

# Comprendre le cancer du rectum

Guide d'information et de dialogue à l'usage  
des personnes malades et de leurs proches



Ce guide s'inscrit dans le cadre d'un programme réalisé en partenariat,  
depuis janvier 2005, avec



L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER  
52, avenue André Morizet  
92513 BOULOGNE BILLANCOURT Cedex  
Standard : 33 (0)1 41 10 50 00  
Courriel : [contact@institutcancer.fr](mailto:contact@institutcancer.fr)

Copyright© FNCLCC 2006 - Tous droits réservés

Fédération nationale des centres  
de lutte contre le cancer (FNCLCC)  
101, rue de Tolbiac - 75013 Paris  
Tél : 01 76 64 78 00 - Fax : 01 45 82 07 59  
Courriel : [fnclcc@fnclcc.fr](mailto:fnclcc@fnclcc.fr) - Internet : [www.fnclcc.fr](http://www.fnclcc.fr)

La Ligue nationale contre le cancer  
14, rue Corvisart - 75013 Paris  
Tél : 01 53 55 24 00 - Fax : 01 43 36 91 10  
Internet : [www.ligue-cancer.asso.fr](http://www.ligue-cancer.asso.fr)

Cancer Info Service : 0 810 810 821  
(Numéro Azur, prix d'un appel local)

# Comprendre le cancer du rectum

Ce guide d'information et de dialogue a pour but d'aider les personnes atteintes d'un cancer du rectum et leur proches à mieux comprendre cette maladie et ses traitements.

Une information compréhensible et adaptée permet de mieux vivre la maladie. C'est la raison pour laquelle ce guide a été élaboré. Nous tentons d'expliquer, avec des mots que nous souhaitons simples et clairs, ce que les médecins savent actuellement du cancer du rectum, de son traitement et de ses conséquences.

*Comprendre le cancer du rectum* **aborde exclusivement le cancer du rectum non métastatique, forme la plus fréquente de ce cancer.**

## Comment utiliser ce guide ?

**Ce document est constitué de chapitres qui se lisent de façon indépendante. Chaque chapitre peut être consulté en fonction des besoins d'information de chacun.**

Des **informations clés**, situées à la fin de chaque chapitre, correspondent aux éléments essentiels identifiés par des patients, d'anciens patients et des personnes de leur entourage, qui ont participé à l'élaboration de ce guide.

Des **fiches complémentaires** expliquent le déroulement pratique des différents examens et traitements, ou proposent des informations plus détaillées sur des points particuliers.

Un glossaire, « **Les mots et leur sens** », situé à la fin du document, explique le vocabulaire médical employé dans le guide et dans les fiches. Les mots du glossaire sont identifiés par un astérisque dans le texte.

Un questionnaire préaffranchi destiné à recueillir votre avis est glissé dans ce guide. N'hésitez pas à le remplir et à nous le retourner. Vos remarques seront attentivement analysées et prises en compte lors d'une prochaine mise à jour.

## Méthodologiste

**Line Leichtnam-Dugarin**, chargée de mission en santé, FNCLCC, Paris

## Coordonnateur

**Pierre Senesse**, gastroentérologue, Centre Val d'Aurelle, Montpellier

### *Membres du groupe de travail*

**Yves Bécouarn**, oncologue médical, Institut Bergonié, Bordeaux

**Pierre Bey**, oncologue radiothérapeute, Institut Curie, Paris

**Sylvie Brusco**, chargée de mission en santé, FNCLCC, Paris

**Julien Carretier**, chargé de mission en santé, FNCLCC, Paris

**Valérie Delavigne**, linguiste, FNCLCC, Paris

**Françoise Desseigne**, gastroentérologue, Centre Léon Bérard, Lyon

**Jean-Bernard Dubois**, oncologue radiothérapeute, Centre Val d'Aurelle, Montpellier

**Michel Ducreux**, gastroentérologue, Institut G. Roussy, Villejuif

**Serge Évrard**, chirurgien, Institut Bergonié, Bordeaux

**Béatrice Fervers**, directeur adjoint des SOR, oncologue médical, FNCLCC, Paris

**Jean-Pierre Gérard**, oncologue radiothérapeute, Centre Antoine Lacassagne, Nice

**Marc Giovannini**, oncologue médical, Institut Paoli-Calmette, Marseille

**Hélène Hoarau**, anthropologue de la santé, Bordeaux

**Pierre Lasser**, chef de service de chirurgie, Institut G. Roussy, Villejuif

**Pierre Meeus**, chirurgien, Centre Léon Bérard, Lyon

**Thierry Philip**, pédiatre, Centre Léon Bérard, Lyon

**Michel Rivoire**, chirurgien, Centre Léon Bérard, Lyon

**Patricia Ponseda**, interne de gastroentérologie, Centre Val d'Aurelle, Montpellier

**Philippe Rouanet**, chirurgien, Centre Val d'Aurelle, Montpellier

**Éliane Toureille**, infirmière stomathérapeute, Centre Val d'Aurelle, Montpellier

**Jean-Jacques Voigt**, pathologiste, Institut Claudius Regaud, Toulouse

Nous remercions chaleureusement les patients et leurs proches qui, par leur implication et leurs commentaires, ont contribué considérablement à l'élaboration de ce guide : M. et Mme Francis Adroguer, M. et Mme Albert Martin, Mme Régine Menjaud, Mme Laure Fagède, M. et Mme Robert Condomine, Mme Annie Gary, M. et Mme Jean Lawriw, M. Denis Messina, Mme Joëlle Ménager et d'autres personnes ayant souhaité rester anonymes.

Nous remercions également l'Association française d'entérostomathérapeutes (AFET), la Fédération des stomisés de France (FSF) et la Fédération française de cancérologie digestive (FFCD) pour leur collaboration à ce projet.

# Sommaire

Le cancer du rectum	5
Le diagnostic du cancer du rectum	11
Les examens complémentaires	14
Les traitements du cancer du rectum	17
La chirurgie, principal traitement du cancer du rectum	20
Après le traitement, le suivi	31

<b>Glossaire : les mots et leur sens</b>	<b>91</b>
--	-----------

Les SOR SAVOIR PATIENT	105
------------------------	-----

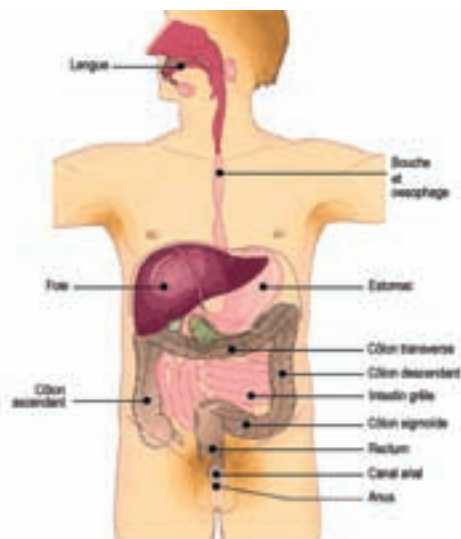
## *Sommaire*

Fiche 1	Les différents professionnels de santé	38
Fiche 2	Les facteurs de risque de développement du cancer du rectum	42
Fiche 3	Le dépistage	46
Fiche 4	Les propositions de surveillance des sujets à risque élevé et très élevé de cancer du rectum	48
Fiche 5	Le toucher rectal	50
Fiche 6	Les prélèvements	52
Fiche 7	La rectoscopie	55
Fiche 8	La coloscopie	58
Fiche 9	L'échographie	63
Fiche 10	La radiographie du rectum et le lavement baryté	68
Fiche 11	La radiographie des poumons	71
Fiche 12	L'ordre et le choix des traitements du cancer du rectum	74
Fiche 13	La colostomie	77

# Le cancer du rectum

Qu'est-ce que le rectum ?	5
Qu'est-ce qu'un cancer ?	6
Qu'est-ce qu'un cancer du rectum ?	6
Quels sont les symptômes du cancer du rectum ?	8
Connait-on les causes du cancer du rectum ?	9
Vivre pendant et après un cancer	9

## Qu'est-ce que le rectum ?



L'appareil digestif

Le rectum est la dernière partie du gros intestin appelée le côlon. Il termine le tube digestif. Il mesure environ douze centimètres de long.

Le rôle du système digestif est de décomposer les aliments ingérés afin que l'eau, les minéraux, les vitamines et tous les **nutriments\*** puissent être absorbés par le sang. Ces substances sont ensuite assimilées par le corps lors de leur passage dans l'intestin grêle, puis le côlon. Les déchets et les **selles\*** sont stockés dans le rectum avant d'être évacués par l'anus. Le rectum sert donc de réservoir aux matières fécales avant leur évacuation.

# *Le cancer du rectum*

## **Qu'est-ce qu'un cancer ?**

Un cancer est une maladie de la **cellule\***.

La cellule est l'unité de base de la vie. Il en existe dans le corps plus de deux cents types différents. Toutes ont un rôle précis : cellules musculaires, nerveuses, osseuses, etc.

Une cellule cancéreuse est une cellule qui s'est modifiée. Habituellement, ces modifications sont réparées par l'organisme.

Cependant, lorsque la cellule devient cancéreuse, elle perd ses capacités de réparation. Elle se met alors à se multiplier dans un organe ou un **tissu\*** du corps humain, ce qui finit par former une masse qu'on appelle **tumeur\*** maligne.

Les cellules cancéreuses ont tendance à migrer dans d'autres organes ou parties du corps et à y développer de nouvelles tumeurs qu'on appelle **métastases\***. On dit dans ce cas que le cancer est métastatique.

Tous les cancers ne se comportent pas de la même façon. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire d'envisager un traitement adapté à chaque cancer. Tous les traitements ont pour but de supprimer les cellules cancéreuses. En l'absence de traitement adapté, le cancer risque d'évoluer plus vite.

## **Qu'est-ce qu'un cancer du rectum ?**

Un cancer du rectum est une tumeur **maligne\*** qui se développe dans la dernière partie du tube digestif. On parle parfois de cancer colorectal pour dire que le cancer touche soit le côlon, soit le rectum, soit les deux.

En France, les cancers colorectaux représentent 15 % de l'ensemble des cancers, que ce soit chez l'homme et chez la femme. Ce sont les plus fréquents avec le cancer du poumon chez l'homme et le cancer du sein chez la femme.

Actuellement, 38 000 nouveaux cancers colorectaux sont diagnostiqués chaque année. Près de la moitié d'entre eux sont des cancers du rectum.



La paroi intérieure du rectum est tapissée de glandes. C'est une muqueuse glandulaire. Dans la majorité des cas, c'est à partir de ces glandes que se développent les cancers du rectum. On parle alors de cancer glandulaire ou d'**adénocarcinome\***.

Généralement, un cancer du rectum commence par une tumeur **bénigne\*** appelée **polype\***. Ce polype précurseur du cancer est un **adénome\***. Les adénomes sont très fréquents : à partir de 65 ans, une personne sur trois a un adénome du rectum.

Parfois, avec le temps, les petits adénomes grossissent. Leurs cellules se modifient et deviennent cancéreuses. Puis elles se multiplient de manière incontrôlée et finissent par former une tumeur maligne.

Il existe différents types d'adénomes. Sur cent adénomes inférieurs à un centimètre, dix adénomes grossiront pour atteindre une taille supérieure à un centimètre et trois se transformeront en cancer en dix ou vingt ans.

Tous les adénomes n'évoluent pas systématiquement en cancer.

Lorsqu'un adénome se transforme en tumeur maligne, c'est souvent sans signe visible. Parfois, quelques symptômes peuvent néanmoins alerter (voir paragraphe *Quels sont les symptômes du cancer du rectum ?*).

Lorsque le médecin a diagnostiqué un cancer du rectum, il a besoin d'en connaître le stade. Le **pronostic\*** et le choix du traitement en dépendent. En effet, le stade d'évolution permet de savoir si le cancer s'est propagé et, si c'est le cas, dans quelle(s) partie(s) du corps.

On distingue quatre **stades d'évolution\*** d'un cancer du rectum. Ces stades sont déterminés par le **bilan d'extension\*** et, en cas d'intervention chirurgicale, par l'**examen anatomopathologique\*** des **tissus\*** prélevés.

Les stades I, II et III correspondent à un envahissement plus ou moins important des tissus voisins du rectum par les cellules cancéreuses. À ces stades, des ganglions peuvent ou non être envahis.

Le stade IV correspond à la migration des cellules cancéreuses dans d'autres parties du corps où elles développent de nouvelles tumeurs : des **métastases\***.

### Quels sont les symptômes du cancer du rectum ?

Les principaux symptômes d'un cancer du rectum sont :

- **des troubles persistants du transit intestinal** comme une constipation soudaine ou qui s'aggrave, une diarrhée qui se prolonge, une alternance des deux, des selles\* plus étroites que d'habitude, un besoin pressant et continu d'aller à la selle, une sensation d'évacuation incomplète ou de faux besoins, même après avoir été à la selle ;
- **des saignements** : les selles sont mêlées de sang rouge clair ou très foncé (les médecins parlent de selles sanglantes ou striées de sang). Parfois il y a des saignements, mais ils ne sont pas visibles : un examen particulier (test Hémocult®) permet de repérer ces traces de sang invisibles à l'œil nu (voir Fiche 3 : *Le dépistage*).
- **des glaires** émises par l'anus ;
- **des douleurs** liées à des crampes intestinales fréquentes ou constantes causées par des gaz intestinaux, une sensation de ballonnement, de pesanteur dans le bas-ventre, une gêne en position assise ;
- **une perte de poids** sans raison apparente ;
- **une fatigue** prolongée.

Ces symptômes ne sont pas systématiquement synonymes de cancer du rectum. Ils peuvent correspondre à d'autres maladies bénignes : un polype non cancéreux du rectum peut entraîner des troubles du transit, une anémie peut être responsable d'une fatigue, des hémorroïdes\* peuvent entraîner des saignements, etc.

Un examen clinique avec un **toucher rectal\*** et des examens complémentaires comme une **rectoscopie\***, une **coloscopie\*** ou une prise de sang sont parfois nécessaires. Ces examens permettent au médecin de connaître l'origine de ces symptômes et de déterminer si c'est un cancer qui en est la cause.

## Connaît-on les causes du cancer du rectum ?

Certains patients atteints d'un cancer du rectum cherchent à un moment donné de leur maladie à savoir pourquoi ils ont développé ce cancer.

Les scientifiques cherchent également à connaître les raisons de son apparition. Malgré les progrès qui ont permis de mieux connaître les mécanismes de développement des cancers, les causes du cancer du rectum ne sont actuellement pas connues. Néanmoins, les études ont mis en évidence certains **facteurs de risque\*** qui peuvent favoriser son développement.

Des informations détaillées sur les facteurs de risque du cancer du rectum sont disponibles dans la Fiche 2 : *Les facteurs de risque de développement du cancer du rectum.*

## Vivre pendant et après un cancer

Dans la vie d'un homme ou d'une femme, la maladie est un moment difficile. Elle engendre des émotions particulièrement intenses chez la personne malade et son entourage. Chaque étape de la maladie génère des sentiments différents. Les exprimer et les partager avec d'autres peut permettre de mieux les vivre.

Des informations détaillées sur les aspects psychologiques liés à la maladie sont disponibles dans le guide d'information et de dialogue SOR SAVOIR PATIENT *Vivre pendant et après un cancer.* Ce guide a pour but d'accompagner au mieux les personnes atteintes d'un cancer et leurs proches.

### À retenir

- Le rectum est la partie du gros intestin qui termine le tube digestif.
- Un cancer du rectum est une tumeur maligne qui se développe dans cette partie du tube digestif.
- Malgré les progrès qui ont permis de mieux connaître les mécanismes de développement des cancers, les causes du cancer du rectum ne sont actuellement pas connues.
- Les principaux symptômes d'un cancer du rectum sont : des troubles nouveaux et persistants du transit intestinal, des saignements, une émission de glaires par l'anus, des douleurs, une perte de poids sans raison apparente et une fatigue prolongée.
- Tous les cancers ne se comportent pas de la même façon. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire d'envisager un traitement adapté à chaque patient.

La personne malade ne doit pas hésiter à dialoguer avec son médecin. Il est important qu'elle pose toutes les questions qui la préoccupent.

D'anciens patients suggèrent d'écrire à l'avance une liste de questions, ce qui permet de ne pas les oublier au moment de la consultation.



### *Questions à poser*

# Le diagnostic du cancer du rectum

Comment le médecin fait-il le diagnostic ?	11
Comment se passe une consultation médicale ?	12

Ce chapitre permet de repérer les étapes nécessaires au bilan\* diagnostique. Le but de ce bilan est d'établir ou non le diagnostic\* de cancer du rectum.

## Comment le médecin fait-il le diagnostic ?

Lorsqu'une personne se plaint d'un problème digestif, qu'une anomalie est décelée lors d'un dépistage (voir Fiche 3 : *Le dépistage*), ou qu'elle présente certains symptômes du cancer du rectum, le médecin doit réaliser un certain nombre d'exams afin de pouvoir établir un diagnostic. C'est ce qu'on appelle un *bilan diagnostique\**.

**Les études scientifiques montrent qu'un cancer découvert tôt a de meilleures chances de guérison. Plus un cancer du rectum est diagnostiqué de façon précoce, plus son traitement est efficace.**

Si un cancer du rectum est découvert, le bilan diagnostique a également pour but de préciser le type de cancer, d'évaluer sa taille et de préciser s'il s'est propagé au-delà du rectum.

Le diagnostic repose sur une consultation médicale et des exams. Il peut être réalisé par un médecin généraliste ou par différents médecins spécialistes : gastroentérologue, cancérologue, chirurgien ou pathologiste (voir Fiche 1 : *Les différents professionnels de santé*).

# Le diagnostic du cancer du rectum

Certains examens sont systématiques ; d'autres dépendent de l'anomalie découverte et de l'état général de la personne.

**Seuls les résultats de l'examen au microscope de la tumeur (examen anatomopathologique\*) permettent d'affirmer ou non le diagnostic de cancer.**

L'ensemble des examens du bilan permet d'élaborer un **plan thérapeutique\***, c'est-à-dire de proposer au patient le ou les traitements adaptés à sa situation et la meilleure façon de les réaliser.

Le délai entre la découverte de quelque chose d'anormal et le début d'un traitement peut parfois sembler très long. Ce temps est nécessaire pour réaliser les examens, établir le diagnostic et définir le traitement le plus adapté.

## Comment se passe une consultation médicale ?

Une consultation médicale comprend un entretien avec la personne malade et un examen physique. Ces deux étapes guident le médecin dans son diagnostic.

Le médecin commence par interroger le patient sur ses **antécédents\*** médicaux et chirurgicaux, personnels et familiaux. Il lui pose des questions sur ses **symptômes\*** actuels qui peuvent le guider dans son diagnostic. Il est important de mentionner tous les symptômes repérés. Ils ne correspondent pas systématiquement à un cancer.



L'abdomen

Après l'entretien, le médecin effectue un examen physique. Il commence par palper les **ganglions\*** et l'**abdomen\***.

Ensuite, le médecin effectue un **toucher rectal\***. Le toucher rectal est l'examen de base d'une personne qui consulte pour des troubles digestifs.

Une information détaillée sur le toucher rectal se trouve dans la Fiche 5 : *Le toucher rectal.*

### À retenir

- Détectés tôt, certains cancers permettent d'être mieux traités en proposant des traitements moins lourds et qui offrent plus de chances de guérison.
- Pour déterminer s'il s'agit ou non d'un cancer du rectum, le médecin réalise différents examens. C'est ce qu'on appelle un bilan diagnostique.
- Une consultation médicale comprend un entretien avec la personne malade et un examen physique.

La personne malade ne doit pas hésiter à dialoguer avec son médecin. Il est important qu'elle pose toutes les questions qui la préoccupent. D'anciens patients suggèrent d'écrire à l'avance une liste de questions, ce qui permet de ne pas les oublier au moment de la consultation.



### *Questions à poser*

# Les examens complémentaires

Quels sont les objectifs des examens complémentaires ?

14

Quels sont les différents examens complémentaires ? 14

## Quels sont les objectifs des examens complémentaires ?

Les examens complémentaires ont deux fonctions essentielles :

- affirmer le diagnostic de cancer du rectum ;
- déterminer si des cellules cancéreuses se sont propagées dans des endroits proches du rectum, notamment au niveau du **pelvis\***, ou dans des endroits plus éloignés, comme le poumon ou le foie.

## Quels sont les différents examens complémentaires ?

Les examens complémentaires demandés par le médecin varient selon le type de bilan que le médecin souhaite réaliser.

**Lorsque le médecin fait un bilan diagnostique\***, les examens complémentaires sont une **rectoscopie\*** (voir Fiche 7 : *La rectoscopie*) et une biopsie (voir Fiche 6 : *Les prélèvements*) avec un **examen anatomopathologique\***. L'examen anatomopathologique consiste à examiner au **microscope\*** des fragments de **tissus\*** prélevés lors d'une **biopsie\***. Ce n'est pas un traitement : son objectif est d'observer si les tissus prélevés au niveau du rectum et dans d'autres parties de l'abdomen contiennent des cellules cancéreuses. Il permet d'obtenir des informations précises sur le type de cancer et ses caractéristiques.

Seul l'examen anatomopathologique permet de conclure de façon définitive s'il s'agit ou non d'un cancer.



**Lorsque le médecin fait un bilan\* local**, c'est-à-dire lorsqu'il cherche à savoir si la tumeur s'est développée localement, les examens complémentaires peuvent être un **toucher rectal\***, une rectoscopie, une **échographie endorectale\***, une **coloscopie\***, un **lavement baryté\***, un **scanner\*** ou une **IRM\***.

**Lorsque le médecin fait un bilan d'extension\*** du cancer, c'est-à-dire lorsqu'il cherche à savoir si des cellules cancéreuses se sont propagées dans d'autres parties de l'organisme, les examens complémentaires peuvent être une **radiographie\*** des poumons (examen **standard\***), une **échographie\*** du foie et un scanner de l'abdomen, du thorax et du bassin.

Dans le cas où la tumeur a envahi d'autres organes, un scanner du thorax, des poumons, de l'abdomen et du pelvis (associé à une IRM pour le pelvis) permet de détecter :

- si des ganglions proches du rectum sont atteints ;
- des **métastases\*** dans le foie et le poumon ;
- d'éventuelles atteintes des reins, des **uretères\*** et de la vessie.

Pour plus de renseignements, des fiches explicatives sur l'IRM et le scanner sont disponibles dans les fiches SOR SAVOIR PATIENT : *Comprendre l'IRM* et *Comprendre le scanner* ; des informations détaillées sur l'échographie endorectale se trouvent dans la Fiche 8 : *La coloscopie*, dans la Fiche 9 : *L'échographie*, et dans la Fiche 10 : *La radiographie du rectum et le lavement baryté*.

### À retenir

- Les examens complémentaires ont deux fonctions essentielles : affirmer le diagnostic de cancer du rectum et déterminer si des cellules cancéreuses se sont propagées dans des endroits proches ou à distance du rectum.
- Les examens complémentaires demandés par le médecin varient selon le type de bilan qu'il souhaite réaliser (bilan diagnostique, bilan local ou bilan d'extension).
- Une biopsie réalisée au cours d'une rectoscopie, suivie d'un examen anatomopathologique permet d'affirmer ou non le diagnostic de cancer du rectum.

