**
- **Cancer : Prestations des assurances sociales**
- **Décider jusqu'au bout : Comment établir mes directives anticipées ?**
- **Directives anticipées de la Ligue contre le cancer : Mes volontés en cas de maladie et de décès**
- **Cancer : Quand l'espoir de guérir s'amenuise**

Commandes

- Ligue contre le cancer de votre canton
- Téléphone : 0844 85 00 00
- Courriel : boutique@liguecancer.ch
- Internet : www.liguecancer.ch/brochures

Vous trouverez toutes les brochures de la Ligue contre le cancer sur www.liguecancer.ch/brochures. La grande majorité des publications vous sont remises gratuitement et peuvent également être téléchargées. La Ligue suisse contre le cancer et votre ligue cantonale ou régionale peuvent vous les offrir grâce au soutien de leurs donateurs.

Votre avis nous intéresse

Vous avez un commentaire à faire sur nos brochures ? Prenez quelques minutes et remplissez le questionnaire à l'adresse www.liguecancer.ch/brochures. Votre opinion nous est précieuse !

Autres brochures

« Thérapie anticancéreuse dans le cadre d'une étude clinique », 2015, à commander auprès du Groupe suisse de recherche clinique sur le cancer (SAKK), téléphone 031 389 91 91, sakkcc@sakk.ch, www.sakk.ch

Ressources bibliographiques

Certaines ligues contre le cancer disposent d'une bibliothèque où vous pouvez emprunter des ouvrages gratuitement. Renseignez-vous auprès de la ligue la plus proche de chez vous (voir p. 78 à 79).

La Ligue suisse contre le cancer et les ligues bernoise et zurichoise possèdent un catalogue en ligne de leur bibliothèque. Vous pouvez ainsi, dans toute la Suisse, emprunter et vous faire envoyer un ouvrage :
www.liguecancer.ch/bibliotheque
Voici le lien vers les livres pour enfants :
www.krebsliga.ch/kinderbibliothek

Internet

(Par ordre alphabétique)

Offres de la Ligue contre le cancer

www.forumcancer.ch
Forum internet de la Ligue contre le cancer
www.liguecancer.ch
Site de la Ligue suisse contre le cancer
www.krebsliga.ch/cancerline
Le chat sur le cancer pour les enfants, les adolescents et les adultes :
du lundi au vendredi de 11 h à 16 h
www.liguecancer.ch/cours
La Ligue contre le cancer propose des cours de réadaptation pour mieux vivre avec la maladie au quotidien.

Groupes d'entraide pour personnes touchées et leurs proches

Renseignez-vous auprès de votre ligue contre le cancer cantonale ou régionale pour savoir où trouver un groupe d'entraide ou de parole près de chez vous. Ils sont conçus pour les personnes atteintes d'un cancer, mais aussi pour les proches.
www.gist.ch
Groupe d'entraide pour les personnes touchées par les tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST)
www.ilco.ch
Association suisse des groupes régionaux de personnes stomisées

www.infoentraide.ch
Info-Entraide Suisse est une fondation qui regroupe toutes les adresses de groupes d'entraide destinés aux personnes touchées et aux proches.

Votre ligue cantonale ou régionale contre le cancer vous informe sur les groupes d'entraide et groupes de parole qui ont lieu près de chez vous.

Autres institutions ou sites spécialisés

www.avac.ch
L'association «Apprendre à vivre avec le cancer» organise des cours pour les personnes touchées et leurs proches.
www.cancer.ca
Société canadienne du cancer
www.chuv.ch/oncologie
Site du département d'oncologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
www.chuv.ch/fertilite
Unité de médecine de la reproduction du CHUV
www.fertionco.ch
Fertilité et cancer
www.hug-ge.ch/centre-cancers
Site du département d'oncologie des Hôpitaux universitaires genevois (HUG)
www.hug-ge.ch/medecine-reproduction-endocrinologie-gynecologique
Cette unité des HUG propose une consultation spécialisée sur la préservation de la fertilité.
www.palliative.ch
Société suisse de médecine et de soins palliatifs
www.planetesante.ch
Site romand sur la santé destiné au grand public
www.psychoonkologie.ch
Vous trouverez sur le site de la Société suisse de psycho-oncologie un lien vers une banque de données vous permettant de trouver un soutien psychooncologique près de chez vous.
www.swisscancerscreening.ch
Information sur le dépistage du cancer

Sites en anglais

www.cancer.org
American Cancer Society
www.cancer.gov
National Cancer Institute USA
www.cancer.net
American Society of Clinical Oncology
www.cancersupport.ch
Site de l'ESCA (English speaking cancer association) : il s'adresse aux anglophones et à leurs proches résidant en Suisse.
www.macmillan.org.uk
A non-profit cancer information service

Sources

Les publications et les sites internet mentionnés dans cette brochure ont également servi de sources pour sa rédaction. Ils correspondent pour l'essentiel aux critères de qualité de la fondation La Santé sur internet (voir charte sur www.hon.ch/HONcode/French).

