

## L'essentiel sur le cancer colorectal

Le cancer colorectal est l'un des cancers les plus fréquents puisque l'on estime que plus de 36 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année en France (36 257 en 2000). Cela représente 13 % de l'ensemble des cancers. C'est le troisième cancer le plus fréquent chez l'homme et le second chez la femme. Actuellement, on estime que

200 000 personnes vivant dans notre pays sont ou ont été atteintes de cette forme de cancer.

Il touche quasiment autant d'hommes (53 %) que de femmes et survient plutôt tardivement au cours de la vie : l'âge médian au moment du diagnostic est de 72 ans chez les hommes et de 75 ans chez les femmes. Le cancer colorectal est rare avant 55 ans.

### *Des facteurs favorisant*

Le vieillissement de la population explique donc en partie l'augmentation du nombre de cas observée au cours des dernières décennies. Ainsi, entre 1980 et 2000, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués par an a augmenté de 51 %. Cette augmentation est également liée aux évolutions des modes de vie. Il a ainsi été montré que la sédentarité et les apports caloriques élevés favorisent la survenue du cancer colorectal. Le tabac et l'alcool pourraient également jouer un rôle néfaste, le premier en favorisant la survenue de polypes (qui sont à l'origine de la majorité des lésions cancéreuses), le second en contribuant à l'augmentation de leur taille. À l'inverse, il est bien établi que la consommation de légumes joue un rôle protecteur.

La prévention du cancer colorectal passe principalement par des conseils hygiéno-dététiques : s'abstenir de fumer, consommer de l'alcool en quantité raisonnable, manger des légumes le plus souvent possible, éviter les excès alimentaires et exercer une activité physique régulière. Ces mesures, qui concernent l'état de santé dans son ensemble, sont susceptibles de réduire d'au moins un tiers le risque de survenue de ce cancer.

### *Divers degrés de risque*

Dans 60 % à 80 % des cas, les cancers colorectaux se développent à partir d'un polype. Ce type de lésion est retrouvé chez environ un tiers de la population à l'âge de 65 ans. Cependant, tous les polypes n'évoluent pas en cancer. Ainsi, on considère que sur mille polypes, cent atteindront la taille d'un centimètre à partir de laquelle le risque d'évolution vers un cancer devient plus élevé, et vingt-cinq dégénèrent un cancer, ceci dans un délai de dix à vingt ans.

Compte tenu de ces données, le risque moyen de la population générale de développer un cancer colorectal avant l'âge de 74 ans est estimé à 3,5 %. Cependant, il existe des situations pour lesquelles le risque est accru. C'est le cas des personnes chez lesquels un ou plusieurs polypes ont déjà été retirés, celles qui ont déjà présenté un cancer colorectal et, enfin, celles dont les parents au premier degré ont eu un cancer colorectal ou un polype de plus d'un centimètre. Pour ces personnes, le risque de survenue d'un cancer colorectal avant 74 ans est compris entre 6 % et 10 %.

Le niveau de risque est considéré comme très élevé chez les membres d'une famille atteinte de cancers à transmission héréditaire. Dans certaines de ces familles, une personne sur deux est atteinte d'un cancer colorectal. Cependant, cette situation est plutôt rare puisqu'elle concerne 1 % à 5 % de l'ensemble des cancers colorectaux.

## *Diagnostic : essentiellement la coloscopie*

Les signes évocateurs, surtout après 50 ans, qui doivent conduire à consulter son médecin sont notamment l'observation de saignements dans les selles ou au moment de celles-ci, une modification du transit intestinal, des douleurs abdominales, ou la découverte d'une masse abdominale (au niveau du ventre). Ces signes ne sont toutefois pas spécifiques du cancer colorectal. L'examen clinique réalisé par le médecin doit dès lors comprendre la palpation de l'abdomen et un toucher rectal. Le médecin doit également prendre en compte les antécédents personnels et familiaux de cancer colorectal et de polypes.

En cas de suspicion de lésion cancéreuse, l'examen de référence est la coloscopie. Elle consiste à observer les intestins et le rectum à l'aide d'un fin tube muni d'une caméra. L'examen est généralement pratiqué sous anesthésie générale. Il permet, en cas de découverte de polypes ou d'une lésion suspecte, de pratiquer, une biopsie. Le prélèvement est ensuite analysé par un anatomo-pathologiste, un médecin spécialisé dans l'étude au microscope des cellules. Seul l'examen anatomo-pathologique permet de déterminer si une lésion est cancéreuse ou pas.

Lorsqu'une tumeur maligne est diagnostiquée, les deux principaux examens complémentaires réalisés sont une échographie ou un scanner abdominal et une radiographie des poumons. Ces examens permettent de détecter d'éventuelles localisations secondaires du cancer, au niveau hépatique et pulmonaire.

## *Un traitement avant tout chirurgical*

Le traitement du cancer du colon ou du rectum repose essentiellement sur la chirurgie. L'opération vise à retirer la tumeur ainsi que les ganglions environnants éventuellement touchés. Le type d'intervention est déterminé par le chirurgien et l'oncologue en fonction des caractéristiques de la lésion cancéreuse et de l'état de santé général du patient.

Dans le cas d'un cancer du colon, en fonction de son stade au moment du diagnostic, une chimiothérapie peut être ensuite proposée. Celle-ci a pour but d'éliminer les éventuelles cellules cancéreuses restantes après l'opération et de réduire le risque de récurrence.

Pour le cancer du rectum, selon les caractéristiques de la lésion, une radiothérapie, associée ou non à une chimiothérapie, peut être proposée avant ou après l'intervention chirurgicale.

## *La surveillance après traitement*

Une fois le traitement terminé, une surveillance médicale régulière est indispensable afin de détecter le plus précocement possible la survenue d'une éventuelle récurrence ou d'une localisation secondaire du cancer. Cette surveillance repose sur un examen clinique, comprenant un toucher rectal, tous les trois mois pendant les deux premières années, puis tous les six mois durant les trois années suivantes. Il est recommandé d'effectuer une échographie abdominale (ou un scanner) tous les trois à six mois pendant les trois premières années, puis annuellement au cours des deux années suivantes. Il convient également de passer une radiographie des poumons une fois par an pendant cinq ans. Enfin, une coloscopie doit être effectuée trois ans après l'arrêt du traitement puis, en cas de résultat normal, tous les cinq ans.