La personne malade ne doit pas hésiter à dialoguer avec son médecin. Il est important qu'elle pose toutes les questions qui la préoccupent.

D'anciens patients suggèrent d'écrire à l'avance une liste de questions, ce qui permet de ne pas les oublier au moment de la consultation.



### *Questions à poser*

# Les traitements du cancer du rectum

## Les différents traitements du cancer du rectum

17

Les traitements du cancer du rectum consistent à enlever la **tumeur\*** et à supprimer toutes les cellules cancéreuses.

Ils ont pour but de :

- guérir la personne malade en conservant si possible le **sphincter\*** anal en état de fonctionnement ;
- réduire le risque de récurrence ;
- augmenter la durée de vie de la personne malade ;
- améliorer la qualité de vie.

## Les différents traitements du cancer du rectum

Il existe différents types de traitements qui peuvent être effectués seuls ou associés entre eux.

La **chirurgie\*** permet d'enlever la tumeur et les éventuelles **greffes cancéreuses\***, c'est-à-dire les endroits que les cellules cancéreuses auraient pu atteindre, lors d'une opération.

La **radiothérapie\*** est un traitement qui consiste à utiliser des **rayons\*** pour détruire les cellules cancéreuses situées au niveau du rectum ou dans certains ganglions.

La chirurgie et la radiothérapie sont des **traitements locaux\*** du cancer, c'est-à-dire qu'ils agissent localement sur les cellules cancéreuses situées dans le rectum ou dans les **ganglions\***.

La **chimiothérapie\*** est un traitement qui consiste à utiliser des médicaments contre les cellules cancéreuses (par injection dans une veine le plus souvent). La chimiothérapie agit sur

## *Les traitements du cancer du rectum*

toutes les cellules cancéreuses, même sur celles qui n'ont pas été détectées par les [examens d'imagerie\\*](#).

La radiothérapie et la chimiothérapie sont souvent utilisées en complément de la chirurgie pour améliorer les chances de [guérison\\*](#). On les appelle alors [traitements adjuvants\\*](#). Si un traitement est effectué avant une chirurgie, on parle de traitement [néoadjuvant\\*](#). Ces traitements peuvent aussi être utilisés seuls.

Une information détaillée sur la radiothérapie et la chimiothérapie se trouve dans les guides d'information et de dialogue SOR SAVOIR PATIENT *Comprendre la radiothérapie* (à paraître) et *Comprendre la chimiothérapie*.

**Les traitements sont adaptés en fonction de chaque situation : chaque cancer est particulier et nécessite un traitement approprié. Associer plusieurs traitements n'est pas lié à la gravité du cancer.**

**Le choix et l'ordre des traitements du cancer du rectum sont définis par une équipe médicale pluridisciplinaire en fonction du stade de la maladie, de l'âge et de l'état général du malade.**

Une information détaillée sur le choix et l'ordre des traitements du cancer du rectum est disponible dans la Fiche 12 : *L'ordre et le choix des traitements du cancer du rectum*.

### À retenir

- Différents traitements du cancer du rectum existent : la chimiothérapie, la chirurgie et la radiothérapie. Ils peuvent être utilisés seuls ou associés entre eux. L'association de plusieurs traitements n'est pas obligatoirement liée à la gravité du cancer.
- Le traitement du cancer est adapté en fonction de chaque situation : chaque cancer est particulier et nécessite un traitement approprié.
- Le choix du traitement du cancer doit être décidé par une équipe pluridisciplinaire.

La personne malade ne doit pas hésiter à dialoguer avec son médecin. Il est important qu'elle pose toutes les questions qui la préoccupent.

D'anciens patients suggèrent d'écrire à l'avance une liste de questions, ce qui permet de ne pas les oublier au moment de la consultation.



### *Questions à poser*

# *La chirurgie, principal traitement du cancer du rectum*

<b>Que faut-il faire avant une chirurgie du cancer du rectum ?</b>	<b>20</b>
<b>Comment se fait le choix du type d'opération ?</b>	<b>21</b>
<b>Quelles sont les différentes chirurgies du cancer du rectum ?</b>	<b>21</b>
<b>Quels sont les effets secondaires de la chirurgie ?</b>	<b>27</b>

Une chirurgie du cancer du rectum consiste à enlever la tumeur et les éventuelles greffes cancéreuses. C'est le traitement **standard\*** d'un cancer du rectum.

## **Que faut-il faire avant une chirurgie du cancer du rectum ?**

Avant d'être opéré d'un cancer du rectum, le patient doit suivre un régime alimentaire qu'il poursuit quelque temps après l'intervention. La réussite de l'intervention peut dépendre du bon suivi de ce régime. Les infirmières et les diététiciennes de l'hôpital ou de la clinique peuvent proposer aux patients des fiches diététiques afin de les aider à suivre ce régime.

Une purge ou des lavements sont administrés la veille de l'intervention afin de vider le rectum.

Les transfusions de sang ne sont pas toujours utiles dans le cas d'une chirurgie du cancer du rectum, cependant elles restent possibles. Le patient en est averti avant et après l'opération notamment si une transfusion a été nécessaire.

Une chirurgie du cancer du rectum est réalisée sous **anesthésie\*** générale. Une consultation pré-anesthésique est obligatoire huit à dix jours avant l'intervention. Lors de cette consultation, le médecin

anesthésiste interroge le patient sur ses **antécédents\*** médicaux et chirurgicaux. Il est important de signaler tout problème de santé, en particulier les allergies (asthme, eczéma, rhume des foins, etc.), les problèmes cardiaques (hypertension par exemple), la prise de médicaments, etc. Une prise de sang et un **électrocardiogramme\*** sont également réalisés. Cette consultation permet d'évaluer les risques liés à l'anesthésie et de répondre aux questions que les patients se posent.

## Comment se fait le choix du type d'opération ?

Le **bilan\*** diagnostique permet de déterminer le type d'opération qui va être réalisé. Cette chirurgie dépend notamment de l'endroit où est située la tumeur et de sa distance par rapport au **sphincter\*** anal. Chaque cancer du rectum est particulier et nécessite donc une chirurgie adaptée. Le chirurgien explique au patient la chirurgie la mieux adaptée à sa situation.

Le choix du type de chirurgie est fait avec le patient. Celui-ci doit prendre le temps de réfléchir et d'en discuter avec le chirurgien ou son médecin traitant.

Le patient doit être pris en charge par une équipe entraînée à la chirurgie du cancer du rectum.

## Quelles sont les différentes chirurgies du cancer du rectum ?

Trois principaux types de chirurgie du cancer du rectum sont envisageables :

- une ablation du rectum en conservant le sphincter anal ;
- une ablation du rectum et du sphincter anal ;
- dans de rares cas, une ablation de la tumeur par les voies naturelles.

## *La chirurgie, principal traitement du cancer du rectum*

Les études scientifiques ont montré dans quels cas ces différents types de chirurgie sont nécessaires. L'équipe médicale adapte le traitement en fonction des caractéristiques du patient et de son cancer.

Quel que soit le type de chirurgie envisagé, le chirurgien peut être amené à créer une ouverture temporaire ou définitive au niveau du ventre, au travers de laquelle il fait ressortir une portion d'intestin qui permettra d'évacuer les selles\*. C'est cette ouverture que l'on appelle stomie\*.

Le chirurgien adapte la chirurgie en fonction de ce qu'il découvre au moment de l'intervention. Parfois, la stomie ne peut pas être prévue avant l'intervention. Il est néanmoins important que cette éventualité soit évoquée lors d'une consultation avec le chirurgien avant l'intervention.

Une information détaillée sur la stomie est disponible dans la Fiche 13 : *La colostomie*.

### ■ **La chirurgie du rectum avec conservation du sphincter anal**

Lorsque le chirurgien enlève la tumeur, il doit souvent retirer une partie du rectum et peut parfois conserver le sphincter anal.

Le plus souvent, pour accéder à la tumeur, le chirurgien fait une incision en partant du dessus du nombril, qu'il contourne, jusqu'au bas du ventre. Cette incision s'appelle une laparotomie\*.

Certaines équipes pratiquent une cœlioscopie pour enlever les tumeurs du rectum. Lors d'une cœlioscopie, l'incision de l'abdomen est remplacée par quatre ou cinq petites incisions de un à deux centimètres. Des instruments de chirurgie (appelés trocarts) permettent d'introduire une caméra et autres matériels utiles à l'intervention. La cœlioscopie offre l'avantage de diminuer la douleur après l'intervention et de réduire le séjour à l'hôpital. Tous les patients ne peuvent cependant pas bénéficier d'une cœlioscopie : un bassin étroit, une tumeur volumineuse ou des antécédents chirurgicaux abdominaux lourds peuvent rendre toute cœlioscopie impossible.

La technique chirurgicale peut être discutée avec le chirurgien ; il proposera au patient le geste chirurgical qui lui semble le plus approprié à son cas particulier.



Quel que soit le type de chirurgie (laparotomie ou cœlioscopie), le chirurgien doit enlever la tumeur, une grande partie du rectum, les **ganglions\*** éventuellement atteints, ainsi que le **mésorectum\***. Le mésorectum est un **tissu\*** constitué de graisse et de ganglions qui entourent le rectum. Les cellules cancéreuses peuvent y siéger et s'y développer. L'enlever diminue le risque de **récidive\*** locale du cancer.

Selon l'endroit où est placée la tumeur, le rectum est sectionné plus ou moins bas. La tumeur est enlevée avec une **marge de sécurité\***. Si la tumeur est située à moins de cinq centimètres du **canal anal\***, la totalité du rectum et du mésorectum doit en général être enlevée. Dans le cadre d'études cliniques, certaines équipes proposent de conserver le sphincter anal pour des tumeurs situées très bas. Si la marge de sécurité peut être respectée, le sphincter anal est alors conservé.

Une fois la partie cancéreuse enlevée, le chirurgien attache ensemble le côlon et la portion du rectum laissée en place ; il réalise ainsi ce que l'on appelle une **anastomose\*** du côlon au rectum. Si tout le rectum a dû être enlevé, le chirurgien rapproche l'extrémité du côlon directement à l'anus ; on parle alors d'anastomose colo-anale. Le chirurgien reconstruit parfois en amont de la suture un réservoir pour les matières fécales : ce réservoir remplace le rectum enlevé.

L'anastomose est réalisée à l'aide de fils ou, plus souvent, à l'aide de petites agrafes métalliques.

Parfois, il est préférable d'attendre que la suture cicatrise avant d'y faire passer à nouveau les selles. En effet, d'une part, les selles sont corrosives et peuvent entraîner une **infection\*** et d'autre part, les contractions de l'intestin qui permettraient d'évacuer les selles gênent la cicatrisation. Une mauvaise cicatrisation peut entraîner par la suite des écoulements de matières fécales hors du tube digestif (**fistules\***).

Le risque de fistule est d'autant plus important que la suture a été réalisée près, voire sur l'anus. Certaines fistules peuvent entraîner un abcès ou parfois, une **péritonite\***.

Pour éviter ce risque, le chirurgien peut être amené à créer une **stomie\*** au niveau du ventre, appelée **colostomie\***, stomie de protection ou anus artificiel. Cette stomie permet de dériver les selles vers une poche collée sur le ventre afin d'empêcher qu'elles passent au niveau de la suture du côlon. Cette ouverture peut être maintenue de quatre semaines à plusieurs mois.

## La chirurgie, principal traitement du cancer du rectum

Lorsque la stomie est prévue avant l'intervention, son emplacement est déterminé au préalable, éventuellement avec l'aide d'une infirmière stomathérapeute qui prend en compte la morphologie et les habitudes de vie du patient.

Dès que possible, la stomie est refermée lors d'une nouvelle opération et les selles reprennent leur voie normale.

Une information détaillée sur la stomie se trouve dans la Fiche 13 : *La colostomie*.

### ■ La chirurgie du cancer du rectum sans conservation du sphincter anal

Si la tumeur est située près du **canal anal\***, le chirurgien doit l'enlever avec une **marge de sécurité\***, et donc enlever en même temps la totalité du canal et du sphincter anal.

Le plus souvent, pour accéder à la tumeur, le chirurgien fait une incision en partant du dessus du nombril, qu'il contourne, jusqu'au bas du ventre. Cette incision s'appelle une **laparotomie\***.

Lorsque la tumeur s'est propagée localement, le chirurgien enlève les parties envahies. Il s'agit le plus souvent du rectum, du **mésorectum\***, du **canal anal\***, du **sphincter\*** anal et des **ganglions\***. Le mésorectum est un **tissu\*** constitué de graisse et de ganglions qui entoure le rectum. Il arrive que des cellules cancéreuses y siègent et s'y développent ; il doit donc être systématiquement retiré. Si la tumeur a envahi des organes proches du rectum (utérus, ovaires, prostate, vessie), le chirurgien peut être également amené à les enlever. Ceci permet de diminuer le risque de **récidive\*** locale du cancer. Cette chirurgie porte le nom d'amputation abdomino-périnéale (abrégié en AAP). Elle laisse une cicatrice au niveau du **périnée\***.

Lorsque le sphincter anal est enlevé, le chirurgien doit créer une **stomie\*** au niveau du ventre, appelée **colostomie\*** ou anus artificiel. Cette stomie permet de dériver les selles vers une poche collée sur le ventre.

L'emplacement de la stomie est prévu avant l'intervention, éventuellement avec l'aide d'une infirmière stomathérapeute qui prend en compte la morphologie et les habitudes de vie du patient (voir Fiche 1 : *Les différents professionnels de santé*).

Une information détaillée sur la stomie se trouve dans la Fiche 13 : *La colostomie*.

Le choix entre une ablation du sphincter anal et une chirurgie conservatrice tient compte des critères propres au patient et à son cancer (voir Fiche 12 : *L'ordre et le choix des traitements du cancer du rectum*). En cas de radiothérapie néoadjuvante\* sur la tumeur, le chirurgien examine le patient au début et à la fin du traitement néoadjuvant. Il apprécie la façon dont la tumeur a évolué, si elle a diminué de taille ou non et il adapte la chirurgie en fonction de cette évolution.

Dans le cadre d'essais thérapeutiques\*, des équipes spécialisées peuvent proposer une chirurgie conservatrice pour une tumeur qui nécessiterait en théorie une ablation du sphincter.

### ■ Peut-on reconstruire un sphincter anal ?

Certaines équipes proposent une reconstruction du sphincter anal. Toutefois, seul un très petit nombre de patients peut en bénéficier. En effet, cette technique de reconstruction est réservée à des patients dont le stade de la maladie, l'âge, ainsi que l'état général le permettent.

Si une reconstruction du sphincter anal est envisageable, l'intervention chirurgicale se passe différemment. Lorsque le chirurgien enlève le rectum et le sphincter, il attache le bout du côlon au périnée\* en faisant une suture, dite anastomose\* périnéale.

Le chirurgien reconstruit ensuite le muscle anal en prenant un morceau de celui de la cuisse. Sur le nouveau muscle reconstruit, le chirurgien branche une électrode reliée à un stimulateur qu'il place sous la peau du bas-ventre. Ce stimulateur est complètement invisible et permet tous les mouvements de la vie quotidienne.

Une petite télécommande permet de stimuler l'électrode. En réponse à la stimulation, l'électrode contracte le muscle anal reconstruit et empêche ainsi la perte des selles. En stoppant la contraction, le patient relâche le muscle et évacue les selles. Deux ou trois semaines sont en général nécessaires pour bien contrôler l'évacuation des selles, parfois plus. Certains patients retrouvent ensuite une bonne qualité de vie.

Il est préférable d'attendre que la suture réalisée entre le côlon et le périnée cicatrise avant d'y faire passer à nouveau les selles. En attendant la cicatrisation, qui dure généralement six mois, le chirurgien crée une ouverture artificielle temporaire au niveau du ventre, une stomie\*, encore appelée colostomie, stomie de protection ou anus artificiel. Cette stomie permet de dériver les selles vers une poche collée sur le ventre.

## La chirurgie, principal traitement du cancer du rectum

Lorsque la cicatrisation est terminée et que le sphincter fonctionne bien, la stomie est refermée lors d'une nouvelle opération. Les selles sont alors évacuées par le sphincter reconstruit.

### ■ Qu'est-ce qu'un traitement chirurgical local ?

Une chirurgie locale est un traitement du cancer du rectum qui consiste à enlever toute la paroi du rectum touchée par la tumeur en passant par l'anus\*.

Cette technique ne permet pas d'enlever les ganglions, ni les **extensions\*** de la tumeur. C'est pourquoi on vérifie préalablement que les cellules cancéreuses n'ont pas dépassé la paroi du rectum à l'aide d'une **échographie endorectale\*** et/ou d'une **IRM\*** du **pelvis\***.

Cette intervention se déroule sous **anesthésie\***. Elle permet de conserver le sphincter anal dans 95 % des cas. Il arrive parfois que des complications apparaissent (un rétrécissement du canal anal, par exemple, également appelé sténose).

Le chirurgien enlève une marge de sécurité d'au moins un centimètre autour de la tumeur enlevée. Le médecin anatomopathologiste (voir Fiche 1 : *Les professionnels de santé*) examine au microscope le **prélèvement\***.

La chirurgie locale du cancer du rectum est parfois suivie d'une **radiothérapie\*** quatre à six semaines plus tard, afin de diminuer le risque de **récidive\*** locale. Le traitement local du cancer du rectum n'est pas une chirurgie couramment réalisée.

Aucune étude ne montre aujourd'hui qu'un traitement local soit meilleur qu'une chirurgie plus large. **Une chirurgie locale est même parfois moins efficace que d'autres types de chirurgie.** Un traitement local ne doit donc être proposé qu'avec une extrême prudence. Il ne concerne qu'un très petit nombre de patients pris en charge par des équipes pluridisciplinaires très spécialisées. Il n'est proposé que pour une tumeur située uniquement au niveau du rectum, de petite taille et qui ne s'est propagée ni à la paroi du rectum, ni aux ganglions.

Par ailleurs, le médecin évite de prendre un risque en proposant un traitement local si le patient peut être guéri par un traitement chirurgical habituel, même si ce traitement présente davantage d'**effets secondaires\***.

## Quels sont les effets secondaires de la chirurgie ?

Les effets secondaires peuvent apparaître rapidement après l'opération chirurgicale ou plus tardivement.

Au réveil, comme après toute intervention chirurgicale, la zone traitée est parfois douloureuse. Il ne faut pas hésiter à signaler la douleur à l'équipe soignante. Des dispositions sont prises pour la contrôler.

Il arrive qu'un **hématome\*** (bleu) ou une **infection\*** apparaissent au niveau de la plaie. Afin de les éviter, de petits tubes (appelés **drains\*** ou lames) sont mis en place au niveau de la plaie pour empêcher que du sang ou de la **lymphe\*** s'accumulent. Ces drains sont laissés en place quelques jours pour permettre aux **liquides\*** de s'évacuer. Les infections et les hématomes guérissent souvent à l'aide de soins locaux. Toutefois, s'ils ne disparaissent pas, une nouvelle opération peut être nécessaire.

D'autres **complications** peuvent apparaître, mais elles sont plus rares. Ce peut être :

- des saignements dans les heures qui suivent l'intervention. L'hémorragie peut s'arrêter d'elle-même ou nécessiter une nouvelle intervention ;
- un défaut de cicatrisation de la **suture\***. Un défaut précoce de cicatrisation de la suture peut provoquer une **péritonite\***. Une nouvelle intervention est rapidement nécessaire. Le chirurgien fait alors systématiquement une **colostomie\*** ;
- si le défaut de cicatrisation est plus tardif (une semaine environ après l'opération), des selles peuvent fuir par la cicatrice, créant une **fistule\***. Des selles apparaissent alors par le drain. Si une colostomie a été pratiquée, les selles s'évacuent dans la poche prévue à cet effet et la fistule peut ainsi rapidement s'assécher. En l'absence de colostomie, une alimentation par **perfusion\*** ou un régime alimentaire particulier doivent permettre d'assécher la fistule. Dans le cas contraire, une nouvelle opération est nécessaire afin de réaliser une colostomie ;
- une complication de la colostomie : **sténose\***, **prolapsus\***, **éventration\*** (voir Fiche 13 : *La colostomie*). Les colostomies se compliquent dans 15 % des cas.

# *La chirurgie, principal traitement du cancer du rectum*

Une personne opérée d'un cancer du rectum peut présenter des **troubles du transit intestinal** comme :

- une augmentation du nombre de selles ;
- une fragmentation des selles avec une envie d'aller aux toilettes de façon rapprochée et fréquente ;
- une incapacité à se retenir pendant plus de dix minutes, voire des troubles de la **continence\***.

Ces troubles s'améliorent au cours de la première année. À long terme, plus de 60 % des patients ne présentent pas de **séquelles\***.

La chirurgie du cancer du rectum peut avoir d'importantes conséquences sur la sexualité. Certaines sont temporaires. Les séquelles sexuelles sont moins fréquentes après une chirurgie conservatrice qu'après une ablation du sphincter anal.

## ■ **Les séquelles sexuelles chez les hommes**

Le réseau de nerfs qui entoure le rectum a un rôle dans l'érection et l'éjaculation. Lorsque ces nerfs sont coupés, des troubles de l'érection surviennent parfois. De nouvelles techniques d'opération du rectum permettent de conserver ces nerfs, sauf lorsque la tumeur est très étendue et qu'elle les recouvre. L'obésité est également susceptible de rendre difficile leur préservation. De même, une radiothérapie réalisée avant l'opération peut avoir altéré leur fonctionnement.

Les séquelles sexuelles correspondent le plus souvent à une absence d'éjaculation, ou à une éjaculation du sperme vers la vessie (on parle d'éjaculation rétrograde : le sperme va dans la vessie, puis est éliminé par les urines), ou encore à une érection défailante.

Il arrive que l'érection revienne toute seule petit à petit ou à l'aide de techniques diverses (médicaments : Viagra® ou Ixens®, piqûres, technique de « pompe à vide » de la verge). Tous les patients ne peuvent pas bénéficier du Viagra® : ce médicament nécessite un bon état général, notamment au niveau cardiaque. Le médecin peut alors proposer d'autres solutions.

Selon certains patients, l'éjaculation est toutefois possible même en l'absence d'érection. Le rôle du conjoint est important (caresses, attentions, etc.).

## ■ Les séquelles sexuelles chez les femmes

Les séquelles sexuelles chez les femmes correspondent le plus souvent à une sécheresse vaginale, à des douleurs ressenties pendant les rapports sexuels, liées à la cicatrice du périnée ou à l'ablation du rectum qui soutenait le vagin en arrière, ou encore à une perte de libido (désir).

Après l'opération, il reste une cicatrice dont les dimensions varient en fonction de l'incision faite par le chirurgien.

Le chirurgien peut recommander au patient un spécialiste des problèmes sexuels.