Beckmann, I.A. (2018). Darmkrebs. *Die blauen Ratgeber.* Stiftung Deutsche Krebshilfe.

Billiau, A. (2016). Cancer colorectal, Qu'est-ce que le cancer colorectal ? Laissez-nous vous expliquer. *Série Guides pour les patients ESMO/ACF.* Fonds Anticancer, European Society for Medical Oncology (ESMO).

Hass, M., Kolligs, F., Post, S. & Pox, C. (2014). Darmkrebs im fortgeschrittenen Stadium. *Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF.* Deutsche Krebsgesellschaft e.V. und Stiftung Deutsche Krebshilfe.

Hass, M., Kolligs, F., Post, S. & Pox, C. (2014). Darmkrebs im frühen Stadium. *Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF.* Deutsche Krebsgesellschaft e.V. und Stiftung Deutsche Krebshilfe.

National Comprehensive Cancer Network (2018). Colon Cancer. *NCCN Guidelines for patients.*

National Comprehensive Cancer Network (2018). Rectal Cancer. *NCCN Guidelines for patients.*

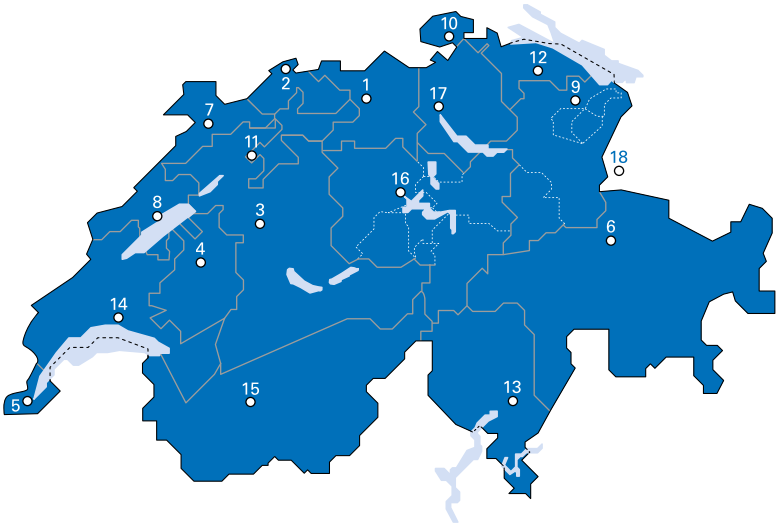
Rosenberg, R., Kocher, T., Bader, F., Schmid, R., Friess, H., Grünberger, T. & Salat, A. (2018). Darmkrebserkrankungen, Dickdarmkrebs (Kolonkarzinom), Enddarmkrebs (Rektumkarzinom). 7. Auflage. *Der informierte Patient.* Falk Foundation e.V.

Société canadienne du cancer (n.d.). *Cancer colorectal.* https://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/colorectal/colorectal-cancer/?region=on

Treml, K. (2012). *Darmkrebs – Überblick.* Deutsches Krebsforschungszentrum. https://shr.dkfz-heidelberg.de/dbkid/Web/DocView.aspx?Id=1163

Union nationale contre le cancer (UICC) (2017). *TNM Classification des tumeurs malignes.* 8e édition. Sous la direction de Brierley, J.D., Gospodarowicz, M.K. & Wittekind, C. Cassini.

La ligue contre le cancer de votre région offre conseils et soutien



1 Krebsliga Aargau
Kasernenstrasse 25
Postfach 3225
5001 Aarau
Tel. 062 834 75 75
admin@krebsliga-aargau.ch
www.krebsliga-aargau.ch
PK 50-12121-7

2 Krebsliga beider Basel
Petersplatz 12
4051 Basel
Tel. 061 319 99 88
info@klbb.ch
www.klbb.ch
PK 40-28150-6

3 Bernische Krebsliga
Ligue bernoise contre le cancer
Schwanengasse 5/7
Postfach
3001 Bern
Tel. 031 313 24 24
info@bernischekrebsliga.ch
www.bern.krebsliga.ch
PK 30-22695-4

4 Ligue fribourgeoise contre le cancer
Krebsliga Freiburg
route St-Nicolas-de-Flüe 2
case postale
1701 Fribourg
tél. 026 426 02 90
info@liguecancer-fr.ch
www.liguecancer-fr.ch
CP 17-6131-3