**À la suite d'une chirurgie, le patient ressent très souvent le besoin de se reposer. Parfois, un séjour en maison de repos avant le retour à la maison est utile. La maison de repos doit être soigneusement choisie afin de fournir au patient des soins adaptés et une alimentation qui correspond au régime que le patient doit suivre après l'opération.**

Des informations détaillées sur les séquelles sexuelles engendrées par les traitements du cancer sont disponibles dans les brochures éditées par la Ligue nationale contre le cancer : *Sexualité et Cancer; Information destinée aux femmes traitées pour un cancer ;Sexualité et Cancer; Information destinée aux hommes traités pour un cancer* ([www.liguecancer.asso.fr](http://www.liguecancer.asso.fr), Cancer info service : 0 810 810 821 n° Azur).

### À retenir

- La chirurgie du cancer du rectum consiste à enlever la tumeur et les endroits que les cellules cancéreuses auraient éventuellement pu atteindre. C'est un traitement standard.
- Cette chirurgie nécessite une certaine préparation, notamment un régime alimentaire à suivre avant et après l'intervention. La réussite de l'intervention peut dépendre du bon suivi de ce régime.
- Le type de chirurgie dépend de l'endroit où est située la tumeur et de sa distance par rapport au sphincter anal. Le choix du traitement est fait avec le patient.
- Trois principaux traitements chirurgicaux sont envisageables pour traiter un cancer du rectum : une ablation du rectum en conservant le sphincter anal, une ablation du rectum et du sphincter anal, dans de rares cas, une ablation de la tumeur par les voies naturelles.
- Les réactions locales liées à la cicatrisation peuvent durer plusieurs mois.

La personne malade ne doit pas hésiter à dialoguer avec son médecin. Il est important qu'elle pose toutes les questions qui la préoccupent.

D'anciens patients suggèrent d'écrire à l'avance une liste de questions, ce qui permet de ne pas les oublier au moment de la consultation.



### *Questions à poser*



# Après le traitement, le suivi

Pourquoi surveiller ?	31
En quoi consiste la surveillance après les traitements ?	32
À quel rythme surveiller ?	35
Quelle surveillance après un traitement local ?	36

## Pourquoi surveiller ?

### ■ La surveillance doit être régulière et prolongée

Les traitements du cancer du rectum ont pour buts de soigner le cancer et de réduire le risque qu'il revienne localement ou développe des **métastases\*** à distance. Après les traitements, surveiller un cancer du rectum a plusieurs objectifs :

- **Détecter les signes de récurrences\*** locales ou métastatiques\* afin de mettre en place un traitement adapté.

Le risque de récurrence est très variable et étroitement lié au **stade d'évolution\*** du cancer au moment de son diagnostic. Trois quarts des récurrences du cancer du rectum surviennent dans les deux ans qui suivent le traitement. Même si parfois ces récurrences sont beaucoup plus tardives, le plus souvent, le cancer ne revient jamais.

Une rechute peut être locale ou siéger ailleurs, sous la forme de **métastases\*** dans le foie et les poumons.

- **Rechercher des anomalies (adénome\* colorectal)** ou un second cancer colorectal chez un patient estimé guéri.
- **Prévenir et traiter d'éventuels effets secondaires\***. Les effets secondaires dépendent des traitements reçus, des doses administrées, du type de cancer et de la façon dont le patient a réagi à la maladie et aux traitements. Ils n'apparaissent pas systématiquement.
- **S'assurer que le patient a repris une vie normale**, surtout si une colostomie définitive a dû être réalisée.

## Après le traitement, le suivi

Une surveillance prévue et organisée à l'avance est mise en place. Elle est là aussi pour rassurer le patient et répondre à ses questions. Le médecin peut le mettre en contact avec des professionnels (infirmières, assistantes sociales, infirmières stomathérapeutes, psychiatres ou psychologues, etc.) ou des associations d'anciens malades. Ces professionnels et associations peuvent aider la personne malade et son entourage à reprendre une vie la plus normale possible.

### En quoi consiste la surveillance après les traitements ?

La surveillance consiste en un suivi lors de consultations médicales. Le médecin peut proposer différents examens de surveillance pour rechercher une éventuelle *récidive\**.

#### ■ Les consultations médicales de surveillance

Pendant la consultation, le médecin interroge et examine le patient.

##### • *L'entretien*

L'entretien a notamment pour but de rechercher des *symptômes\** qui peuvent faire penser à une *récidive\** du cancer. Il est très important que le patient exprime et décrive tout ce qu'il ressent d'anormal ou d'inhabituel, surtout si ces signes persistent. Un tiers des rechutes locorégionales provoquent des troubles que le médecin peut repérer lors de l'entretien.

Ces signes peuvent être :

- des troubles du transit intestinal ;
- une altération de l'état général (perte d'appétit, amaigrissement, fatigue) ;
- des douleurs semblables à une sciatique ou des douleurs anales ;
- du sang dans les *selles\** ;
- de faux besoins ;
- une gêne en position assise ;
- une augmentation du volume abdominal ;
- une toux.

Si certains de ces symptômes persistent, il faut les signaler rapidement au médecin sans attendre le prochain rendez-vous de surveillance. S'il faut absolument signaler ces symptômes, ils ne sont pas pour autant le signe d'une récurrence du cancer. Ils peuvent être simplement liés à une autre maladie tout à fait bénigne. S'ils disparaissent au bout de quelques jours, il est peu probable qu'ils soient liés au cancer.

- *L'examen clinique*

Lors de l'examen clinique de surveillance, le médecin examine le patient. Quand le patient a conservé son anus, le **toucher rectal\*** est l'examen **standard\*** le plus souvent pratiqué comme pour le bilan diagnostique (voir Fiche 5 : *Le toucher rectal*).

Le médecin examine également l'abdomen du patient, ainsi que sa cicatrice.

## ■ Les examens de surveillance

**Les stratégies de surveillance varient en fonction du risque de récurrence du cancer traité, ainsi que de la localisation de la récurrence (locale ou à distance du rectum).**

- *Les examens de surveillance locaux*

Une **rectoscopie\*** et un **scanner\*** sont les principaux examens qui permettent de surveiller l'apparition de nouvelles lésions au niveau du rectum.

Pour plus de renseignements, une fiche explicative sur le scanner est disponible dans la fiche SOR SAVOIR PATIENT *Comprendre le scanner* ; des informations détaillées sur la rectoscopie se trouvent dans la Fiche 7 : *La rectoscopie*, et sur l'échographie endorectale dans la Fiche 9 : *L'échographie*.

- *Les examens de surveillance de tumeurs à distance*

Les cellules cancéreuses du rectum ont pu se propager dans d'autres parties du corps.

Une **radiographie\*** des poumons, une **échographie\*** et un **scanner\*** sont les principaux examens qui visent à repérer si des cellules cancéreuses se sont développées dans d'autres régions du corps.

## Après le traitement, le suivi

### • *Les marqueurs tumoraux*

Les cellules du corps libèrent parfois dans le sang des substances particulières. Les cellules de certains cancers peuvent, elles aussi, libérer des quantités plus ou moins importantes de ces substances. Pour cette raison, elles sont appelées **marqueurs tumoraux\***. Le dosage de ces marqueurs tumoraux nécessite une prise de sang.

Il existe différents types de marqueurs tumoraux. Le principal marqueur tumoral du cancer du rectum s'appelle l'antigène carcino-embryonnaire (abrégié en ACE).

L'augmentation des marqueurs tumoraux n'est pas toujours le signe d'une rechute. En effet, il arrive que la quantité de marqueur tumoral s'élève dans le sang lors de certaines maladies non cancéreuses comme le diabète, les calculs biliaires, l'alcoolisme, etc. C'est pourquoi une augmentation de l'ACE doit être confirmée en répétant des dosages espacés d'au minimum un mois.

De plus, certains cancers du rectum ne provoquent pas d'augmentation d'ACE. Les dosages peuvent être normaux, alors même qu'une tumeur existe.

**Les marqueurs tumoraux ne sont pas des éléments de diagnostic du cancer du rectum. Les études scientifiques ont montré que le dosage de l'ACE n'est pas utile pour la surveillance des patients opérés d'un cancer du rectum : il n'est donc pas systématiquement réalisé.**

### • *Les coloscopies*

Les études scientifiques recommandent qu'une **coloscopie\*** soit faite dans l'année qui suit l'opération. C'est un examen **standard\***. D'autres coloscopies sont à faire par la suite, en fonction des résultats des examens de surveillance.

S'il n'y a pas eu de coloscopie avant l'opération ou si elle a été incomplète (mauvaise préparation), une coloscopie doit être réalisée dans les six mois qui suivent l'intervention. C'est un standard.

Cette coloscopie permet de vérifier l'état de la suture et de rechercher un deuxième cancer ou des **adénomes\***.

Si la coloscopie de surveillance est normale, une coloscopie est recommandée tous les cinq ans.

Si les adénomes repérés lors de la coloscopie de surveillance sont sans pied (sessiles), de plus de deux centimètres et supérieurs à cinq, une coloscopie est recommandée un an, puis trois ans après si elle est normale, puis cinq ans après.

Des informations détaillées sur la coloscopie se trouvent dans la Fiche 8 : *La coloscopie*.

- *D'autres examens sont-ils utiles ?*

Sur la base des résultats des études scientifiques, en l'absence de symptôme ou d'anomalie lors de l'[examen clinique\\*](#), les spécialistes ne recommandent pas de réaliser systématiquement d'autres examens. Ces examens peuvent provoquer des angoisses inutiles. Il est donc fondamental de ne pas les multiplier sans raison.

## À quel rythme surveiller ?

Les médecins spécialistes du cancer du rectum recommandent une surveillance régulière.

**À la fin du traitement, un calendrier de surveillance est défini avec le patient. Le nom du médecin qui le suivra est noté et chaque date de consultation est programmée. Le médecin traitant du patient sera tenu au courant des résultats de cette surveillance ; il participe au suivi du patient.**

Les études scientifiques n'ont pas encore établi le meilleur rythme de surveillance. Les experts se sont mis d'accord sur un modèle de surveillance le plus approprié et le moins contraignant possible pour chaque patient. Les stratégies de surveillance sont établies en fonction du stade du cancer.

**Le type et le rythme de surveillance varient en fonction du risque de récurrence que présente le cancer traité.** Les médecins recommandent une surveillance renforcée pour les cancers qui présentent un risque élevé de récurrence.

Le médecin adapte la surveillance en fonction de chaque patient.

## Après le traitement, le suivi

Les examens de **surveillance des cancers à faible risque de récurrence** proposés au patient sont :

- un examen clinique tous les six mois pendant deux ans, puis tous les ans ;
- une **radiographie\*** des poumons et une **échographie\*** du foie tous les dix-huit mois pendant trois ans.

Les examens de **surveillance des cancers à haut risque de récurrence** proposés au patient sont :

- un examen clinique tous les trois mois pendant deux ans puis tous les six mois pendant trois ans ;
- une radiographie des poumons tous les ans pendant cinq ans ;
- une échographie du foie tous les six mois pendant trois ans, puis tous les ans.

**Dans tous les cas, il est nécessaire de rechercher des lésions susceptibles de devenir cancéreuses en réalisant des **coloscopies\***** (voir paragraphe *Les examens de surveillance*).

### Quelle surveillance après un traitement local ?

Un traitement local nécessite une plus grande surveillance. Le risque de récurrence locale est en effet plus élevé. Parfois, des traitements complémentaires sont nécessaires dans le cas où le **traitement local\*** a été insuffisant.

La surveillance des patients traités par un traitement local repose sur :

- un **examen clinique\*** ;
- une **rectoscopie\*** ;
- une **échographie endorectale\*** ;
- d'éventuelles **biopsies\*** ;
- une **échographie\*** de l'abdomen\*.

### À retenir

- Après les traitements, la surveillance d'un cancer du rectum a plusieurs objectifs : détecter les signes de rechute locale ou métastatique, rechercher des anomalies (adénomes) ou un second cancer du rectum, prévenir et traiter d'éventuels effets secondaires et s'assurer que le patient a repris une vie normale, surtout si une colostomie définitive a dû être réalisée.
- La surveillance consiste en un suivi lors de consultations médicales. Le médecin peut proposer différents examens de surveillance pour rechercher d'éventuelles récurrences : coloscopie, rectoscopie, échographie abdominale ou endorectale, scanner, IRM, radiographie des poumons, dosage des marqueurs tumoraux (ACE).
- Les études scientifiques n'ont pas encore établi le meilleur rythme de surveillance, mais la surveillance doit être régulière et prolongée. Le type et le rythme de surveillance varient en fonction du risque de récurrence que présente le cancer traité.

La personne malade ne doit pas hésiter à dialoguer avec son médecin. Il est important qu'elle pose toutes les questions qui la préoccupent.

D'anciens patients suggèrent d'écrire à l'avance une liste de questions, ce qui permet de ne pas les oublier au moment de la consultation.



### *Questions à poser*

# Les différents professionnels de santé

**De nombreux professionnels de santé composent l'équipe soignante chargée de s'occuper de la personne malade. Pour mieux les connaître, cette fiche explique en quoi consiste leur activité.**

**Agent de service :** l'agent de service participe aux différentes tâches qui permettent d'assurer le confort du malade : l'entretien des locaux, la distribution des repas et éventuellement, l'accueil des patients.

**Aide-soignant :** l'aide-soignant participe aux soins des patients en collaboration avec l'infirmier.

**Anatomopathologiste ou pathologiste :** l'anatomopathologiste ou pathologiste est un médecin spécialiste qui examine des **cellules\*** et des **tissus\*** au **microscope\***.

**Anesthésiste-réanimateur :** l'anesthésiste-réanimateur est chargé du suivi du patient avant, pendant et après une intervention chirurgicale. C'est lui qui endort le patient, surveille son sommeil, le réveille et prend en charge la douleur.

**Assistante sociale :** l'assistante sociale de l'hôpital est une professionnelle du domaine social, chargée d'accompagner les personnes malades et leurs familles, et de les aider à résoudre leurs difficultés économiques et sociales. On parle aussi de travailleur social.

**Attaché de recherche clinique :** l'attaché de recherche clinique assiste le médecin responsable d'un essai thérapeutique. Dans le cadre de cet essai, il participe à l'évaluation des effets du traitement proposé. Il travaille en collaboration avec l'équipe médicale et le patient.

**Brancardier :** le brancardier est chargé des déplacements du patient au sein de l'hôpital.

**Cancérologue ou oncologue :** le cancérologue ou oncologue est un médecin spécialiste du cancer. Ce peut être un chirurgien spécialisé en cancérologie, un spécialiste de **chimiothérapie\*** spécifique de la partie du corps à traiter (oncologue médical) ou un radiothérapeute (oncologue radiothérapeute).



**Chimiothérapeute** : le chimiothérapeute est un médecin spécialiste qui traite les cancers à l'aide de médicaments. Il existe trois types de traitements possibles : une **chimiothérapie\*** proprement dite (par des substances chimiques), une **hormonothérapie\*** (par des hormones) ou une **immunothérapie\*** (par la stimulation des défenses immunitaires de l'organisme). On parle aussi d'oncologue médical.

**Chirurgien** : le chirurgien est un médecin qui pratique des opérations pour diagnostiquer un cancer, enlever une tumeur, des tissus ou des organes atteints, assurer le fonctionnement correct d'un organe, remédier à certaines complications ou effectuer des réparations (chirurgie plastique). Certains médecins spécialistes (gastroentérologue, gynécologue, pédiatre...) sont aussi chirurgiens.

**Diététicien** : le diététicien est une personne qui prend en charge tous les problèmes diététiques et nutritionnels en rapport avec le cancer et ses traitements.

**Ergothérapeute** : l'ergothérapeute est spécialisé dans le traitement des troubles et des handicaps physiques ou psychiques. Il aide le patient à se réadapter et contribue à sa réinsertion dans son milieu professionnel. L'ergothérapeute propose diverses solutions techniques, qui peuvent aller de l'aménagement de l'habitat à la résolution de problèmes d'habillement. Il permet à la personne malade d'acquies, maintenir ou récupérer son autonomie.

**Gastroentérologue** : le gastroentérologue est un médecin spécialiste du tube digestif.

**Gynécologue** : le gynécologue est un médecin spécialiste de l'appareil génital de la femme.

**Hématologue** : l'hématologue est un médecin spécialiste des maladies du sang.

**Hôtesse d'accueil** : l'hôtesse d'accueil est une personne chargée de renseigner et d'orienter la personne malade et sa famille lors de leur arrivée à l'hôpital.

**Infirmier diplômé d'État (IDE)** : l'infirmier diplômé d'État (IDE) est chargé des soins aux personnes malades. L'infirmier peut exercer son activité au sein d'un établissement de soins ou en libéral. Le cadre infirmier assure la coordination des équipes infirmières d'un service hospitalier en veillant à la qualité des soins.

## *Les différents professionnels de santé*

**Manipulateur de radiologie** : le manipulateur de radiologie est un technicien responsable du maniement des appareils de radiologie\*. Il est spécialement formé en imagerie médicale. Il assiste le radiologue lors des examens d'imagerie\*.

**Manipulateur de radiothérapie** : le manipulateur de radiothérapie est un technicien responsable du maniement des appareils de radiothérapie\*. Il est également chargé de veiller au bon déroulement de la séance de radiothérapie en collaboration avec le physicien. Il s'occupe du patient en salle de traitement, l'aide à s'installer et vérifie que les régions à traiter sont bien délimitées. Il s'assure également que le patient ne présente pas de réactions anormales.

**Masseur-kinésithérapeute** : le masseur-kinésithérapeute aide à rééduquer différentes parties du corps grâce à des mouvements adaptés.

**Médecin généraliste** : le médecin généraliste est le médecin habituel du patient qui prend en charge ses différents problèmes de santé. Il a un rôle très important lors du diagnostic, du traitement et de la surveillance du cancer. Il fait le lien avec l'hôpital ou la clinique où est soigné le patient grâce aux contacts téléphoniques, comptes rendus d'examen et divers courriers. On parle aussi de médecin traitant.

**Oncologue** : l'oncologue est un médecin cancérologue plus particulièrement spécialisé dans les traitements du cancer par chimiothérapie\* ou radiothérapie\*. On parle d'oncologue médical (chimiothérapeute) ou d'oncologue radiothérapeute (radiothérapeute).

**Oncologue pédiatre** : l'oncologue pédiatre est un médecin spécialiste des cancers de l'enfant.

**Pharmacien** : le pharmacien est chargé de contrôler et de préparer les médicaments prescrits par les médecins. Il peut également donner des renseignements sur leurs effets secondaires, leur mode d'administration, etc.

**Psychiatre** : le psychiatre est un médecin spécialiste des maladies mentales. Il peut diagnostiquer et traiter les troubles psychopathologiques (anxiété\*, dépression\*, confusion, troubles du comportement et difficultés relationnelles, etc.). Il peut prescrire des médicaments psychotropes (antidépresseurs, etc.). Il reçoit aussi les patients ou leur famille en entretien pour un soutien ou un suivi psychothérapeutique. Lorsqu'il travaille en cancérologie, on parle aussi de psycho-oncologue ou d'oncopsychiatre.

**Psychologue** : le psychologue est un professionnel de l'écoute, formé à aider des personnes en situation de souffrance psychique, en entretien individuel ou en groupe. Il est diplômé en psychopathologie clinique et pathologique (DESS ou Master Professionnel). Il assure un soutien et un suivi psychothérapeutique des patients et de leur famille. Il est aussi à même de repérer la détresse liée à la maladie et à ses traitements et les troubles psychopathologiques. Lorsqu'il travaille en cancérologie, on parle aussi de psycho-oncologue ou d'oncopsychologue.

**Physicien** : le physicien est un spécialiste des appareils de **radiothérapie\*** ou de **radiologie\***. Lors d'une radiothérapie, il choisit en concertation avec le radiothérapeute les modalités précises du traitement, notamment la durée et la répartition des doses, ainsi que la protection des zones non traitées. On parle aussi de radiophysicien.

**Radiologue** : le radiologue est un médecin spécialiste qui réalise et interprète des images de parties du corps ou d'organes lors des examens radiologiques (ou examens d'imagerie), qui contribuent au diagnostic. Il existe différents examens radiologiques : **radiographie\***, **échographie\***, **scanner\***, **IRM\*** (Imagerie par Résonance Magnétique).

**Radiothérapeute** : le radiothérapeute est un médecin spécialiste du traitement des cancers par **radiothérapie\***. Certains radiothérapeutes peuvent être spécialisés en curiethérapie. On parle aussi d'oncologue radiothérapeute.

**Secrétaire médicale** : la secrétaire médicale accueille, renseigne et oriente la personne malade. Elle organise les rendez-vous de consultation, assure le contact avec l'équipe soignante et tient à jour le dossier médical du patient. On parle aussi d'assistante médicale.

**Sexologue** : le sexologue aide la personne malade et son conjoint à gérer les difficultés sexuelles liées à la maladie et ses traitements. On parle aussi de sexothérapeute.

**Stomathérapeute** : le stomathérapeute est un(e) infirmier(ère) spécialisé(e) dans la prise en charge des personnes dotées d'une **stomie\***.

**Urologue** (ou chirurgien urologue) : l'urologue (ou chirurgien urologue) est un médecin spécialiste des problèmes urinaires et génitaux, et en particulier du diagnostic, du traitement et de la surveillance des cancers urologiques : cancer du rein, de la vessie, de la prostate, des testicules, du pénis, etc. C'est lui qui opère le patient pour enlever la tumeur.

# *Les facteurs de risque de développement du cancer du rectum*

<b>Le risque moyen de cancer du rectum</b>	<b>42</b>
<b>Le risque élevé du cancer du rectum</b>	<b>43</b>
<b>Le risque très élevé de cancer du rectum</b>	<b>44</b>

Des études scientifiques (appelées *études épidémiologiques\**) ont cherché à savoir si certaines caractéristiques individuelles, certains comportements et habitudes de vie, sont observés plus fréquemment chez des patients ayant développé un cancer du rectum. On appelle ces caractéristiques des *facteurs de risque\**.

Même si un ou plusieurs de ces facteurs peuvent favoriser le développement d'un cancer du rectum, ils augmentent généralement assez peu le risque : un patient qui possède une ou plusieurs de ces caractéristiques peut ne jamais développer un cancer du rectum. En revanche, il est possible qu'un patient n'ayant aucune de ces caractéristiques en soit atteint. Les facteurs de risque ne permettent donc pas de déterminer les causes exactes à l'origine d'un cancer du rectum.

Les études scientifiques ont permis de distinguer différents types de facteurs de risque de développer un cancer du rectum. Ces risques sont classés en risque moyen, risque élevé et risque très élevé.

## **Le risque moyen de cancer du rectum**

L'âge est le principal facteur de risque de développer un cancer du rectum. De façon générale, le risque de développer un cancer augmente régulièrement avec l'âge. Environ 90 % des personnes qui ont un cancer du rectum sont âgées de plus de 50 ans. Ce type de cancer apparaît plus rarement chez des personnes plus jeunes.

Des études scientifiques se sont intéressées à l'effet néfaste des viandes et des graisses sur le développement du cancer du rectum. Mais elles n'ont pas pu conclure qu'une alimentation trop riche en

viande et en graisses favorise le développement d'un cancer du rectum. En revanche, l'effet protecteur des légumes, des fruits et de l'activité physique, tout comme l'effet nocif d'un apport excessif de calories et d'un surpoids ont clairement été établis.

**Pour prévenir le cancer colorectal, il est conseillé de consommer un fruit et un légume à chaque repas, d'effectuer environ trente minutes d'activité physique par jour, d'éviter le surpoids et de ne pas fumer.**

## Le risque élevé du cancer du rectum

Les **polypes\*** sont de petites excroissances de la muqueuse intestinale. Il arrive qu'elles deviennent cancéreuses avec le temps. Les polypes précurseurs du cancer sont des **adénomes\***. Enlever ces polypes permet d'éviter qu'un cancer du rectum se développe.

Le risque de développer un cancer du rectum est élevé chez :

- des personnes qui ont déjà eu un **adénome\*** de plus d'un centimètre ou un premier cancer du côlon ou du rectum ;
- des personnes (âgées de moins de 65 ans) dont un ou deux parents proches (père, mère, frère, sœur) ont eu un cancer du côlon ou du rectum ;
- des personnes atteintes de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (rectocolite ulcéro-hémorragique et maladie de Crohn).

Ces personnes sont suivies à l'aide de **coloscopies\*** régulières. Une consultation d'**oncogénétique\*** n'est pas nécessaire, sauf si le cancer est survenu avant l'âge de 50 ans. Dans ce cas, cette consultation permettra de rechercher si le patient est porteur d'un **gène\*** favorisant l'apparition d'un cancer du rectum et donc de déterminer une éventuelle origine génétique du cancer.

Des informations détaillées sur les propositions de surveillance des sujets à risque élevé de cancer du rectum sont disponibles dans la Fiche 4 : *Les propositions de surveillance des sujets à risque élevé et très élevé de cancer du rectum.*

# *Les facteurs de risque de développement du cancer du rectum*

## **Le risque très élevé de cancer du rectum**

Certaines personnes présentent un risque très élevé de développer un cancer du rectum :

- Les patients appartenant à une famille atteinte d'une maladie héréditaire très rare, la polypose adénomateuse familiale (abrégée en PAF). Cette maladie se caractérise par la formation de très nombreux **polypes\*** au niveau du rectum et du côlon. Avec le temps, ces polypes peuvent devenir cancéreux. Si la maladie n'est pas diagnostiquée et traitée, la personne a un fort risque de développer un cancer du rectum. Un peu moins de 1 % des cancers colorectaux sont dus à une PAF.
- Les patients appartenant à une famille atteinte de cancer colorectal héréditaire sans polypose, que l'on appelle syndrome de Lynch. Seulement 1 à 5 % des cancers colorectaux sont des cancers héréditaires sans polypose. Lorsqu'une personne présente un syndrome de Lynch, il est fréquent qu'elle développe d'autres cancers (cancer de l'utérus, de l'ovaire, des voies urinaires ou de l'estomac). Chez les patients porteurs d'un syndrome de Lynch et atteints de l'un de ces cancers, les études scientifiques recommandent une surveillance attentive du côlon et du rectum.

Ces cancers sont liés à une prédisposition génétique. Cette prédisposition est due à des **gènes\*** défectueux qu'un parent (père ou mère) peut transmettre à son enfant et qui peuvent provoquer chez lui un risque plus important de développer un cancer au cours de son existence. Les cancers liés à une prédisposition génétique sont toutefois peu nombreux (moins de 10 %).

Afin de rechercher ces gènes défectueux, des consultations d'**oncogénétique\*** sont ouvertes à certains patients atteints d'un cancer du rectum et éventuellement à leur famille. Cette recherche s'effectue à l'aide d'une prise de sang dont l'analyse permet de repérer la présence d'un gène susceptible de favoriser un cancer du rectum.

Le délai entre les examens et les résultats de l'analyse génétique est souvent très long.

Si le gène n'est pas mis en évidence, il est impossible de dire si un membre de la famille a des risques d'être atteint par la maladie.

Si le gène est repéré, tous les membres de la famille peuvent alors effectuer des analyses afin d'identifier les personnes porteuses de ce gène de celles qui ne le sont pas. Ces analyses permettent ainsi de prévoir si une personne présente ou non un risque de développer un cancer du rectum. Elles permettent également de prévoir si une personne risque de transmettre ce gène défectueux à ses descendants ou au contraire, de leur éviter une surveillance.

**Si vous êtes concerné par l'un de ces facteurs de risque, il est important d'en parler avec votre médecin : il procèdera à un dépistage précoce d'un cancer du rectum. Si quelque chose de suspect est détecté, votre médecin saura faire ce qu'il faut pour traiter le problème et éviter peut-être l'apparition d'un cancer.**

Des informations détaillées sur les propositions de surveillance des sujets à risque très élevé de cancer du rectum sont disponibles dans la Fiche 4 : *Les propositions de surveillance des sujets à risque élevé et très élevé du cancer du rectum.*

# Le dépistage

**Comment dépister un cancer du rectum chez une personne qui ne présente ni symptôme digestif, ni de risque familial ?** 46

**Comment dépister un cancer du rectum chez une personne sans symptôme digestif apparent, mais à risque héréditaire de cancer du rectum ?** 47

Un dépistage consiste à détecter un cancer avant qu'il ne soit palpable ou qu'il ne se traduise par un signe anormal.

Détectés tôt, certains cancers sont mieux traités, en permettant des traitements moins lourds et qui offrent plus de chances de guérison. Le but du dépistage est de détecter parmi des personnes *a priori* non malades, celles qui présentent des anomalies susceptibles d'être cancéreuses ou d'évoluer en cancer, afin de les traiter rapidement.

Le mode de dépistage varie en fonction de la présence ou non d'un risque familial de cancer du rectum.

## Comment dépister un cancer du rectum chez une personne qui ne présente ni symptôme digestif, ni de risque familial ?

Chez une personne qui ne présente pas de *symptôme\** digestif, le dépistage d'un cancer du rectum peut s'effectuer par :

- Un **toucher rectal\*** qui permet d'examiner le rectum en le palpant avec le doigt. C'est un examen *standard\**, c'est-à-dire qu'il est réalisé de manière systématique lorsqu'un patient se plaint de troubles digestifs (voir Fiche 5 : *Le toucher rectal*). Si le médecin perçoit quelque chose d'anormal, il prescrit alors une *rectoscopie\** ou une *coloscopie\** qui permettent d'examiner l'intérieur du rectum (voir Fiche 7 : *La rectoscopie* et Fiche 8 : *La coloscopie*).
- **La recherche de traces de sang** invisibles à l'œil nu dans les *selles\** grâce au test Hémocult®. En l'absence de maladie, les selles ne doivent contenir aucune trace de sang. Il arrive que des traces de



sang apparaissent dans les selles et que ces traces soient en lien avec un cancer. Ces traces de sang sont parfois invisibles à l'œil nu, ne sont pas liées à une douleur et ne sont donc pas toujours repérées. Si le test Hémocult® est positif, il doit être suivi d'une coloscopie.

Le test Hémocult® permet de diagnostiquer un cancer du rectum de façon précoce, même si la personne ne ressent aucun symptôme. Cet examen permet de détecter deux tiers des cancers, plus de la moitié des adénomes\* de plus de deux centimètres de diamètre et un tiers des adénomes de un à deux centimètres.

Ce test n'est proposé que dans le cadre des campagnes de dépistage de masse des cancers digestifs actuellement mises en place dans certains départements français. Il s'adresse à des personnes qui ne présentent pas de signe\* de la maladie. La majorité des personnes âgées de 50 à 74 ans qui ne présentent pas de symptôme digestif participent à ce dépistage, mais trop de personnes ne le font pas. Actuellement, en dehors de cette campagne de dépistage organisée, l'Hémocult® n'est pas remboursé par la Sécurité sociale.

## Comment dépister un cancer du rectum chez une personne sans symptôme digestif apparent, mais à risque héréditaire de cancer du rectum ?

Si un cancer du côlon ou du rectum a été décelé dans une famille, les membres de cette famille doivent se faire contrôler périodiquement. Un dépistage régulier par coloscopie est alors proposé.

Il est également possible de rechercher si ces personnes présentent des anomalies génétiques. Cette recherche peut s'effectuer à l'aide d'une prise de sang qui permet de repérer la présence d'un gène\* susceptible de favoriser un cancer du rectum. Elle permet de savoir si une personne présente ou non un risque de développer un cancer du rectum. Une consultation spécialisée est nécessaire pour savoir comment réaliser l'analyse génétique et comment dépister un éventuel cancer.

Des informations détaillées sur les propositions de surveillance des sujets à risque élevé de cancer du rectum sont disponibles dans la Fiche 4 : *Les propositions de surveillance des sujets à risque élevé et très élevé du cancer du rectum.*

# Les propositions de surveillance des sujets à risque élevé et très élevé de cancer du rectum

Le type de surveillance des sujets à risque (élevé ou très élevé) de cancer du rectum varie en fonction des antécédents personnels et familiaux de la personne.

## Propositions de surveillance des sujets à risque élevé de cancer du rectum

### Antécédents familiaux

Antécédents familiaux de cancer : **coloscopie** à partir de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du diagnostic du parent atteint si un parent proche (père, mère, frère, sœur, enfant) a été atteint avant 60 ans, ou si deux ou plusieurs parents proches sont atteints quel que soit l'âge du diagnostic.

- si la coloscopie est normale : nouvelle coloscopie de surveillance tous les 5 ans ;
- si un adénome est repéré à la coloscopie : nouvelle coloscopie de surveillance à 3 ans ;
- après 3 coloscopies normales espacées chacune de 5 ans, la surveillance peut être espacée.

Antécédents familiaux d'adénome\* : **coloscopie** à partir de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du diagnostic du parent si un parent proche a été atteint (père, mère, frère, sœur, enfants) avant 60 ans.

### Antécédents personnels

**Antécédents personnels de cancer du rectum ou d'adénome supérieur à 1 centimètre :**  
coloscopie 3 ans après la maladie.

- si la coloscopie est normale : nouvelle coloscopie de surveillance 5 ans après ;
- après 3 coloscopies normales espacées chacune de 5 ans, la surveillance peut être espacée.

**Antécédents de maladie inflammatoire chronique (recto-colite-hémorragique et maladie de Crohn) :**

- en cas de pancolite\* : coloscopie tous les 2-3 ans après 10 ans d'évolution de la maladie ;
- en cas de colite gauche : coloscopie tous les 2-3 ans après 15 ans d'évolution de la maladie.

## Propositions de surveillance des sujets à risque très élevé de cancer du rectum

### Recherche de gène défectueux :

- le gène n'est pas repéré : surveillance de tous les membres de la famille ;
- le gène est repéré : analyse génétique par prélèvement sanguin de tous les membres de la famille au premier degré. Si un membre de la famille ne présente pas le gène, le risque est le même que dans la population générale et un dépistage d'un cancer n'est alors pas nécessaire. Si le gène est repéré, un dépistage du cancer du rectum est nécessaire.

### Patient appartenant à une famille atteinte de PAF

(Polypose Adénomateuse Familiale)

- **rectoscopie/coloscopie** tous les ans à partir de l'âge de 10-12 ans (à partir de l'âge de 30 ans si la PAF atténuée), jusqu'à l'âge de 40 ans.

### Patient appartenant à une famille avec HNPCC

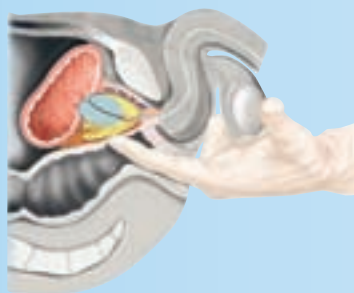
(*Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer*)

- **coloscopie** tous les deux ans à partir de l'âge de 20-25 ans ou 5 ans avant l'âge du cas le plus précoce dans la famille au moment du diagnostic ;
- **examen gynécologique** annuel après l'âge de 30 ans avec échographie endovaginale et frottis aspiratif endo-utérin.

# Le toucher rectal

<b>Qu'est-ce qu'un toucher rectal ?</b>	<b>50</b>
<b>Comment le médecin réalise-t-il un toucher rectal ?</b>	<b>50</b>
<b>Quelles sont les limites d'un toucher rectal ?</b>	<b>51</b>
<b>Quels sont les résultats obtenus lors d'un toucher rectal ?</b>	<b>51</b>

## Qu'est-ce qu'un toucher rectal ?



Le toucher rectal

Le mot rectal vient de rectum et désigne la partie de l'intestin qui se situe avant l'anus. Un toucher rectal consiste à palper le rectum pour l'examiner.

Le toucher rectal permet au médecin de détecter la présence de petites bosses sur la paroi du rectum.

## Comment le médecin réalise-t-il un toucher rectal ?

Un toucher rectal est toujours effectué par un médecin. Celui-ci doit introduire son index, recouvert d'un doigtier en latex, dans l'anus du patient. Ce doigtier est lubrifié par de la vaseline pour éviter que l'examen soit douloureux. Le rectum doit être vide. Aucune préparation particulière n'est en principe nécessaire même s'il est conseillé d'aller à la selle avant cet examen et si certaines personnes préfèrent faire un lavement préalable. L'index du médecin inspecte la paroi du rectum.

Le patient est généralement couché sur le dos, cuisses pliées. Cependant, cette position n'est pas systématique. Bien que cet examen soit le plus souvent indolore, il peut être désagréable ou source de

gêne pour certains patients. Le médecin sait que cet examen peut mettre mal à l'aise le patient, mais il est nécessaire de l'effectuer.

Un toucher rectal permet de préciser des éléments utiles au diagnostic :

- détecter des anomalies situées à la surface du rectum ;
- préciser l'endroit exact où se situe la tumeur. Il est important de repérer l'endroit où la tumeur est localisée dans le rectum. Cette information est nécessaire pour choisir ensuite les traitements ;
- apprécier la taille, le volume et l'aspect de la tumeur ;
- déterminer si la tumeur peut bouger ou si elle est fixée à la paroi du rectum ;
- étudier la contraction de l'anus.

## Quelles sont les limites d'un toucher rectal ?

**Un toucher rectal ne permet pas de détecter toutes les tumeurs qui peuvent se développer au niveau du rectum.**

Le toucher rectal ne révèle que des tumeurs que le médecin peut sentir sous son doigt (on parle de tumeurs palpables). Il permet de découvrir seulement deux tiers des tumeurs. Les tumeurs situées au-delà d'une dizaine de centimètres de l'anus sont peu ou pas accessibles. Un toucher rectal ne permet donc pas de détecter les tumeurs situées dans le haut du rectum. Il ne permet pas non plus d'examiner les ganglions.

L'expérience du médecin est importante pour que l'examen soit fiable. Pour ces raisons, le médecin peut demander d'effectuer des examens complémentaires (voir Fiche 3 : *Les examens complémentaires*).

## Quels sont les résultats obtenus lors d'un toucher rectal ?

- Si le toucher rectal est normal, on dit que l'examen est négatif.
- Si le médecin détecte une anomalie lors du toucher rectal, on dit que l'examen est positif. Le médecin doit faire réaliser une **rectoscopie\*** ou une **coloscopie\*** pour examiner l'intérieur du rectum, et un prélèvement de l'anomalie (**biopsie\***) afin d'établir le diagnostic.

# Les prélèvements

Qu'est-ce qu'un prélèvement ?	52
Pourquoi fait-on des prélèvements ?	52
Quel est le prélèvement le plus souvent effectué pour un cancer du rectum ?	53
Quelles sont les différentes techniques de prélèvement ?	53
Quel est l'objectif de l'examen au microscope ?	53

## Qu'est-ce qu'un prélèvement ?



L'examen au microscope

Un prélèvement consiste à enlever un fragment de **cellules\*** ou de **tissus\*** de l'anomalie trouvée au niveau du rectum ou dans l'**abdomen\***. Ce prélèvement est le plus souvent réalisé par un chirurgien au bloc opératoire ou au cours d'une **coloscopie\*** par un gastroentérologue (voir Fiche 1 : *Les différents professionnels de santé*). Le prélèvement est ensuite analysé au microscope\*.

## Pourquoi fait-on des prélèvements ?

Un prélèvement permet de faire un **examen anatomopathologique\***, c'est-à-dire une analyse au microscope des cellules ou des tissus de la tumeur. Cet examen, réalisé par un médecin anatomopathologiste (voir Fiche 1 : *Les différents professionnels de santé*), permet de déterminer si l'anomalie du rectum est cancéreuse ou non. C'est un élément indispensable au diagnostic.

## Quel est le prélèvement le plus souvent effectué pour un cancer du rectum ?

Dans le cas du cancer du rectum, le prélèvement le plus souvent réalisé est une biopsie.

Une biopsie consiste à prélever un fragment de **tissu\*** au niveau du rectum. Le fragment est découpé avec une petite pince. Les bouts de tissus prélevés font environ un millimètre de diamètre. Ils sont ensuite examinés au **microscope\*** (examen anatomopathologique).

## Quelles sont les différentes techniques de prélèvement ?

Pour un cancer du rectum, les prélèvements sont dans la majorité des cas réalisés par le gastroentérologue (voir Fiche 1 : *Les différents professionnels de santé*) lors d'une **rectoscopie\*** ou d'une **coloscopie\***.

Les techniques de prélèvement diffèrent selon l'endroit où est placée la tumeur\*.

Selon la technique utilisée, le prélèvement nécessite ou non une **anesthésie\*** générale.

Si le patient a une anesthésie générale, une consultation pré-anesthésique est obligatoire huit à dix jours avant l'intervention comme pour une chirurgie du cancer du rectum (voir paragraphe *Que faut-il faire avant une chirurgie du cancer du rectum ?*).

## Quel est l'objectif de l'examen au microscope ?

L'examen au microscope a pour but d'observer des cellules isolées (**cytologie\***) ou des fragments de tissus (**histologie\***) prélevés au niveau d'une anomalie du rectum.

## Les prélèvements

Très souvent, un examen cytopathologique (examen des cellules) ne permet pas de définir s'il s'agit d'un cancer. **Seul un examen histopathologique (examen des tissus) permet de conclure de façon définitive s'il s'agit ou non d'un cancer : c'est l'examen histopathologique qui apporte la preuve formelle.**

En fonction de l'anomalie et des examens réalisés, le compte rendu de l'examen au microscope (examen [anatomopathologique\\*](#)) mentionne :

- le type d'anomalie dont il s'agit (si celle-ci est cancéreuse ou non) ;
- s'il s'agit d'une tumeur cancéreuse, son type, son [grade\\*](#) ;
- si les ganglions prélevés sont envahis ou non par le cancer.

L'examen anatomopathologique nécessite quelques jours (deux à dix jours) pour envoyer le prélèvement au laboratoire qui va l'analyser, examiner les tissus et rédiger le compte rendu. Ce délai augmente s'il est nécessaire de compléter l'examen de base par des études supplémentaires pour affiner le diagnostic.

Il n'est pas possible d'obtenir les résultats des examens anatomopathologiques directement par le cabinet d'anatomopathologie. Celui-ci communique toujours les résultats au médecin qui a demandé cet examen. C'est lui qui informe le patient des résultats.



# La rectoscopie

Qu'est-ce qu'une rectoscopie ?	55
Pourquoi faire une rectoscopie ?	55
Que faut-il faire avant une rectoscopie ?	56
Comment se déroule une rectoscopie ?	56

## Qu'est-ce qu'une rectoscopie ?

Une rectoscopie est un examen qui permet d'observer l'intérieur du rectum en y introduisant un tube souple sur lequel est fixée une petite caméra munie d'une lumière : un endoscope.

Si le patient a été opéré, cet examen ne peut être réalisé que si le chirurgien a laissé en place une partie du rectum et le sphincter anal.

Une rectoscopie doit être faite systématiquement si le médecin a décelé une anomalie lors d'un toucher rectal : il s'agit d'un examen **standard\***.

## Pourquoi faire une rectoscopie ?

Une rectoscopie permet de :

- faire des **biopsies\*** si nécessaire. De petits échantillons de tissu sont prélevés, puis sont examinés au microscope (**examen anatomopathologique\***), ce qui permet de repérer ou non la présence de cellules cancéreuses. Ce prélèvement n'est pas douloureux (voir Fiche 6 : *Les prélèvements*) ;
- examiner l'aspect de la tumeur ;
- préciser où est située la tumeur et quelle est sa taille ;
- évaluer la distance entre la partie inférieure de la tumeur et de l'anus. Cet élément est important pour déterminer le type de chirurgie que va subir le patient ;
- après une chirurgie, vérifier la suture entre les deux parties de l'intestin (l'**anastomose\***).

## La rectoscopie

Le jour de l'examen, il est nécessaire d'apporter tous les autres documents radiologiques ([scanner\\*](#), [IRM\\*](#), [coloscopie\\*](#)), ainsi que les résultats d'examens concernant l'[abdomen\\*](#) ([prélèvements\\*](#), [biopsies\\*](#), comptes rendus de chirurgie). Ces documents permettent au gastroentérologue de bien étudier les anomalies qui ont conduit à prescrire cet examen. Si le médecin repère une anomalie, l'analyse de ces documents peut l'expliquer et éviter ainsi des examens plus approfondis.

Il est important de signaler les opérations chirurgicales antérieures.

Il est également nécessaire d'apporter ses documents administratifs (carte vitale et son attestation, pièce d'identité, papiers de prise en charge à 100 % si c'est le cas, carte de mutuelle), l'ordonnance ou la lettre du médecin.

Les patients venant de l'étranger et appartenant aux pays de l'Union européenne doivent se munir de la carte vitale européenne de santé. Pour les patients venant de pays n'appartenant pas à l'Union européenne, il est demandé une avance des frais.

### Que faut-il faire avant une rectoscopie ?

Une rectoscopie ne nécessite pas de préparation particulière. Il est cependant conseillé d'aller à la selle avant l'examen. Une rectoscopie peut être réalisée en [ambulatoire\\*](#) et ne nécessite donc pas d'hospitalisation. Un petit lavement est en général réalisé quelques minutes avant l'examen.

### Comment se déroule une rectoscopie ?

Après avoir signalé son arrivée à l'accueil du service de [gastroentérologie\\*](#), le patient est dirigé vers la salle d'attente. L'équipe médicotechnique s'efforce de limiter l'attente en apportant un soin particulier au respect des horaires. Toutefois, il existe des imprévus qui peuvent désorganiser le planning et prolonger l'attente.

Le patient entre dans la salle d'examen où il est allongé sur une table. Le médecin insère délicatement un tube souple dans le rectum. Le tube (appelé endoscope) contient un faisceau de fibres qui conduisent les rayons lumineux et permettent au médecin de regarder l'intérieur du rectum.

Avant et après chaque utilisation, le matériel utilisé est désinfecté selon des protocoles stricts garants de l'absence de risque.

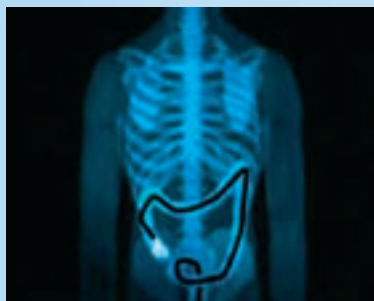
L'examen dure en moyenne cinq à dix minutes. Bien que cet examen soit le plus souvent indolore, il peut être désagréable, voire un peu douloureux ou source de gêne pour certains patients.