5 Ligue genevoise contre le cancer
11, rue Leschot
1205 Genève
tél. 022 322 13 33
ligue.cancer@mediane.ch
www.lgc.ch
CP 12-380-8

6 Krebsliga Graubünden
Ottoplatz 1
Postfach 368
7001 Chur
Tel. 081 300 50 90
info@krebsliga-gr.ch
www.krebsliga-gr.ch
PK 70-1442-0

7 Ligue jurassienne contre le cancer
rue des Moulins 12
2800 Delémont
tél. 032 422 20 30
info@ljcc.ch
www.liguecancer-ju.ch
CP 25-7881-3

8 Ligue neuchâteloise contre le cancer
faubourg du Lac 17
2000 Neuchâtel
tél. 032 886 85 90
LNCC@ne.ch
www.liguecancer-ne.ch
CP 20-6717-9

9 Krebsliga Ostschweiz
SG, AR, AI, GL
Flurhofstrasse 7
9000 St. Gallen
Tel. 071 242 70 00
info@krebsliga-ostschweiz.ch
www.krebsliga-ostschweiz.ch
PK 90-15390-1

10 Krebsliga Schaffhausen
Mühlentalstrasse 84
8200 Schaffhausen
Tel. 052 741 45 45
info@krebsliga-sh.ch
www.krebsliga-sh.ch
PK 82-3096-2

11 Krebsliga Solothurn
Wengistrasse 16
4500 Solothurn
Tel. 032 628 68 10
info@krebsliga-so.ch
www.krebsliga-so.ch
PK 45-1044-7

12 Thurgauische Krebsliga
Bahnhofstrasse 5
8570 Weinfelden
Tel. 071 626 70 00
info@tgkl.ch
www.tgkl.ch
PK 85-4796-4

13 Lega ticinese contro il cancro
Piazza Nosetto 3
6500 Bellinzona
Tel. 091 820 64 20
info@legacancro-ti.ch
www.legacancro-ti.ch
CP 65-126-6

14 Ligue vaudoise contre le cancer
place Pépinet 1
1003 Lausanne
tél. 021 623 11 11
info@lvc.ch
www.lvc.ch
UBS 243-483205.01Y
CCP UBS 80-2-2

15 Ligue valaisanne contre le cancer Krebsliga Wallis
Siège central :
rue de la Dixence 19
1950 Sion
tél. 027 322 99 74
info@lvcc.ch
www.lvcc.ch
Beratungsbüro :
Spitalzentrum Oberwallis
Überlandstrasse 14
3900 Brig
Tel. 027 604 35 41
Mobile 079 644 80 18
info@krebsliga-wallis.ch
www.krebsliga-wallis.ch
CP/PK 19-340-2

16 Krebsliga Zentralschweiz LU, OW, NW, SZ, UR, ZG
Löwenstrasse 3
6004 Luzern
Tel. 041 210 25 50
info@krebsliga.info
www.krebsliga.info
PK 60-13232-5

17 Krebsliga Zürich
Freiestrasse 71
8032 Zürich
Tel. 044 388 55 00
info@krebsligazuerich.ch
www.krebsligazuerich.ch
PK 80-868-5

18 Krebshilfe Liechtenstein
Im Malarsch 4
FL-9494 Schaan
Tel. 00423 233 18 45
admin@krebshilfe.li
www.krebshilfe.li
PK 90-4828-8

Unis contre le cancer

Ligue suisse contre le cancer
Effingerstrasse 40
case postale
3001 Berne
tél. 031 389 91 00
info@liguecancer.ch
www.liguecancer.ch
CP 30-4843-9

Brochures
tél. 0844 85 00 00
boutique@liguecancer.ch
www.liguecancer.ch/brochures

Forum
www.forumcancer.ch, le forum internet de la Ligue contre le cancer

Cancerline
www.liguecancer.ch/cancerline, le chat sur le cancer pour les enfants, les adolescents et les adultes
du lundi au vendredi
11 h–16 h

Skype
krebstelefon.ch
du lundi au vendredi
11 h–16 h

Ligne stop-tabac
tél. 0848 000 181
max. 8 cts/min.
(sur réseau fixe)
du lundi au vendredi
11 h–19 h

Vos dons sont les bienvenus.

Ligne InfoCancer 0800 11 88 11
du lundi au vendredi
9 h–19 h
appel gratuit
helpline@liguecancer.ch

Cette brochure vous est remise par votre Ligue contre le cancer, qui se tient à votre disposition avec son éventail de prestations de conseil, d'accompagnement et de soutien. Vous trouverez à l'intérieur les adresses de votre ligue cantonale ou régionale.