Après l'examen, le patient retourne chez lui sans surveillance particulière.

# La coloscopie

Qu'est-ce qu'une coloscopie ?	58
Pourquoi faire une coloscopie ?	58
Que faut-il faire avant une coloscopie ?	60
Comment se déroule une coloscopie ?	60
Comment le médecin enlève-t-il les polypes lors d'une coloscopie ?	61
Quelles sont les éventuelles complications d'une coloscopie ?	61
Comment obtient-on les résultats ?	62

## Qu'est-ce qu'une coloscopie ?



Trajet de l'endoscope pendant une coloscopie

Une coloscopie est un examen qui permet d'observer l'intérieur du rectum et la totalité du côlon en y introduisant un tube souple sur lequel est fixée une petite caméra munie d'une lumière : un endoscope.

La coloscopie est l'examen **standard\*** pour détecter des lésions du côlon, cancéreuses ou non.

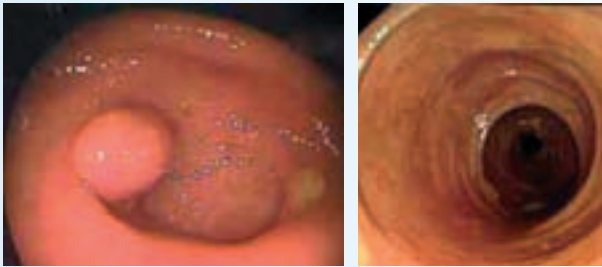
## Pourquoi faire une coloscopie ?

Une coloscopie permet de :

- déterminer l'origine des **symptômes\*** décrits par le patient ;
- dépister des lésions précancéreuses du côlon ;
- mettre en évidence les lésions cancéreuses ou non du côlon ;

- enlever des polypes\* s'il y en a ;
- prélever des tissus pour les examiner ensuite au microscope (biopsie\*).

Les polypes sont de petites excroissances de la muqueuse intestinale. Il arrive qu'elles deviennent cancéreuses avec le temps. Enlever ces polypes permet d'éviter qu'un cancer du côlon ou du rectum se développe.



Côlon avec et sans polype vu pendant une coloscopie

Le jour de l'examen, il est nécessaire d'apporter tous les autres documents radiologiques (scanner\*, IRM\*), ainsi que les résultats d'examens concernant l'abdomen\* (prélèvements\*, biopsies\*, comptes rendus de chirurgie). Ces documents permettent au radiologue de bien étudier les anomalies qui ont conduit à prescrire cet examen. Si le radiologue repère une anomalie, l'analyse de ces documents peut l'expliquer et éviter ainsi des examens plus approfondis.

Il est important de signaler les opérations chirurgicales antérieures.

Il est également nécessaire d'apporter ses documents administratifs (carte vitale et son attestation, pièce d'identité, papiers de prise en charge à 100 % si c'est le cas, carte de mutuelle), l'ordonnance ou la lettre du médecin.

Les patients venant de l'étranger et appartenant aux pays de l'Union européenne doivent se munir de la carte vitale européenne de santé. Pour les patients venant de pays n'appartenant pas à l'Union européenne, il est demandé une avance des frais.

### Que faut-il faire avant une coloscopie ?

Le jour de la coloscopie, il est nécessaire d'être à jeun pour l'anesthésie\*, autrement dit de ne pas boire, ne pas manger et ne pas fumer à partir de minuit la veille de l'examen.

Le côlon doit être parfaitement propre pour permettre un examen précis et enlever des polypes si nécessaire. De la qualité de la préparation dépend la qualité de la coloscopie.

Le médecin prescrit au patient un laxatif\* afin de vider le côlon. Le laxatif se présente le plus souvent sous la forme d'un liquide très salé assez désagréable à boire, à prendre la veille de l'examen. D'anciens patients conseillent de le boire très frais afin d'atténuer le goût salé.

Le plus souvent, un régime alimentaire sans fruits et légumes est associé à cette purge. Il est recommandé de suivre scrupuleusement les instructions fournies par le médecin. Parfois, malgré le bon suivi des consignes, la préparation s'avère insuffisante pour bien nettoyer le côlon. Dans ce cas, l'examen peut être arrêté. Il est soit reprogrammé, soit remplacé par un examen radiologique\*.

Le laxatif modifie parfois l'effet de certains médicaments, notamment la pilule contraceptive. Le médecin peut donner des renseignements à ce sujet.

### Comment se déroule une coloscopie ?

Après avoir signalé son arrivée à l'accueil du service de gastroentérologie\*, le patient est dirigé vers la salle d'attente. L'équipe médicotechnique s'efforce de limiter l'attente en apportant un soin particulier au respect des horaires. Toutefois, il existe des imprévus qui peuvent désorganiser le planning et prolonger l'attente.

Le patient entre dans la salle d'examen où il est allongé sur une table.

Dans un souci de confort, une coloscopie est le plus souvent réalisée sous anesthésie\* générale.

Si le patient bénéficie d'une anesthésie générale, une consultation pré-anesthésique est obligatoire huit à dix jours avant l'intervention comme pour une chirurgie du cancer du rectum.

Lorsque l'état général du patient ne permet pas d'effectuer une anesthésie générale, un calmant lui est administré avant de commencer la coloscopie.

Une fois le patient endormi, le médecin insère délicatement l'endoscope dont le faisceau de fibres conduit des rayons lumineux. Ceux-ci permettent au médecin d'examiner l'intérieur du rectum et du côlon.

La paroi du côlon est plissée. Afin de la déplisser et d'examiner ses moindres recoins, le médecin insuffle de l'air dans l'intestin pendant l'examen.

Le matériel utilisé est à usage unique ou désinfecté après chaque utilisation.

Une coloscopie peut se faire en **ambulatoire\*** ou en étant hospitalisé. La plupart des personnes rentrent chez elles quelques heures après l'examen. Il est nécessaire qu'elles soient accompagnées pour le retour.

## Comment le médecin enlève-t-il les polypes lors d'une coloscopie ?

Lorsque l'examen révèle la présence de polypes, le médecin les enlève le plus souvent à l'aide d'une pince à biopsie ou d'une anse diathermique, sorte de lasso qui coupe le polype à sa base. Une **cautérisation\*** permet de stopper les saignements.

## Quelles sont les éventuelles complications d'une coloscopie ?

Juste après l'examen, voire pendant les quelques jours qui suivent, le patient peut ressentir des douleurs abdominales. Une prescription médicale adaptée (médicament de type Spasfon®) permet de soulager le patient. Plus rarement, l'apparition de sang dans les **selles\***, une fièvre, des frissons, de fortes douleurs abdominales amènent le patient à consulter l'équipe qui a réalisé l'examen ou son médecin traitant.

## La coloscopie

Les complications liées à une coloscopie sont rares, mais peuvent être graves. Ce peut être :

- une perforation de la paroi intestinale ;
- une hémorragie notamment après l'ablation de polypes ;
- des troubles cardio-vasculaires et respiratoires ;
- des infections\*.

Si la paroi intestinale est perforée ou s'il y a une hémorragie, une intervention chirurgicale doit parfois être pratiquée. Une hémorragie peut nécessiter des transfusions de sang.

**Après une coloscopie, en présence de sang dans les selles, de fièvre, de frissons, de fortes douleurs au niveau du ventre, une consultation rapide est indispensable, soit auprès de son médecin traitant, soit auprès du médecin qui a réalisé l'examen.**

### Comment obtient-on les résultats ?

Le gastroentérologue explique au patient ce qu'il a vu lors de l'examen. Dans certains cas, il n'est pas possible de donner d'emblée un diagnostic définitif. Lorsque des **adénomes\*** ont été détectés, ils ont été prélevés afin d'être analysés. L'**examen anatomopathologique\*** permet de conclure de façon définitive s'ils sont cancéreux ou non.

Le gastroentérologue envoie un compte rendu au médecin qui a prescrit l'examen. Il est important que le patient conserve soigneusement ce compte rendu qui sera utile lors des examens suivants.

Le patient ne doit pas hésiter à poser toutes les questions qui le préoccupent à l'équipe médicale.



# L'échographie

Qu'est-ce qu'une échographie ?	63
Pourquoi faire une échographie ?	63
Qu'est-ce qu'une échographie de l'abdomen ?	65
Qu'est-ce qu'une échographie endorectale ?	66
Comment obtient-on les résultats ?	67

## Qu'est-ce qu'une échographie ?

Une échographie\* est un examen d'imagerie qui utilise des ultrasons (sons inaudibles pour l'oreille humaine) pour produire des images d'une partie du corps ou de certains organes. Cet examen est pratiqué par un médecin radiologue ou gastroentérologue (voir Fiche 1 : *Les différents professionnels de santé*).

## Pourquoi faire une échographie ?

Une échographie est très utile pour :

- repérer une tumeur et pressentir si cette tumeur risque d'être maligne\* ou non ;
- décrire de façon très fiable des caractéristiques de la tumeur comme sa taille et le type de tumeur (liquide, solide, pleine ou mixte) ;
- guider des prélèvements\*.

Cet examen complète et précise les images obtenues par d'autres examens.

Une échographie présente aussi l'avantage de fournir des images visibles immédiatement. L'échographie permet ainsi de comparer ce que l'on sent avec les doigts (lors de la palpation) et ce que l'on voit sur l'écran.

## L'échographie

Une échographie n'utilise pas de rayons X\* et n'est pas douloureuse même si parfois, le médecin appuie fortement sur l'abdomen pour mieux voir. Il est possible de répéter cet examen autant de fois que nécessaire, sans risque pour le patient.

Le jour de l'examen, il est demandé de ne pas appliquer de produit cosmétique sur la peau (crème, lait de toilette, parfum, talc). Pour les femmes, porter une robe n'est pas toujours adapté : la patiente sera plus à l'aise habillée avec un haut et une jupe ou un pantalon.

Il est nécessaire d'apporter tous les autres documents radiologiques (scanner\*, IRM\*), ainsi que les résultats d'examens concernant l'abdomen (prélèvements\*, biopsies\*, comptes rendus de chirurgie). Ces documents permettent au radiologue de bien étudier les anomalies qui ont conduit à prescrire cet examen. Si le médecin repère une anomalie, l'analyse de ces documents peut l'expliquer et éviter ainsi des examens plus approfondis.

Il est important de signaler les opérations chirurgicales antérieures.

Il est également nécessaire d'apporter ses documents administratifs (carte vitale et son attestation, pièce d'identité, papiers de prise en charge à 100 % si c'est le cas et carte de mutuelle), l'ordonnance ou la lettre du médecin.

Les patients venant de l'étranger et appartenant aux pays de l'Union européenne doivent se munir de la carte vitale européenne de santé. Pour les patients venant de pays n'appartenant pas à l'Union européenne, il est demandé une avance des frais.

Il existe différents types d'échographie. Une échographie abdominale permet d'examiner tout l'abdomen\*. Une échographie endorectale permet d'examiner l'intérieur du rectum.

## Qu'est-ce qu'une échographie de l'abdomen ?

Une échographie de l'abdomen est un examen qui permet au médecin radiologue ou gastroentérologue d'obtenir des images de l'abdomen.

### ■ Que faut-il faire avant une échographie de l'abdomen ?

Avant de réaliser une échographie de l'abdomen, il n'est pas nécessaire de suivre un régime particulier. Il arrive que le médecin demande d'être à jeun : la présence de gaz et les aliments repérés dans l'estomac ou l'intestin peuvent en effet gêner l'examen.

### ■ Comment se déroule une échographie de l'abdomen ?

Après avoir signalé son arrivée à l'accueil du service de radiologie\* ou de gastroentérologie\*, le patient est dirigé vers la salle d'attente. L'équipe médicotechnique s'efforce de limiter l'attente en apportant un soin particulier au respect des horaires. Toutefois, il existe des imprévus qui peuvent désorganiser le planning et prolonger l'attente du patient.

Un manipulateur\* de radiologie recueille la lettre du médecin et les anciens examens. Il installe le patient dans la salle d'examen et lui explique le déroulement de l'examen.

Le radiologue, ou le gastroentérologue, interroge le patient et répond à ses éventuelles questions. Il prend connaissance du courrier du médecin qui a demandé l'échographie et éventuellement, du compte rendu des autres examens.



L'échographie abdominale

Il applique ensuite un gel permettant un bon contact entre la peau et la sonde d'échographie. Ce gel est hypoallergénique ; par conséquent, une allergie au produit est exceptionnelle. Puis il déplace une sonde qui émet des ultrasons\* et qui renvoie des images sur un écran placé à ses côtés. Il examine ainsi toute la cavité abdominale (intestins, foie, etc.). Le médecin explique au patient ce qu'il voit sur l'écran.

# L'échographie

L'échographie dure en moyenne cinq à dix minutes. Le gastroentérologue ou le radiologue prend des photos de ce qu'il voit à l'écran.

Après l'examen, le patient retourne chez lui sans surveillance particulière.

## Qu'est-ce qu'une échographie endorectale ?

Une échographie endorectale (à l'intérieur du rectum), parfois abrégé en EER, est un examen qui permet au médecin radiologue ou gastroentérologue de visualiser l'intérieur du rectum grâce à l'introduction d'une sonde échographique.

La sonde, introduite par l'anus, est d'une taille identique au doigt d'une main. Elle est rigide et lubrifiée.

Il est possible de répéter cet examen autant de fois que nécessaire sans risque. Une échographie endorectale est désagréable, mais n'est pas douloureuse.

Une échographie endorectale est un **examen standard\*** qui permet :

- d'évaluer l'**extension\*** de la tumeur au niveau du rectum ;
- de vérifier la présence ou non de récurrence dans des zones proches du rectum ;
- d'évaluer si des **ganglions\*** autour du rectum sont envahis ou non par les cellules cancéreuses ;
- de préciser la situation et la taille de la tumeur ;
- d'évaluer la distance entre la partie inférieure de la tumeur et l'anus. Cet élément est important pour déterminer le type de chirurgie dont va bénéficier le patient ;
- de faire des **biopsies\***.

Une échographie endorectale n'est possible que dans le cas où le patient a bénéficié d'une chirurgie conservatrice du sphincter anal.

### ■ Que faut-il faire avant une échographie endorectale ?

Un lavement est nécessaire quinze minutes avant l'examen. Il n'est pas nécessaire d'être à jeun.

## ■ Comment se déroule une échographie endorectale ?

Après avoir signalé son arrivée à l'accueil du service de gastroentérologie\* ou de radiologie\*, le patient est dirigé vers la salle d'attente. L'équipe médicotechnique s'efforce de limiter l'attente en apportant un soin particulier au respect des horaires. Toutefois, il existe des imprévus qui peuvent désorganiser le planning et prolonger l'attente du patient.

Le gastroentérologue, ou le radiologue, interroge le patient et répond à ses éventuelles questions. Il prend connaissance du courrier du médecin qui a demandé l'échographie et éventuellement, du compte rendu des autres examens.

En général, une échographie endorectale débute par un **toucher rectal\*** (voir Fiche 5 : *Le toucher rectal*) qui permet au médecin d'examiner le rectum, mais aussi de lubrifier le canal pour que l'introduction de la sonde soit la moins inconfortable possible. Pour en faciliter l'introduction, le médecin peut demander au patient de « pousser » la sonde, comme s'il voulait aller aux toilettes.

Le gastroentérologue, ou le radiologue, examine et prend des photos de ce qu'il voit à l'écran, tout en l'expliquant au patient.

En moyenne, l'examen dure une dizaine de minutes.

Après l'examen, le patient retourne chez lui sans surveillance particulière.

## Comment obtient-on les résultats ?

Le gastroentérologue, ou le radiologue, explique au patient ce qu'il repère lors de l'examen clinique et de l'échographie. Dans certains cas, il n'est pas possible de donner d'emblée un diagnostic définitif.

Le médecin examine les images de l'échographie et les transmet au radiothérapeute et au chirurgien. Cet échange est très important pour mettre en place d'éventuels traitements. Dans la mesure du possible, il donne immédiatement les résultats au patient sous la forme d'un compte rendu. Il est important que le patient le conserve soigneusement : il sera utile lors des examens suivants. Le médecin envoie également ce compte rendu au médecin qui a prescrit l'examen.

Le patient ne doit pas hésiter à poser toutes les questions qui le préoccupent à l'équipe médicale.

# *La radiographie du rectum et le lavement baryté*

<b>Qu'est-ce qu'une radiographie du rectum ?</b>	<b>68</b>
<b>Pourquoi faire une radiographie du rectum ?</b>	<b>68</b>
<b>Que faut-il faire avant une radiographie du rectum ?</b>	<b>69</b>
<b>Comment se déroule une radiographie du rectum ?</b>	<b>70</b>
<b>Comment obtient-on les résultats ?</b>	<b>70</b>

## **Qu'est-ce qu'une radiographie du rectum ?**

Une radiographie du rectum est un examen d'imagerie\* qui permet d'obtenir des images de l'intérieur du rectum grâce à un appareil à rayons X\*.

## **Pourquoi faire une radiographie du rectum ?**

Une radiographie du rectum permet de repérer une éventuelle tumeur, notamment si celle-ci n'est pas accessible par un toucher rectal\*. La repérer permet de choisir au mieux le traitement à réaliser.

Pour repérer une tumeur du rectum, une coloscopie\* donne de meilleurs résultats qu'une radiographie avec un lavement baryté\*. Cependant, lorsqu'une coloscopie est contre-indiquée, qu'elle est difficile ou incomplète (patient âgé, autres maladies), la radiographie avec lavement baryté reste un examen très utile.

Le jour de l'examen, il est nécessaire d'apporter tous les autres documents radiologiques (scanner\*, IRM\*), ainsi que les résultats d'examens concernant l'abdomen (prélèvements\*, biopsies\*, comptes rendus de chirurgie). Ces documents permettent au radiologue de bien étudier les anomalies qui ont conduit à prescrire cet examen. Si le radiologue repère une anomalie, l'analyse de ces documents peut l'expliquer et éviter ainsi des examens plus approfondis.

Il est important de signaler les opérations chirurgicales antérieures. Il est également nécessaire d'apporter ses documents administratifs (carte vitale et son attestation, pièce d'identité, papiers de prise en charge à 100 % si c'est le cas et carte de mutuelle), l'ordonnance ou la lettre du médecin.

Les patients venant de l'étranger et appartenant aux pays de l'Union européenne doivent se munir de la carte vitale européenne de santé. Pour les patients venant de pays n'appartenant pas à l'Union européenne, il est demandé une avance des frais.

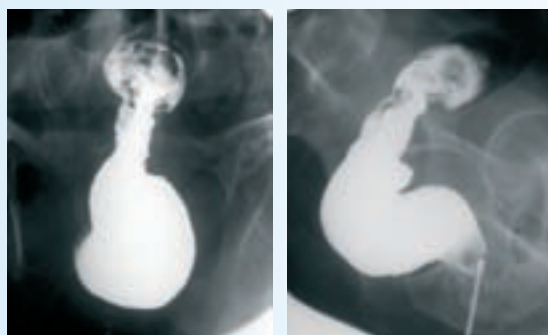
## Que faut-il faire avant une radiographie du rectum ?

Lors de l'examen, il n'est pas nécessaire d'être à jeun.

Une radiographie du rectum nécessite une préparation particulière : **un lavement baryté**. Ce lavement consiste à injecter par l'anus du baryum et de l'air dans les intestins.

Le baryum est un liquide opaque qui apparaît blanc à la radiographie et se voit donc clairement. Le médecin peut alors suivre son passage le long des intestins. D'éventuelles zones anormales peuvent ainsi être repérées et bien localisées. Il est important d'essayer de garder le baryum dans l'intestin tant que l'examen n'est pas terminé.

Le lavement baryté réalisé pour les tumeurs du rectum permet notamment de mieux préciser leur hauteur.



Lavement baryté de face et de profil

## *La radiographie du rectum et le lavement baryté*

Si le médecin pense qu'une **fistule\*** s'est créée, le lavement baryté est contre-indiqué, mais un autre produit peut être utilisé : la gastrographine.

Quelques jours après un lavement baryté, les **selles\*** sont blanches. Cela n'est pas grave : il s'agit du baryum qui est évacué. Le baryum peut engendrer une constipation. Dans ce cas, le médecin prescrit un laxatif.

### **Comment se déroule une radiographie du rectum ?**

Après avoir signalé son arrivée à l'accueil, le patient est dirigé vers la salle d'attente. L'équipe médicotechnique s'efforce de limiter l'attente en apportant un soin particulier au respect des horaires. Toutefois, des imprévus peuvent désorganiser le planning et prolonger l'attente du patient.

Le **manipulateur\*** de radiologie conduit le patient dans la salle de radiologie et lui explique le déroulement de l'examen.

Après avoir reçu le lavement, le patient est positionné correctement contre l'appareil. Les plaques sont souvent froides.

Plusieurs clichés sont réalisés. L'examen dure quelques minutes. Après l'examen, le patient peut retourner chez lui, sans surveillance particulière. La quantité de rayons utilisée pour obtenir l'examen est extrêmement faible. Cet examen est sans risque pour le patient.

### **Comment obtient-on les résultats ?**

Le médecin examine les images de la radiographie. Dans la mesure du possible, il donne immédiatement les résultats au patient. Il envoie également un compte rendu au médecin qui a prescrit l'examen. Il est important que le patient conserve soigneusement ce compte rendu qui sera utile lors des examens suivants.

Le patient ne doit pas hésiter à poser toutes les questions qui le préoccupent à l'équipe médicale.



# La radiographie des poumons

<b>Qu'est-ce qu'une radiographie des poumons ?</b>	<b>71</b>
<b>Que faut-il faire avant une radiographie des poumons ?</b>	<b>71</b>
<b>Comment se déroule une radiographie des poumons ?</b>	<b>72</b>
<b>Quels résultats une radiographie des poumons permet-elle d'obtenir ?</b>	<b>72</b>

## Qu'est-ce qu'une radiographie des poumons ?

Une radiographie des poumons (ou radiographie pulmonaire) est un examen d'imagerie\* qui permet d'obtenir des images des poumons, de face et de profil, à l'aide d'un appareil à rayons X\*. La quantité de rayons utilisée pour obtenir ces photographies (ou clichés) est extrêmement faible. Cet examen est sans risque pour le patient.

Cet examen se déroule dans un cabinet radiologique ou à l'hôpital.

## Que faut-il faire avant une radiographie des poumons ?

Une radiographie des poumons ne nécessite pas de préparation particulière.

Le jour de l'examen, il est conseillé d'apporter :

- les anciennes radiographies et autres résultats d'examens ;
- ses documents administratifs : carte vitale, pièce d'identité, papiers de prise en charge à 100 % si c'est le cas, carte de mutuelle.

Les patients venant de l'étranger et appartenant aux pays de l'Union européenne doivent se munir de la carte vitale européenne de santé. Pour les patients étrangers issus de pays n'appartenant pas à l'Union européenne, il est demandé une avance des frais.

## Comment se déroule une radiographie des poumons ?

Après avoir signalé son arrivée à l'accueil, le patient est dirigé vers la salle d'attente. L'équipe médicotechnique s'efforce de limiter l'attente en apportant un soin particulier au respect des horaires. Toutefois, des imprévus peuvent désorganiser le planning et prolonger l'attente du patient.

Le manipulateur\* de radiologie conduit le patient dans la salle de radiologie et lui explique le déroulement de l'examen. Le radiologue ou le manipulateur positionne le patient correctement contre l'appareil : il est installé devant les plaques de l'appareil, torse nu. Ces plaques sont souvent froides.

En principe, deux clichés (un de face et un de profil) sont réalisés pendant que le patient inspire profondément. Il arrive que le médecin demande des clichés supplémentaires pour préciser une zone qu'il a du mal à distinguer.

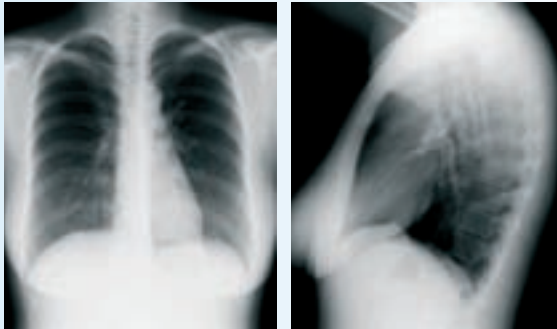
L'examen dure quelques minutes. Après l'examen, le patient peut retourner chez lui, sans surveillance particulière.

## Quels résultats une radiographie des poumons permet-elle d'obtenir ?

Les anomalies des poumons qui apparaissent sur la radiographie sont décrites comme des taches, des nodules\* ou des opacités. Toutes les anomalies ne sont toutefois pas le signe d'un cancer.

Certaines anomalies sont parfois difficiles à détecter du fait de leur localisation ou de leur petite taille. La radiographie pulmonaire ne permet pas toujours de distinguer une tumeur, ni de définir si celle-ci est bénigne\* ou non.

Lorsque le radiologue et le pneumologue regardent le cliché de radiographie à la recherche d'une anomalie, on dit qu'ils interprètent la radiographie. Les clichés peuvent être interprétés par deux radiologues différents.



Clichés radiographiques du thorax  
de face et de profil

Après son interprétation, le radiologue envoie un compte rendu des résultats au médecin qui a demandé l'examen, ainsi qu'au pneumologue. C'est le médecin qui a demandé l'examen qui informe le patient des résultats de la radiographie des poumons.

# *L'ordre et le choix des traitements du cancer du rectum*

**Comment est fait le choix des traitements ?** 74

**Qu'est-ce qu'un essai thérapeutique ?** 76

## **Comment est fait le choix des traitements ?**

Les études scientifiques ont permis d'évaluer de nouveaux traitements ou de nouvelles associations de traitements, et de voir dans quel ordre ils étaient le plus efficaces. Ces études ont également permis de comparer leurs avantages et leurs inconvénients par rapport aux traitements habituels.

Lorsque ces études ont montré que, pour une situation donnée, il existe un traitement qui présente plus d'avantages par rapport aux autres, on parle de traitement **standard\***. Il s'agit du traitement de référence. Le traitement standard est alors proposé de façon systématique dans cette situation. Il arrive cependant que le médecin ne puisse pas l'appliquer du fait de facteurs particuliers liés au patient ou à sa maladie. Le médecin propose alors un ou plusieurs traitements mieux adaptés à la situation.

Souvent, plusieurs traitements ont des bénéfices et des inconvénients comparables. Lorsque les études scientifiques n'ont pas pu identifier un traitement dont les avantages et les inconvénients sont préférables à ceux des autres traitements, plusieurs possibilités existent alors. Ce sont des **options\***.

Dans le choix des traitements, les médecins tiennent compte de plusieurs critères :

- le type de cancer et son **stade d'évolution\*** ;
- la localisation de la tumeur ;
- l'âge du patient ;
- son état de santé et ses **antécédents\*** médicaux et chirurgicaux ;
- les éventuels **effets secondaires\*** ;

- l'avis du patient ;
- l'existence d'essais thérapeutiques\* dont il pourrait bénéficier.



Équipe pluridisciplinaire

Les différents traitements, leurs avantages et leurs inconvénients sont discutés par une équipe pluridisciplinaire. Le stade de la maladie et l'ensemble des autres critères médicaux (âge, antécédents, état général du patient) sont pris en compte. De nombreux professionnels de santé composent l'équipe soignante pluridisciplinaire chargée de s'occuper du patient.

Cette équipe, appelée **unité de concertation pluridisciplinaire\***, associe le plus souvent un gastroentérologue, un chirurgien, un radiologue, un oncologue médical (ou chimiothérapeute), un radiothérapeute, un anesthésiste, un anatomopathologiste ou pathologiste, un psychiatre, un psychologue, un masseur-kinésithérapeute, etc.

Des informations détaillées sur ces différents professionnels de santé se trouvent dans la Fiche 1 : *Les différents professionnels de santé.*

Il est conseillé de traiter un cancer dans un établissement spécialisé qui dispose d'une unité de concertation pluridisciplinaire et qui fait partie d'un réseau de cancérologie.

Le médecin explique les avantages et les inconvénients du ou des traitements que l'unité de concertation pluridisciplinaire propose au patient. Cela permet de choisir le traitement le mieux adapté à sa situation et de favoriser une décision partagée avec la personne malade.

L'avis du patient est très important pour le choix final du traitement. Le patient s'appuie sur l'information que lui a apportée son médecin sur les différentes possibilités de traitements, leurs modalités, leur efficacité (chances de guérison) et leurs inconvénients (conséquences sur la qualité de vie). Le médecin a bien sûr un rôle essentiel de conseil objectif. Il doit permettre au patient de rencontrer d'autres spécialistes (gastroentérologues, oncologues, patients déjà traités) pour avoir un autre avis s'il le souhaite.

## *L'ordre et le choix des traitements du cancer du rectum*

La personne malade ne doit pas hésiter à dialoguer avec son médecin. Il est important qu'elle lui pose toutes les questions qui la préoccupent. D'anciens patients suggèrent d'écrire à l'avance une liste de questions, ce qui permet de ne pas les oublier au moment de la consultation.

L'ordre des traitements du cancer est défini par l'équipe médicale pluridisciplinaire en fonction du stade de la maladie et de l'état général du patient.

### **Qu'est-ce qu'un essai thérapeutique ?**

Dans certains cas, le médecin propose au patient de participer à un essai thérapeutique. Un essai thérapeutique a pour but de tester un nouveau traitement si celui-ci est susceptible d'apporter un avantage par rapport aux traitements habituellement utilisés (meilleures chances de guérison, diminution des **effets secondaires\***, amélioration de la qualité de vie). Il peut avoir également comme objectif d'évaluer précisément certains aspects d'un traitement déjà connu.

Le médecin explique les objectifs et les bénéfices attendus de l'étude, le ou les traitements utilisés et leurs effets secondaires éventuels, ainsi que les examens de surveillance à réaliser. Un patient qui participe à un essai thérapeutique est davantage suivi. Seuls les patients qui le souhaitent, participent à un essai thérapeutique. Ils doivent donner leur accord par écrit et peuvent revenir sur leur décision à tout moment et quitter l'étude.

Des informations détaillées sur les essais thérapeutiques se trouvent sur le site de la FNCLCC à l'adresse suivante :

[http://www.fnclcc.com/fr/essais\\_cliniques/specialiste/info\\_patients.php](http://www.fnclcc.com/fr/essais_cliniques/specialiste/info_patients.php).

# La colostomie

Qu'est-ce qu'une colostomie ?	77
Existe-t-il différents types de poches ?	79
Comment change-t-on la poche ?	81
Qu'est-ce que la technique de l'irrigation colique ?	82
Y a-t-il des précautions particulières à prendre avec la poche ?	84
La poche est-elle prise en charge par la Sécurité sociale ?	84
Quels sont les principaux problèmes rencontrés avec la poche ?	85
Y a-t-il un régime alimentaire particulier à suivre ?	85
Y a-t-il des complications possibles à la colostomie ?	86
Comment mieux vivre avec une colostomie ?	87
Comment envisager la vie de famille ?	88
La pratique d'un sport est-elle possible ?	88
Peut-on reprendre une activité professionnelle ?	89
Les voyages sont-ils envisageables ?	89

## Qu'est-ce qu'une colostomie ?

On regroupe sous le nom de *stomie\** (du grec *stoma* qui signifie bouche) l'abouchement d'une partie de l'intestin à la peau. C'est une ouverture réalisée par un chirurgien au niveau du ventre pour permettre l'évacuation des *selles\** et des gaz. Le plus souvent, l'organe uni à la peau est le côlon ; on parle alors de colostomie. Mais ce peut être également l'*iléon\** ; on parle alors d'iléostomie.

# La colostomie

Une colostomie peut être temporaire ou définitive.

## ■ La colostomie temporaire

Après avoir enlevé la partie du rectum envahie par les cellules cancéreuses, le chirurgien suture le côlon et la portion du rectum laissée en place : il effectue une **anastomose\***. Il est parfois préférable d'attendre que la suture entre le côlon et le rectum cicatrise avant d'y faire passer à nouveau les selles. En effet, d'une part, les selles sont corrosives et peuvent entraîner une **infection\***. D'autre part, si les selles passent à l'endroit de la suture, les contractions de l'intestin qui permettent de les évacuer gênent la cicatrisation.

En attendant cette cicatrisation et afin d'éviter des complications (infection ou **fistule\***), le chirurgien peut créer une ouverture temporaire au niveau du ventre, au travers de laquelle il fait ressortir une portion d'intestin. C'est cette ouverture que l'on appelle **stomie\***.

Le rôle de la stomie est de dériver complètement les selles vers une poche spéciale située à l'extérieur du corps afin d'empêcher qu'elles passent au niveau de la suture de l'intestin. C'est pourquoi on parle également de stomie de protection.

Cette ouverture peut être maintenue de quelques semaines à plusieurs mois. Dès que la cicatrisation est terminée, la stomie est refermée lors d'une nouvelle opération. Les selles reprennent alors leur voie normale et sont évacuées par l'anus.

Chaque fois que cela est possible, le chirurgien évite de faire cette stomie.

## ■ La colostomie définitive

Si la tumeur s'est propagée localement, le chirurgien doit enlever toutes les parties envahies. S'il a dû enlever le **sphincter\*** anal, les selles doivent être évacuées par une autre issue. Le chirurgien crée alors une ouverture au niveau du ventre, le plus souvent du côté gauche, au travers de laquelle il abouche le côlon en le cousant à la peau. C'est cette ouverture au niveau du ventre que l'on appelle stomie.

Le rôle de cette stomie est de dériver complètement les selles recueillies dans une poche spéciale située à l'extérieur du corps.

Ce type de stomie est la plupart du temps définitif.



## ■ L'évacuation des selles

Les selles ne sont donc plus évacuées par l'anus, mais par la stomie. Elles sont collectées dans un sac spécial, une poche de recueil, collée sur le ventre.

Cette poche adhère à la peau autour de la stomie grâce à un adhésif spécial. La poche doit être changée une à deux fois par jour. Elle ne se voit pas sous les vêtements et la plupart des patients la changent eux-mêmes.

## ■ Le rôle des infirmières stomathérapeutes

Des infirmières stomathérapeutes sont chargées de l'information et des soins du patient (voir Fiche 1 : *Les différents professionnels de santé*).

Avant l'opération, une infirmière stomathérapeute vient informer le patient et répondre aux questions qu'il peut se poser. L'emplacement de la future stomie est repéré en concertation avec le patient, en tenant compte de sa morphologie et de ses habitudes de vie.

Après l'opération, l'infirmière stomathérapeute apprend au patient comment faire sa toilette et changer la poche afin qu'il soit indépendant le plus tôt possible. Un proche peut accompagner le patient lors de l'entretien.

## Existe-t-il différents types de poches ?

Le patient a le choix entre trois systèmes d'appareillage :

- un système d'appareillage constitué d'une pièce qui se colle directement sur la peau. Ce système est très souple et s'adapte bien à l'abdomen\*. Il se change une à deux fois par jour en fonction de la quantité et de la consistance des selles, et se jette après utilisation ;
- un système d'appareillage constitué de deux pièces, formé d'un support comportant un anneau qui se colle sur la peau et d'une poche qui vient s'y emboîter au moyen d'un autre anneau. L'anneau de ce système peut être fixe ou flottant. L'anneau flottant permet d'obtenir un système plus maniable ;

## La colostomie

- un système sans anneau, mais comprenant sur le support une interface souple où l'on vient coller la poche. La poche se change une à deux fois par jour. Il suffit de l'enlever et de la changer sans toucher au support.



La poche vidable

Le support de ces deux derniers systèmes peut être laissé en place deux à quatre jours en fonction de la quantité de selles et de leur consistance. La peau est ainsi mieux protégée. Ces systèmes deux pièces sont un peu moins souples que le système une pièce.

Les systèmes une pièce et deux pièces offrent des poches transparentes ou opaques, vidables ou non. Les modèles transparents sont très utiles au début pour apprendre à mettre la poche en place ou pour les patients qui ont

des problèmes de vue ou de dextérité. Les modèles opaques sont plus discrets quant à leur contenu.

En cas de diarrhée, les modèles vidables permettent de vidanger la poche sans la changer.

Pour une meilleure efficacité, il est important que les poches soient adaptées au diamètre de la stomie. C'est la raison pour laquelle les poches sont adaptables. Les premiers temps, le patient peut utiliser des poches à découper ; il adapte alors le diamètre de la poche à celui de sa stomie. Dans les mois qui suivent, le diamètre de la stomie diminue. Lorsqu'il s'est stabilisé, le patient peut utiliser des poches prédécoupées au diamètre exact de la stomie.



Le découpage de la poche

Les poches sont en plastique ou recouvertes d'une protection, ce qui procure un contact plus doux avec la peau et permet d'absorber la transpiration lorsqu'il fait chaud ou pendant des activités sportives.

Une infirmière stomathérapeute présente les différents types de poches au patient afin qu'il se familiarise avec les produits. Mieux informé, le patient peut ainsi faire le choix du type de poche qui lui semble le plus adapté à son mode de vie.

## Comment change-t-on la poche ?

Une infirmière stomathérapeute apprend au patient à changer ou à vider la poche. Pour conserver une peau saine autour de la stomie, il est capital d'en prendre soin.



La toilette de la stomie

La poche se décolle du haut vers le bas, tout en maintenant la peau. La poche se jette ensuite dans un sac en plastique. Certains patients préfèrent vider la poche dans les toilettes avant de la jeter. Les résidus de selles sur la stomie s'enlèvent avec un papier hygiénique doux.

La toilette peut se faire devant un lavabo ou dans une douche. Les premiers temps, se placer devant une glace pour changer de poche

est plus facile. La stomie se nettoie à l'eau du robinet, éventuellement et ponctuellement à l'aide de savon neutre, avec des mouvements doux et circulaires, en rinçant bien. En cas d'irritation, le nettoyage à l'eau sans savon est exclusivement recommandé. Il est conseillé d'utiliser un gant de toilette spécifique pour la stomie. Si la stomie reste un peu humide, on peut la tamponner avec un mouchoir en papier doux.

La peau doit être bien sèche pour permettre une parfaite adhérence de la poche.

Lorsque la peau est bien sèche, la nouvelle poche se pose du bas vers le haut, en prenant soin d'éviter tout pli de la peau. Une fois

## La colostomie

collée, tirer légèrement la poche vers le bas permet de vérifier qu'elle est bien en place.

Il peut arriver que la stomie saigne un peu, notamment lorsque les mouvements de la toilette sont un peu trop vifs. Dans ce cas, il est recommandé de poser sur la stomie une compresse imprégnée d'eau froide jusqu'à ce que cela cesse. Ce saignement est le plus souvent bénin. Toutefois, si le saignement persiste, le patient doit en avertir son médecin.

Les poches vidables permettent d'espacer leur changement. Elles offrent l'avantage de protéger un peu plus la peau. Pour vidanger la poche dans les toilettes, il est conseillé de s'asseoir sur le côté de la cuvette ou d'installer une chaise confortable près des toilettes pour plus d'aisance. Après avoir relevé le bas de la poche et l'avoir ouverte, le patient la vide et peut procéder au nettoyage minutieux, intérieur et extérieur, du bas de la poche.

### Qu'est-ce que la technique de l'irrigation colique ?

Sur avis médical, l'infirmière stomathérapeute peut apprendre au patient à utiliser une technique de lavement par la stomie qui porte le nom d'irrigation colique. Cette technique consiste à vidanger tout le côlon afin d'éviter l'émission de selles pendant deux à trois jours.

L'irrigation colique permet au patient de remplacer la poche habituelle par une poche plus petite, un tampon obturateur ou une simple compresse. Ces protections peuvent se changer régulièrement jusqu'au lavement suivant. Les activités journalières, sportives, professionnelles, les voyages, etc., sont ainsi plus faciles.

**Cette technique apporte un plus grand confort aux patients porteurs d'une colostomie gauche définitive.**

L'irrigation colique consiste à nettoyer les intestins en injectant environ 800 millilitres d'eau tiède (37°C) par la stomie. Il est conseillé de faire l'irrigation colique à heures régulières.

L'irrigation peut être interrompue suivant les besoins de chacun (en cas de fatigue par exemple) et reprise par la suite. En cas de

diarrhée, il est indispensable de stopper cette technique le temps que le transit se régularise.

Le matériel nécessaire au lavement est vendu sous forme de trousse. Cette trousse comporte une poche en plastique de deux litres, munie d'une tubulure et d'un régulateur de débit, d'un embout conique qui s'introduit dans la stomie et d'une poche adhésive (manchon d'irrigation), ouvert en haut pour accéder à la stomie et en bas pour évacuer les selles. La trousse, prescrite par le médecin, est vendue en pharmacie et remboursée par la Sécurité sociale.

Le patient remplit la poche d'eau tiède et l'accroche en hauteur sur un crochet, un portemanteau ou une patère. Il existe des supports à perfusion pliables, mais ils sont plus chers (environ 140 euros) et remboursés seulement en partie par la Sécurité sociale.

Le manchon d'irrigation se colle sur la peau de la même façon que la poche. Le cône de la tubulure qui apporte l'eau se place dans le haut du manchon ; le bas est dirigé dans la cuvette des toilettes. Le patient introduit le cône dans la stomie sans trop l'enfoncer, puis il laisse l'eau s'écouler dans les intestins à l'aide de la manette de débit pendant quelques minutes. Le patient maintient le cône en place pendant tout le temps du lavement et deux minutes après environ. Le patient enlève ensuite le cône et ferme le haut du manchon d'irrigation à l'aide d'une pince à linge. Les intestins se vident en une demi-heure environ. Une irrigation colique dure au total de trois quarts d'heure à une heure.

Lorsque l'irrigation colique est terminée, certains patients conservent une grande poche pendant une demi-heure au cas où des écoulements persisteraient.

L'apprentissage de cette technique de lavement est plus ou moins long. Il ne faut cependant pas se décourager. L'infirmière stomathérapeute est là pour apprendre au patient à être autonome le plus rapidement possible.

Il est déconseillé au patient de procéder à des irrigations coliques en même temps que des cures de **chimiothérapie\*** qui entraînent parfois des diarrhées ou des colites.

### Y a-t-il des précautions particulières à prendre avec la poche ?

Pour le bon maintien de la poche et le confort du patient, il est essentiel que la peau autour de la stomie soit nette et sans irritation. Lorsque le contenu des intestins est liquide, il est plus corrosif pour la peau que si les selles sont pâteuses. Il peut être à l'origine de problèmes de peau en cas de fuites de selles.



La protection de la stomie

Pour éviter les complications, il est nécessaire que le diamètre de la poche soit d'environ trois à quatre millimètres plus large que la stomie. Si l'appareillage nécessite une découpe plus grande, il est utile de parfaire l'étanchéité à l'aide d'un système de protection cutanée. Appliqué sur la peau autour de la stomie, à l'endroit où la poche est collée, ce système fait joint avec la poche, empêche les fuites et protège la peau. Ce système se présente sous différentes formes :

pâte protectrice, anneau protecteur découpé au diamètre de la stomie ou plaque. Ces protections forment une barrière entre la peau et les selles. Elles se posent très facilement et ne bouchent pas la stomie.

### La poche est-elle prise en charge par la Sécurité sociale ?

Le matériel pour stomie est remboursé par la Sécurité sociale. La demande de prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale est à effectuer auprès de la caisse régionale d'assurance maladie et à renouveler trois mois avant expiration. Certains revendeurs dépassent les prix fixés. Il faut être vigilant.

Une personne stomisée peut solliciter l'obtention d'une carte d'invalidité auprès de la Commission d'Orientation Technique et de Reclassement Professionnel (COTOREP). La personne bénéficie ainsi

de certains avantages. La demande de formulaire se fait en mairie ou directement auprès de la COTOREP. Il en existe une dans chaque département.

Des informations détaillées sur les différentes aides sociales possibles sont disponibles dans le guide SOR SAVOIR PATIENT *Démarches sociales & cancer*.

## Quels sont les principaux problèmes rencontrés avec la poche ?

Les mouvements quotidiens comme se baisser pour ramasser un objet, lacer ses chaussures, etc. nécessitent une bonne tenue et une souplesse de la poche. Le chirurgien évite généralement de positionner la stomie au niveau de la ceinture. Les vêtements ne doivent pas trop serrer la taille pour que la stomie ne soit pas comprimée.

Cependant, en se baissant, les ceintures peuvent comprimer la stomie. C'est pourquoi certains patients conseillent de porter des vêtements à ceinture élastique ou à bretelles.

La question des gaz est une préoccupation constante des patients. Actuellement, toutes les poches sont équipées d'un filtre composé de charbons qui résout le problème d'odeurs. Des poudres ou des gélules placées dans la poche peuvent optimiser l'efficacité du filtre. De petites pastilles adhésives, fournies avec les poches, permettent d'obturer le filtre, en particulier pour le bain. Les recherches des laboratoires s'appuient sur l'avis des utilisateurs afin d'améliorer le confort des patients.

## Y a-t-il un régime alimentaire particulier à suivre ?

Il n'y a pas de régime alimentaire particulier. Il est toutefois recommandé d'adapter l'alimentation à son transit intestinal. Le patient peut manger ce qu'il mangeait avant pour son plus grand plaisir. Les patients sensibles à certains aliments avant l'intervention le restent après ; il est donc conseillé d'éviter ces aliments. À la sortie de l'hôpital ou de la clinique, une diététicienne informe le patient sur le type d'aliments à consommer ou à éviter.

## La colostomie

Voici quelques conseils concernant l'alimentation :

- certains aliments produisent davantage de gaz que d'autres. Il s'agit des choux, champignons, oignons, œufs, artichauts et haricots secs. Sans s'en priver, il est donc recommandé de respecter des quantités raisonnables et de penser à changer la poche dès qu'elle gonfle, signe que le filtre est saturé ;
- en cas de constipation, il est recommandé de boire davantage, de manger des légumes verts, des fruits frais et des yaourts ;
- en cas de diarrhée, il est conseillé de boire beaucoup pour éviter la déshydratation, de manger riz, pâtes, semoule et de cesser les légumes verts, fruits frais ou cuits, et les laitages. En attendant que la diarrhée cesse, le patient peut porter une poche vidable pour plus de confort ;
- une alimentation à base de riz est le plus souvent l'alimentation la mieux tolérée. Le riz permet de diminuer les coliques. Les rayons de produits asiatiques offrent un large choix de pâtes à base de riz qui permettent une alimentation variée.

On trouve en pharmacie des comprimés qui gélifient les selles. Ils se placent dans la poche vide et permettent d'épaissir les selles lorsqu'elles sont très liquides.

## Y a-t-il des complications possibles à la colostomie ?

Les colostomies n'entraînent généralement pas de complications. Toutefois, un rétrécissement de la stomie (sténose), un glissement de l'*anse intestinale\** en dehors de son emplacement normal (prolapsus) ou une rupture de la paroi musculaire de l'abdomen (éventration) peuvent se produire, même si cela reste très rare. Parfois, un gonflement de la stomie (œdème stomial) ou des saignements apparaissent. Plus rarement, il arrive que l'anse intestinale se rétracte dans l'abdomen.

En cas de problèmes ou de questions, le patient ne doit pas hésiter à contacter un médecin ou une infirmière stomathérapeute.



## Comment mieux vivre avec une colostomie ?

Apprendre que l'on a un cancer du rectum, que l'on va devoir subir une opération et que l'on va avoir une colostomie est une étape difficile à surmonter. Même sans complication, une colostomie est souvent pénible à vivre psychologiquement.

La présence de l'équipe médicale et paramédicale, de psychologues, ainsi que des infirmières stomathérapeutes est essentielle pour atténuer ce premier choc. Les infirmières stomathérapeutes sont disponibles. Elles sont là pour reconforter et conseiller le patient. Aux dires d'anciens opérés, la rencontre avec un patient stomisé qui a surmonté cette étape et repris une vie active est un élément déterminant pour reprendre espoir. Les associations de patients stomisés permettent cet échange. Le plus souvent, l'infirmière stomathérapeute qui a suivi le patient à l'hôpital dispose d'une consultation. Le patient peut la contacter en cas de besoin.

Le patient qui vient d'avoir une colostomie est dépendant de l'équipe médicale et paramédicale dans les premiers jours qui suivent l'intervention. Il va acquérir peu à peu une autonomie qui lui permet de reprendre ses activités, voire de voyager à nouveau s'il le souhaite.

Grâce aux recherches des laboratoires qui s'appuient sur l'avis des utilisateurs, des progrès réalisés au niveau du matériel ont permis d'améliorer le confort des patients. En France, 80 000 personnes portent une stomie. Beaucoup de patients retrouvent le moral assez rapidement, reprennent leur métier ou leurs activités, pratiquent un sport et proposent leur aide aux futurs opérés.

Les associations de patients stomisés peuvent beaucoup apporter après l'opération. Elles sont souvent une aide précieuse pour améliorer le confort de vie. Ces associations souhaitent améliorer la qualité de vie des patients stomisés, tout en les informant et les aidant à assumer les inconvénients et les exigences qu'entraîne une stomie.

Ces associations peuvent :

- informer et assister le patient et sa famille en leur apportant aide et réconfort ;
- assurer un réseau d'entraide ou de secours par le biais de permanences et de contacts, directs ou téléphoniques ;
- favoriser la réinsertion du patient dans le monde du travail ;

## *La colostomie*

- visiter les patients avant ou après l'opération ;
- l'aider à résoudre les problèmes pratiques ;
- donner des conseils pour réduire les éventuels problèmes alimentaires ou pour prévenir les incidents et les complications ;
- aider le patient à mieux accepter sa nouvelle image corporelle et à adapter sa vie aux exigences de la stomie.

La colostomie ne doit pas être un obstacle à une vie normale. Des professionnels et des bénévoles sont présents aux côtés des patients pour les soutenir et les guider à tout moment.

### **Comment envisager la vie de famille ?**

De retour au domicile, il est parfois nécessaire de laisser s'écouler un peu de temps avant que la vie redevienne la plus normale possible.

Les relations de couple se trouvent parfois affectées par la stomie. La confiance que le patient a en son conjoint peut aider à faire face à cette période charnière. La stomie ne doit pas prendre trop de place dans la vie de couple. Une stomie n'empêche ni une vie sexuelle, ni des grossesses. Certains patients utilisent un tampon obturateur pendant les relations sexuelles. Offrant une certaine discrétion, il cache la stomie comme un pansement. Discuter de la stomie avec son conjoint permet de faire en sorte qu'elle ne soit pas un obstacle aux projets du couple.

Parler de la stomie avec les enfants permet de se sentir plus à l'aise avec eux. Des bandes dessinées ont été élaborées afin d'aider les parents à dialoguer avec leurs jeunes enfants et les aider à comprendre ce qui arrive à leur parent ou grand-parent. Les médecins peuvent indiquer comment se les procurer.

### **La pratique d'un sport est-elle possible ?**

La pratique d'un sport reste possible, à condition toutefois de respecter certaines précautions. Seuls les sports violents ou de contact qui risquent de traumatiser la stomie sont interdits (judo, karaté, boxe, etc.).

Il est également recommandé d'éviter de porter des charges trop lourdes.

Les bains en piscine ou de mer sont possibles. Le patient peut utiliser un tampon obturateur ou un pansement spécifiquement prévu à cet effet qui lui permet de se baigner en toute sécurité. Il est préférable de mettre le tampon dix minutes avant la baignade afin de s'assurer de sa bonne tenue. Si le patient préfère garder la poche pour se baigner, cela est tout à fait possible. Il suffit de sécher correctement la poche après la baignade. Les poches sont fiables et sécurisées. Il est toutefois conseillé de changer la poche avant chaque activité de manière à être beaucoup plus libre. Les maillots de bain une pièce pour les femmes ou les bermudas pour les hommes garantissent une certaine discrétion lors de la baignade.

## Peut-on reprendre une activité professionnelle ?

Le médecin du travail décide de l'opportunité de reprendre ou non une activité professionnelle. Le poste peut parfois être adapté à la nouvelle situation du patient si le médecin le juge nécessaire. Par exemple, le port de charges lourdes est déconseillé car la stomie fragilise la paroi abdominale. Il est conseillé d'avoir des toilettes à disposition pour pouvoir changer ou vider aisément la poche dès que cela est nécessaire.

## Les voyages sont-ils envisageables ?

Il n'y a aucune contre-indication aux voyages. Toutefois, pour que les vacances se passent au mieux, il est conseillé de :

- mettre des poches, des sacs poubelle et un nécessaire de toilette simple dans le bagage à main avec soi afin d'être sécurisé durant tout le trajet ;
- emporter le double de la quantité de poches nécessaires, ainsi que quelques poches vidables en cas de diarrhée ;
- emporter quelques médicaments anti-diarrhéiques prescrits par le médecin ;

## *La colostomie*

- dans les pays très chauds, placer les poches dans le bac à légumes d'un réfrigérateur pour éviter que le plastique ne se détériore sous l'action de la chaleur et augmenter la consommation d'eau ;
- boire suffisamment d'eau ;
- ne boire que de l'eau minérale capsulée ou préalablement désinfectée avec des comprimés prévus à cet effet ;
- éviter les glaces et les sorbets, et peler systématiquement les fruits ;
- emporter les coordonnées d'un hôpital et d'une infirmière stomathérapeute sur place, et prévoir une assurance rapatriement en cas de problème.

### **Quelques conseils pratiques :**

- avoir toujours une boîte de poches d'avance ;
- prévoir des sachets plastique pour jeter les poches usagées ;
- stocker les poches dans un endroit sec et tempéré ;
- faire renouveler l'ordonnance dix jours avant la fin du stock.

**En cas de problèmes ou de questions, il ne faut pas hésiter à consulter un professionnel, une infirmière stomathérapeute ou un médecin traitant.**

La Fédération des stomisés de France (FSF) se trouve à Paris. Une antenne existe dans chaque département. Par téléphone, la FSF peut orienter le patient vers l'association la plus proche de son domicile.

Fédération des stomisés de France - 76, rue Ballard - 75015 Paris - Tél. : 01 45 57 40 02 ou 01 45 58 41 27.

# Glossaire :

## les mots et leur sens

**Ce glossaire explique spécifiquement les termes en rapport avec ce guide** *Comprendre le cancer du rectum*.

Un dictionnaire plus complet sur l'ensemble des cancers figure dans le livre *Les cancers de A à Z*. Ce dictionnaire est disponible sur le site Internet de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer ([www.fnclcc.fr](http://www.fnclcc.fr)), ainsi que chez l'éditeur à l'adresse suivante : Éditions Frison-Roche, 18, rue Dauphine, 75006 Paris, Tél. 01 40 46 94 91.

\* Voir ce mot.

### A

**abdomen** : partie inférieure du tronc\* du corps humain, séparée du thorax par le **diaphragme\*** et limitée en bas par le **bassin\***.

**adénocarcinome** : type de cancer\* qui se développe à partir d'une **glande\*** (sein, thyroïde, etc.) ou du revêtement d'une glande (ovaire, rectum).

**adénome** : tumeur **bénigne\*** des glandes. Un adénome du rectum est une tumeur bénigne de la paroi interne du rectum, tapissée de glandes (muqueuse glandulaire).

**adénopathie** : augmentation douloureuse ou non de la taille d'un **ganglion\***, qui devient dur et parfois, enflammé. Une adénopathie peut être provoquée par des cellules cancéreuses qui proviennent d'un organe ou d'un tissu voisin d'un ganglion.

**ADN (acide désoxyribonucléique)** : longue double chaîne de molécules en spirale qui compose les **chromosomes\***. On parle aussi d'hélice d'ADN. Les différents segments d'ADN forment les **gènes\***, supports des **caractères héréditaires\***. L'ADN se trouve dans le noyau de chaque cellule\* du corps.

**Afssaps (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé)** : agence qui a pour mission de garantir l'indépendance et la rigueur scientifique de l'évaluation et des contrôles relatifs à l'ensemble des produits de santé. C'est l'Afssaps qui donne l'autorisation de vendre des médicaments.

## Glossaire : les mots et leur sens

**aine** : partie du corps située entre le haut de la cuisse et le bas-ventre.

**aisselle** : espace creux situé sous le bras.

**ambulateur** : qui permet au patient de sortir de l'établissement de santé quelques heures après une intervention ou un soin.

**anastomose** : réunion de deux parties d'un organe par une suture.

**anatomopathologie** : examen au microscope\* de cellules\* (cytologie\*) ou de tissus\* (histologie\*) de l'organisme. Les médecins parlent parfois « d'anapath ». C'est l'histologie qui permet d'établir de façon certaine le diagnostic\* de cancer.

**anesthésie** : acte qui consiste à endormir et rendre insensible un patient (anesthésie générale) ou une partie du corps (anesthésie locale).

**anse intestinale** : partie d'intestin.

**antécédent** : fait antérieur concernant la santé du patient ou de sa famille.

**antécédent chirurgical** : opération déjà subie.

**antécédent familial** : histoire des maladies de la famille d'un patient.

**antécédent médical** : traitement déjà subi, en cours ou maladie antérieure (diabète\*, maladie cardiaque, etc.).

**anus** : orifice terminal du rectum qui permet le passage des matières fécales.

**anxiété** : sentiment de danger imminent face à une situation précise ou non. L'anxiété se traduit par un malaise général, un désarroi, une agitation ou une sensation d'anéantissement.

### B

**bassin** : ensemble des os de la partie inférieure de l'abdomen\*, articulé avec les jambes.

**bénin/bénigne** : sans gravité. Une tumeur bénigne n'est pas un cancer.

**bilan** : ensemble d'exams médicaux qui évaluent l'état de santé d'une personne à un moment donné. Voir bilan diagnostique\*, bilan d'extension\*, bilan préthérapeutique\*.

**bilan d'extension** : ensemble d'exams médicaux destinés à évaluer l'étendue du cancer et la présence ou non de métastases\* dans d'autres organes.

**bilan diagnostique** : ensemble d'exams médicaux qui ont pour but de déterminer si le patient a un cancer et si tel est le cas, d'identifier son type.

**bilan préthérapeutique** : bilan\* qui réunit tous les éléments nécessaires à l'établissement d'un plan thérapeutique\* (ou plan personnalisé de soin). Au terme de ce bilan, le médecin dispose de renseignements qui lui permettent de poser un

diagnostic et de proposer un traitement adapté à la situation lors de la **consultation d'annonce\***.

**biopsie** : prélèvement qui consiste à enlever un petit morceau de **tissu\*** afin de l'examiner au **microscope\***. Le médecin peut réaliser une biopsie avec ou sans **anesthésie\*** (locale ou générale). Les techniques utilisées pour le prélèvement (**endoscopie\***, **chirurgie\***, **ponction\***, etc.) dépendent de l'endroit où est placée la **tumeur\*** et du type de tissu à analyser. Le fragment de tissu est ensuite examiné par un médecin anatomopathologiste (voir Fiche 1 : *Les différents professionnels de santé*).

## C

**canal anal** : partie terminale de l'intestin, reliée à l'**anus\***.

**cancer** : ensemble de **cellules\*** anormales qui se multiplient de façon incontrôlée. Elles finissent souvent par former une masse qu'on appelle **tumeur maligne\***.

**caractère héréditaire** : particularité qui dépend des **gènes\*** hérités de ses parents.

**cautérisation** : technique qui utilise la chaleur ou un courant électrique pour stopper les saignements.

**CPP/comité de protection des personnes** : comité qui se réunit régulièrement dans chaque région

afin d'examiner des projets d'**essais thérapeutiques\*** et vérifier qu'ils respectent les droits et les intérêts des patients.

**cellule** : élément visible au **microscope\*** dont est constitué tout organisme vivant. Plantes et animaux sont composés de cellules très différentes qui se multiplient, meurent et se renouvellent. Des cellules identiques assemblées entre elles forment un **tissu\***. Des cellules cancéreuses sont des cellules qui se sont modifiées et se multiplient de façon anormale. Voir **cancer\***.

**chimiothérapie/chimio** : traitement général\* du **cancer\*** à l'aide de médicaments toxiques pour les **cellules\*** cancéreuses. Ces médicaments visent à les détruire ou à les empêcher de se multiplier. Les médicaments de chimiothérapie peuvent être administrés par piqûres, perfusions ou parfois, sous forme de comprimés.

**chirurgie** : acte qui consiste à opérer un patient. Cette opération peut avoir pour but soit de prélever quelques cellules d'une anomalie afin de les analyser (**biopsie\***), soit d'enlever une tumeur (traitement).

**chromosome** : élément du noyau de la **cellule\*** qui transmet les particularités héréditaires d'une personne. Chaque chromosome est composé de **gènes\*** qui contiennent l'**ADN\***, support de l'information génétique. Les

## Glossaire : les mots et leur sens

chromosomes forment des bâtonnets visibles au **microscope\*** lorsque la cellule se divise.

**œlioscopie/célioscopie** : examen de la cavité abdominale et du bas-ventre à l'aide d'un appareil appelé endoscope. Cet appareil permet d'observer l'intérieur du corps. Voir **endoscopie\***.

**coloscopie** : examen qui permet de voir l'intérieur du rectum et la totalité du côlon grâce à une petite caméra munie d'une lumière : un **endoscope\***.

**colostomie** : anus artificiel. Voir **stomie\***.

**consultation** : examen d'un patient par un médecin dans son cabinet.

**consultation d'annonce** : consultation\* destinée à informer le patient du **diagnostic\*** ou d'une éventuelle **rechute\***, ainsi que des traitements envisagés. Cette consultation est souvent longue : elle dure au minimum trente minutes, ce qui permet un réel dialogue entre le patient, ses proches et le médecin, en respectant les émotions que l'annonce peut susciter.

**consultation d'oncogénétique** : consultation au cours de laquelle on cherche à déterminer s'il existe une probabilité qu'un patient présente des **gènes\*** responsables d'un cancer. Si c'est le cas, on propose un test génétique.

**continence** : capacité à retenir les urines ou les selles entre deux moments où l'on va aux toilettes. La continence se fait grâce au muscle de la **vessie\*** qui assure l'évacuation des urines et des **sphincters\*** qui permettent de retenir les urines et les selles.

**cytologie** : technique d'examen qui permet d'observer des **cellules\*** au microscope et de rechercher des cellules anormales (des cellules cancéreuses par exemple). On parle aussi d'examen cytopathologique. Voir **anatomopathologie\***.

## D

**dépression** : état de profonde tristesse, accompagné de perte de désir et d'intérêt pour le monde environnant, et parfois troubles de l'appétit et du sommeil. On parle de dépression dès lors que ces **symptômes\*** durent plus de quinze jours sans interruption.

**diabète** : maladie caractérisée par un excès de sucre dans le sang.

**diagnostic** : démarche qui identifie la maladie à l'origine des **signes\*** ou des **symptômes\*** ressentis ou observés par le patient. Voir **bilan\***.

**diaphragme** : muscle très large qui sépare la poitrine de l'**abdomen\***.

**drain** : tuyau souple et fin. Maintenu à la base d'une plaie, il permet d'évacuer le sang ou des sécrétions afin d'éviter une **infection\***.



## E

**échographie** : technique d'examen qui montre des images d'une partie du corps ou de certains organes à l'aide d'ultrasons\*. Il s'agit d'un examen d'imagerie\*. Cet examen est indolore.

**échographie endorectale** : technique d'examen qui montre l'intérieur du rectum grâce à une sonde échographique introduite par l'anus.

**éducation thérapeutique** : ensemble d'actions proposées aux patients tout au long d'une maladie. Ces actions ont pour but d'aider les patients et leurs proches à mieux comprendre la maladie et ses traitements, de participer aux soins de façon plus active et de favoriser un retour à une vie normale. La notion d'éducation thérapeutique recouvre un large champ qui va de l'aide psychologique et sociale à l'information sur la maladie et ses traitements, en passant par l'organisation et la façon dont les soins se déroulent à l'hôpital.

**effet secondaire** : les traitements ont pour but de soigner le cancer\*. Parfois, ils entraînent des conséquences désagréables pour le patient qu'on appelle des effets secondaires. Si les effets secondaires sont fréquents, ils n'apparaissent pas de façon obligatoire ni systématique. Ils dépendent des traitements reçus,

des doses administrées, du type de cancer et de la façon dont chacun réagit aux traitements. Il existe deux types d'effets secondaires : les **effets secondaires immédiats\*** et les **effets secondaires tardifs\***.

**effet secondaire immédiat** : effet secondaire à court terme (nausées, perte de cheveux, etc.). Temporaire, un effet secondaire disparaît généralement après la fin des traitements.

**effet secondaire tardif** : effet secondaire à long terme (cicatrice douloureuse, etc.). Un effet secondaire peut persister longtemps après l'arrêt des traitements, parfois jusqu'à la fin de la vie. Il est alors appelé **séquelle\***.

**électrocardiogramme (ECG)** : enregistrement graphique de l'activité électrique qui accompagne la contraction du cœur, ce qui permet d'en visualiser le fonctionnement.

**endoscope** : appareil optique muni d'un dispositif d'éclairage. Cet appareil, introduit dans une cavité de l'organisme comme le rectum ou le côlon, permet de l'examiner et, éventuellement, d'y faire des prélèvements.

**endoscopie** : technique d'examen d'une cavité du corps avec un appareil muni d'un dispositif d'éclairage et de vision (un endoscope). Cet appareil permet de voir l'intérieur de cette cavité.

## Glossaire : les mots et leur sens

La fibroscopie optique\* et la cœlioscopie\* utilisent cette technique.

**équipe pluridisciplinaire** : équipe médicale constituée de plusieurs spécialistes, appelée aussi **unité de concertation pluridisciplinaire\***. En cancérologie, il est habituel que le dossier des patients soit présenté à plusieurs spécialistes afin de solliciter leur avis.

**essai thérapeutique** : étude qui vise à tester et à évaluer de nouveaux traitements afin de les comparer aux traitements habituellement utilisés. Un essai thérapeutique est réalisé uniquement si le nouveau traitement peut apporter un avantage par rapport aux traitements habituels (meilleures chances de guérison, diminution des effets secondaires, amélioration de la qualité de vie). Un essai thérapeutique est soumis à l'approbation et au contrôle de conseils scientifiques, du CPP\* et des autorités sanitaires (Afsaps\*). Voir **étude clinique\***.

**étude clinique** : étude scientifique effectuée chez l'homme. Ce peut être un **essai thérapeutique\***, une étude épidémiologique ou socio-économique.

**étude épidémiologique** : étude des rapports entre une maladie et différents facteurs (tabagisme, consommation d'alcool, exposition à un produit toxique, etc.).

**éventration** : rupture de la paroi musculaire de l'abdomen\*.

**examen clinique** : examen pratiqué par un médecin qui, après avoir posé des questions en relation avec la maladie, examine le patient (toucher rectal, auscultation, palpation, etc.).

**examen anatomopathologique** : voir anatomopathologie\*.

**examen d'imagerie** : examen qui permet d'obtenir des images d'une partie du corps ou d'un organe. Il existe deux types d'examens d'imagerie : les examens radiologiques (**radiographie\***, **échographie\***, **scanner\***, **IRM\***) et les examens de **médecine nucléaire\*** (**scintigraphie\***, **TEP\***).

**examen histopathologique** : examen qui analyse au microscope des fragments de **tissus\*** prélevés au niveau d'une anomalie. Cet examen permet d'affirmer ou d'éliminer avec certitude le **diagnostic\*** de **cancer\***. On parle aussi d'histologie. Voir anatomopathologie\*.

**examen microscopique** : examen au microscope\* de **cellules\*** ou de **tissus\***.

**examen radiologique** : examen qui permet d'obtenir des images d'une partie du corps ou des organes. Il existe différents types d'examens radiologiques : **échographie\***, **scanner\***, **IRM\***. On parle aussi d'examen d'imagerie\*.

**extension** : stade d'évolution d'un cancer. Un cancer commence par le développement d'une ou plusieurs **cellules\*** cancéreuses. Ces cellules se multiplient et forment une tumeur. Quand les cellules cancéreuses restent dans l'organe d'origine, on parle d'évolution ou d'extension locale du cancer. Plus les cellules se multiplient, plus l'anomalie grossit. Elle peut alors laisser échapper des cellules cancéreuses vers d'autres endroits de l'organisme. Si les cellules cancéreuses atteignent des **ganglions\***, on parle d'extension régionale. Lorsqu'on retrouve des cellules cancéreuses dans d'autres organes (foie, os, poumon, etc.), on parle d'extension métastatique. Voir **métastase\***.

## F

**facteur de risque** : élément qui peut favoriser le développement d'un cancer\* ou sa **rechute\***.

**fibroscopie optique** : technique d'examen qui permet de voir l'intérieur d'un organe ou d'une partie du corps grâce à un tube souple muni d'un dispositif d'éclairage. Une fibroscopie permet de réaliser des **biopsies\***.

**fistule** : canal anormal par lequel s'écoule un liquide physiologique (de la matière fécale par exemple) et entretenu par l'écoulement de ce liquide.

## G

**ganglion** : petit renflement réparti le long des **vaisseaux lymphatiques\***. Disposés dans certaines parties du corps, les ganglions sont soit superficiels (dans le cou, l'**aisselle\***, l'**aîne\***), soit profonds (dans l'**abdomen\***, le **thorax\***). Les ganglions jouent un rôle essentiel dans la protection du corps contre les **infections\*** ou les **cellules\*** cancéreuses. Ils mesurent normalement moins d'un centimètre de diamètre. Si leur taille est anormale, on parle d'**adénopathie\***.

**gastroentérologie** : partie de la médecine spécialisée dans les troubles du tube digestif.

**gène** : segment d'**ADN\*** (acide désoxyribonucléique) qui, dans la **cellule\***, contient des informations sur l'identité d'un être vivant (plante, animal, humain). Les gènes servent à faire fonctionner normalement la cellule et à transmettre les **caractères héréditaires\***. Il arrive que certains gènes présentent des anomalies. Le programme de fonctionnement de la cellule est alors dérégulé et celle-ci se comporte de façon anormale.

**glande** : organe ayant pour fonction de produire une substance particulière. La plupart des glandes sécrètent la substance qu'elles produisent vers l'extérieur. On parle alors de glandes exocrines, comme le sein qui fabrique le lait ou les glandes

## Glossaire : les mots et leur sens

salivaires qui fabriquent la salive. Certaines glandes produisent des **hormones\*** qu'elles sécrètent dans le sang comme les ovaires ou la thyroïde. On parle alors de glandes endocrines.

**grade** : degré d'agressivité (de malignité) d'une tumeur. L'examen des cellules au microscope permet d'établir le grade. Connaître le grade permet d'adapter le traitement en relation avec les autres caractéristiques de la tumeur.

**greffe cancéreuse** : cellules cancéreuses qui se sont détachées de la tumeur et qui se sont propagées dans un autre endroit de l'organisme.

**guérison** : disparition des **signes\*** et des **symptômes\*** d'une maladie et retour à une bonne santé. Dans le cas du cancer, on parle de guérison dès lors que toute trace de cancer a disparu après un certain temps.

### H

**hématome** : accumulation de sang localisée dans un **tissu\***. Le sang forme un bleu.

**hémorroïde** : dilatation d'une veine de l'**anus\*** et du **rectum\***.

**histologie** : technique d'examen qui analyse au microscope des fragments de **tissus\*** prélevés au niveau d'une anomalie. Cet examen permet d'affirmer ou

d'éliminer avec certitude le **diagnostic\*** de **cancer\***. On parle aussi d'**examen histopathologique\***. Voir **anatomopathologie\***.

**hormone** : substance produite par certaines **glandes\*** de l'organisme. Les hormones agissent sur le développement ou le fonctionnement d'un organe. Parfois, elles stimulent la croissance de **cellules\*** cancéreuses.

### I

**iléon** : partie de l'intestin.

**imagerie fonctionnelle** : examen qui permet d'obtenir des images du fonctionnement d'un organe ou de l'activité des cellules dans l'organisme. Ces images sont obtenues par **scintigraphie\*** ou par tomographie par émissions de positons (**TEP\***), après l'injection, en très petite quantité, d'un produit radioactif repéré par les appareils.

**infection** : présence d'un micro-organisme invisible à l'œil nu susceptible de provoquer des maladies (bacille, bactérie, virus).

**IRM (Imagerie par Résonance Magnétique)** : technique d'examen qui montre des images d'une partie du corps ou des **organes\*** grâce à des champs magnétiques. Comme un **scanner\***, une IRM permet d'avoir des images précises de plusieurs régions du corps.

## L

**laparotomie** : ouverture de l'abdomen\* au cours d'une opération chirurgicale.

**lavement baryté** : technique préalable à une radiographie\* qui consiste à injecter par l'anus du baryum dans les intestins. Le baryum est un liquide opaque qui apparaît blanc à la radiographie et se voit donc clairement. Le médecin peut alors suivre son passage le long des intestins. D'éventuelles zones anormales peuvent ainsi être repérées.

**laxatif** : substance qui, par son action purgative, permet de vider les intestins afin de permettre certains examens comme une coloscopie\*.

**lymphe** : liquide légèrement coloré dans lequel baignent les cellules\*. La lymphe transporte et évacue les déchets des cellules. Comme le sang, elle circule dans des vaisseaux, appelés vaisseaux lymphatiques\*.

## M

**malin/maligne** : se dit d'une tumeur cancéreuse. Voir cancer\*.

**manipulateur** : technicien responsable du maniement des appareils de radiothérapie\* ou de radiologie\*. Il est aussi chargé de veiller au bon déroulement des séances de radiothérapie ou des examens de radiologie.

**marge de sécurité** : zone que le chirurgien enlève autour d'une tumeur. Cette marge de sécurité permet de limiter le risque de rechute\*.

**marqueur tumoral** : substance sécrétée par les cellules d'une tumeur cancéreuse. On peut la repérer lors d'une analyse de sang. Le dosage des marqueurs tumoraux peut donner des indications sur l'évolution de la maladie.

**médecine nucléaire** : spécialité médicale qui réalise des examens à l'aide de traceurs\* radioactifs. La scintigraphie\* et la TEP\* sont des examens de médecine nucléaire d'aide au diagnostic\*.

**mésorectum** : tissu\* constitué de graisse qui entoure le rectum.

**métastase** : tumeur formée par des cellules cancéreuses provenant d'une première tumeur. On parle également de maladie métastatique ou de localisation secondaire du cancer. Voir extension\*.

**métastatique** : qui a produit des métastases\*.

**microscope** : instrument d'optique qui sert à examiner les éléments qui ne sont pas visibles à l'œil nu. Voir examen microscopique\*.

## Glossaire : les mots et leur sens

### N

**néoadjuvant** : préopératoire. Se dit d'un traitement complémentaire qui précède un traitement principal.

**nodule** : formation anormale, généralement arrondie, **bénigne\*** ou **maligne\***, dans un organe ou à sa surface.

**nutriment** : substance décomposée lors de la digestion pouvant être absorbée par l'organisme.

### O

**oncogénétique** : spécialité médicale qui étudie les facteurs héréditaires pouvant favoriser le développement de certains cancers.

**oncologie** : spécialité médicale qui s'intéresse aux **cancers\***.

**option** : recommandation\* d'examen ou de traitement. Dans une même situation, les recherches scientifiques n'ont pas identifié d'examen ou de traitement qui présentent plus d'avantages que d'autres. Voir **standard\***.

**organe** : partie du corps qui remplit une fonction particulière (foie, poumon, etc.).

### P

**pancolite** : inflammation de la totalité du côlon.

**pelvis** : bassin\*

**perfusion** : injection goutte à goutte de médicament liquide dans les veines (après une opération ou lors d'une **chimiothérapie\*** par exemple).

**périnée** : partie du corps qui s'étend entre l'**anus\*** et les parties génitales.

**péritoine** : double membrane qui tapisse l'intérieur de l'abdomen et recouvre les organes abdominaux tels que l'estomac, le foie, le pancréas, etc.

**péritonite** : inflammation du péritoine\*.

**plan thérapeutique** : ensemble de différents traitements réalisés dans un ordre bien défini, également appelé plan personnalisé de soin. Par exemple, une chirurgie peut être suivie d'une **chimiothérapie\***.

**polype** : petite excroissance qui se développe à l'intérieur d'un organe (vagin, rectum). C'est une tumeur bénigne qui peut se transformer en tumeur maligne. Un **adénome\*** de la muqueuse glandulaire du rectum peut être le polype précurseur du cancer du rectum.

**ponction** : prélèvement\* de **cellules\***, de **tissus\*** ou de liquide à l'aide d'une aiguille fine, dans une partie du corps. En cas de

prélèvement de cellules, on parle de ponction cytologique ; en cas de prélèvement de tissus, on parle de biopsie\*.

**prélèvement** : échantillon de l'organisme (sang, tissu\*, etc.) que l'on prend afin de l'examiner au microscope. Voir ponction\* et biopsie\*.

**prolapsus** : glissement d'une partie de l'intestin en dehors de son emplacement normal.

**pronostic** : prévision que fait un médecin après un diagnostic, sur la durée, le déroulement et l'issue d'une maladie.

## R

**radiographie/radio** : examen qui permet d'obtenir des images d'une partie du corps à l'aide de rayons X\*. Il s'agit d'un examen d'imagerie\*. Voir radiologie\*.

**radiologie** : spécialité médicale qui utilise des rayons X\*, des ultrasons\* ou des champs magnétiques pour obtenir des images d'une partie du corps ou des organes (radiographie\*, échographie\*, scanner\*, IRM\*).

**radiothérapie** : traitement local\* du cancer à l'aide d'un appareil qui émet des rayons\*. Ces rayons, dirigés vers la tumeur, la détruisent. Ce traitement se fait dans un service spécialisé de radiothérapie. On parle

aussi de rayons ou de séances de rayons.

**rayons X** : rayons invisibles plus ou moins arrêtés selon les différents composants du corps humain qu'ils traversent. Les rayons qui ont pu traverser sont détectés et permettent de réaliser des images de l'intérieur du corps. Les rayons X sont également appelés photons X.

**rechute** : réapparition de cellules cancéreuses, au même endroit ou dans une autre région du corps. Une rechute peut survenir très tôt après la fin des traitements, mais aussi après une longue période de guérison apparente.

**récidive** : voir rechute\*.

**recommandation** : examen ou traitement préconisé dans une situation donnée, selon les résultats des recherches scientifiques. On distingue deux types de recommandations : les standards\*, lorsqu'il existe une seule recommandation, et les options\*, lorsqu'il existe plusieurs recommandations.

**rectoscopie** : examen du rectum par les voies naturelles à l'aide d'un endoscope\*. Cet examen n'est en général pas douloureux.

### S

**scanner** : examen qui permet d'obtenir des images du corps à l'aide de **rayons X\***. C'est un type de radiographie\* dont les images sont reconstituées par un ordinateur, ce qui permet une analyse précise de différentes régions du corps. On parle aussi de tomодensitomètre, abrégé en TDM.

**scintigraphie** : technique d'examen qui permet d'obtenir des images du fonctionnement de différents organes. Cette technique d'imagerie utilise des produits faiblement radioactifs qui, une fois injectés, sont repérés par une caméra spéciale : une gamma-caméra.

**selle** : matière fécale, excrément.

**séquelle** : complication plus ou moins tardive et durable d'une maladie. Les séquelles peuvent être esthétiques (cicatrice importante après une opération, par exemple) ou affecter le fonctionnement d'un **organe\***. Voir **effet secondaire\***.

**signe** : anomalie observée par le patient ou par le médecin.

**sphincter** : muscle en rond autour d'un orifice naturel qui permet l'ouverture et la fermeture d'un organe en se contractant (**vessie\***, **anus\***). Le sphincter anal est le muscle situé autour de l'anus ; il permet de retenir et d'évacuer les **selles\***.

**stade d'évolution** : voir **extension\***.

**standard** : examen ou traitement pour lequel les résultats sont connus et considérés comme bénéfiques. Un examen, ou traitement standard, est proposé de façon systématique dans une situation donnée. Il peut arriver que le médecin ne puisse pas disposer de l'examen ou appliquer le traitement standard du fait de facteurs particuliers liés au patient ou à sa maladie ; le médecin propose alors un ou plusieurs examens ou traitements mieux adaptés à la situation. Voir **option\***.

**sténose** : rétrécissement d'un conduit ou d'un orifice.

**stomie** : ouverture au niveau du ventre, reliée à l'intestin. Cette ouverture, réalisée par le chirurgien, est nécessaire lorsque les **selles\*** ne peuvent plus être évacuées par l'**anus\***. Leur évacuation se fait alors par la stomie et les selles sont recueillies dans une poche spéciale, collée sur le ventre. Lorsque le chirurgien relie cette ouverture au côlon, on parle de colostomie. Le terme d'anus artificiel est parfois utilisé.

**suture** : réunion des parties d'une plaie à l'aide de fils ou d'agrafes afin qu'elles se ressoudent.



**symptôme** : manifestation anormale provoquée par la maladie sur l'organisme. Un symptôme peut être ressenti de façon différente d'un patient à l'autre (gêne, douleur, brûlure, sensation d'étouffement, etc.). L'apparition de tout nouveau symptôme doit être signalée au médecin.

## T

**TEP** : voir tomographie par émission de positons\*.

**thorax** : partie supérieure du tronc\* qui contient le cœur et les poumons.

**tissu** : ensemble de cellules\* qui ont une même fonction (tissu musculaire, tissu osseux par exemple).

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

**toucher rectal** : examen du rectum avec le doigt.

**traceur** : produit radioactif qui, une fois injecté dans le sang lors de différents examens d'imagerie fonctionnelle\* (TEP, scintigraphie\*), peut être visualisé dans l'organisme du patient. Le traceur, en se fixant

sur différents organes, permet d'en analyser le fonctionnement.

**traitement adjuvant** : traitement complémentaire d'un traitement principal.

**traitement local/traitement locorégional** : traitement qui consiste à agir directement sur la tumeur\* ou sur la région où est située la tumeur. Le but de ce type de traitement est d'éliminer toutes les cellules\* cancéreuses dans la région de la tumeur. La chirurgie\* et la radiothérapie\* sont des traitements locorégionaux du cancer\*.

**traitement général** : traitement qui agit sur la tumeur et sur l'ensemble du corps par voie générale. Une chimiothérapie\* est un traitement du cancer\* par voie générale.

**tronc** : partie principale du corps humain sur laquelle sont fixés la tête et les membres.

**tumeur** : cellules qui forment une masse. Il existe des tumeurs bénignes\* et des tumeurs malignes\*. Voir cancer\*, adénocarcinome\*.

**tumeur maligne** : masse de cellules cancéreuses. Voir cancer\*.

## Glossaire : les mots et leur sens

### U

**ultrason** : vibration non audible par l'oreille humaine, utilisée lors de certains examens d'imagerie\* (échographie\*).

**unité de concertation pluridisciplinaire/UCP** : équipe médicale spécialisée en oncologie\*, constituée de plusieurs professionnels de santé, à laquelle participe le médecin référent du patient.

**uretère** : canal qui conduit l'urine du rein à la vessie\*.

### V

**vaisseau lymphatique** : canal par lequel circule la lymphe\*. Les vaisseaux lymphatiques forment avec les ganglions\* le système lymphatique.

**vessie** : réservoir dans lequel s'accumule l'urine qui arrive des reins par les uretères\*.

# *Les SOR SAVOIR PATIENT*

Le programme SOR SAVOIR PATIENT (Standards, Options et Recommandations pour le Savoir des Patients) est mené depuis 1998 par la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) et les vingt Centres régionaux de lutte contre le cancer (CRLCC), en collaboration avec la Ligue nationale contre le cancer, la Fédération hospitalière de France (FHF), la Fédération nationale de cancérologie des centres hospitaliers régionaux et universitaires (FNCCHRU), la Fédération française de cancérologie des centres hospitaliers généraux (FFCCHG), et depuis janvier 2005, avec l'Institut national du cancer.

Il vise à :

- mettre à la disposition des personnes malades une information médicale validée, compréhensible et régulièrement actualisée sur le cancer ;
- mieux leur faire comprendre les différents aspects de la maladie et ses répercussions, tant sur le plan médical que social, familial et psychologique ;
- faciliter le dialogue entre les patients, leurs proches, le médecin et l'équipe soignante ;
- permettre aux patients de mieux participer aux choix de leurs traitements.

## **Des guides pour les personnes malades et leurs proches**

Ce programme a permis d'élaborer des guides d'information et de dialogue pour différents cancers à destination des personnes malades et leurs proches.

Les informations médicales contenues dans ces guides sont issues de documents scientifiques élaborés par des experts spécialistes du cancer : les Standards, Options et Recommandations, abrégés en SOR.

Les SOR, destinés aux médecins spécialistes, résument les résultats des recherches publiées dans les revues scientifiques dans le domaine du cancer. Ces documents définissent les traitements existants pour les différents cancers et

## Les SOR SAVOIR PATIENT

distinguent les **standards\*** et les **options\***. Les SOR ont pour objectif d'aider les médecins à choisir les meilleurs traitements pour leurs patients. Ces documents médicaux sont disponibles auprès de la FNCLCC (101, rue de Tolbiac, 75013 PARIS - Tél. 01 76 64 78 00 - [www.fnclcc.fr](http://www.fnclcc.fr)).

*Comprendre le cancer du rectum* est une version adaptée du SOR *Cancers digestifs*. Cette « traduction » en langage non scientifique a été réalisée par une **équipe pluridisciplinaire\***, composée de professionnels de santé spécialistes du cancer, de chargés de missions en santé et de spécialistes du langage (voir la liste des membres du groupe de travail). Les informations médicales résultent également d'une synthèse de documents sur le cancer du rectum à destination de personnes malades.

De nombreux documents d'information sur le cancer du rectum existent déjà. Pour faire son choix, le lecteur peut s'assurer que ces documents respectent les critères de qualité requis aux documents d'informations à destination de patients, et notamment qu'ils expliquent leur élaboration et la façon dont ils prennent en compte le vécu des personnes malades.

Ce guide peut permettre de retenir plus facilement les explications du médecin et de l'équipe soignante. Il ne se substitue pas aux informations proposées par le médecin et ne remplace pas la relation individuelle et personnelle entre le médecin et le patient.

C'est un outil d'information consultable par les proches et utilisable dans une démarche d'**éducation thérapeutique\*** du patient.

Les SOR SAVOIR PATIENT sont régulièrement mis à jour en fonction des nouveaux résultats de la recherche.

### Comment ce guide a-t-il été élaboré ?

Des patients et d'anciens patients atteints du cancer du rectum accompagnés de proches ont été impliqués dans ce travail lors de réunions, d'entretiens individuels et à l'aide de questionnaires. Leur participation a permis d'adapter les informations aux besoins qu'ils ont exprimés. Certains d'entre eux ont participé directement à la rédaction de ce guide.

L'ensemble des informations médicales a été validé par des spécialistes des cancers digestifs (voir la liste des membres du groupe de travail et des relecteurs).

Ce guide concerne le cancer du rectum le plus fréquent : le cancer du rectum glandulaire non métastatique. Il n'aborde pas :

- les autres formes de cancer de rectum ;
- les cancers métastatiques et le traitement des [rechutes\\*](#) ;
- la prise en charge de la douleur et de la fatigue ;
- les aspects psychologiques ;
- les aspects sociaux liés au cancer (congé maladie, aides sociales, etc.).

Ces thèmes sont abordés de façon détaillée dans d'autres guides d'information et de dialogue SOR SAVOIR PATIENT (voir *Informations pratiques*, à la fin de ce guide).

- Y.-J. Bignon**, oncogénéticien, Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand  
**G. Boll**, stomathérapeute, Hôpital Caremeau, Nîmes  
**J.-F. Bosset**, radiothérapeute, Hôpital Jean Minjot, Besançon  
**O. Bouché**, hépato-gastro-entérologue, Hôpital Robert Debré, Reims  
**R. Calendron**, infirmier, Centre Georges-François Leclerc, Dijon  
**L. Cany**, oncologue, Polyclinique Francheville, Périgueux  
**B. Chauffert**, oncologue, Centre Georges-François Leclerc, Dijon  
**D. Connan**, responsable communication, Centre René Huguenin, Saint-Cloud  
**T. Conroy**, oncologue, Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-les-Nancy  
**P. Coulon**, stomathérapeute, Centre Oscar Lambret, Lille  
**G. Depadt**, chirurgien, Centre Oscar Lambret, Lille  
**B. Devevey**, directeur communication, Institut Gustave Roussy, Villejuif  
**P. Dufour**, oncologue, Centre Paul Strauss, Strasbourg  
**D. Elias**, chirurgien, Institut Gustave Roussy, Villejuif  
**F. Eschwege**, radiothérapeute, Institut Gustave Roussy, Villejuif  
**M. Eyffred**, responsable hygiène, Centre Claudius Regaud, Toulouse  
**S. Flores**, stomathérapeute, Hôpital A. Mignot, Le Chesnay  
**M.-L. Foricher**, stomathérapeute, Centre René Huguenin, Saint-Cloud  
**J. Fraisse**, chirurgien, Centre Georges-François Leclerc, Dijon  
**J.-P. Ghnassia**, chef de service d'anatomie pathologique, Centre Paul Strauss, Strasbourg  
**M. Gignoux**, chirurgien, Centre Hospitalier Universitaire, Caen  
**A. Giraud**, neurologue, Centre Hospitalier Régional Annécien, Annecy  
**S. Greget**, radiothérapeute oncologue, Clinique Sainte-Clotilde, Saint-Denis  
**M. Guyot**, cadre supérieur de santé, Centre de stomathérapie Guillemain, Hôtel-Dieu, Lyon  
**Y. Guyot-Adrianssens**, stomathérapeute, Centre François Baclesse, Caen  
**B. Hoerni**, hémato-oncologue, Institut Bergonié, Bordeaux  
**J.-C. Horiot**, radiothérapeute, Centre Georges-François Leclerc, Dijon  
**H. Johanet**, chirurgien, Clinique Sainte-Marie, Pontoise  
**J. Kac**, Institut Gustave Roussy, Villejuif  
**H. Labrosse**, chirurgien, Clinique Protestante, Caluire  
**J.-L. Lagrange**, radiothérapeute, Hôpital Henri Mondor, Créteil

**D. Langlois**, oncologue radiothérapeute, Cabinet de radiologie, La Rochelle  
**H. Lauche**, oncologue radiothérapeute, Clinique Clémentville, Montpellier  
**M. Leonetti**, Centre hospitalier régional de la Source, Orléans  
**V. Magnin**, radiothérapeute, Institut Paoli-Calmettes, Marseille  
**C. Marchal**, radiothérapeute, Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy  
**I. Martel**, radiothérapeute, Centre Léon Bérard, Lyon  
**O. Maton**, radiothérapeute, Polyclinique Francheville, Périgueux  
**F. May-Levin**, cancérologue conseil, Ligue nationale contre le cancer, Paris  
**Y. Merrouche**, oncologue, Institut de Cancérologie de la Loire, Saint-Étienne  
**E. Miguet**, infirmière, Centre Hospitalier Saint-Nicolas, Verdun  
**B. Millat**, chirurgien, Hôpital Saint-Éloi, Montpellier  
**X. Mirabel**, radiothérapeute, Centre Oscar Lambret, Lille  
**E. Mitry**, gastroentérologue, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt  
**E. Montpetit**, oncologue radiothérapeute, Centre d'Oncologie Saint-Yves, Vannes  
**M. Moro**, oncologue radiothérapeute, Cabinet de radiologie, Nice  
**J. Ollier**, chirurgien, Centre Paul Strauss, Strasbourg  
**H. Orfeuvre**, onco-hématologue, Centre Hospitalier Fleyriat, Bourg-en-Bresse  
**P.-Y. Péaud**, onco-hématologue, Centre Hospitalier, Valence  
**D. Peiffert**, radiothérapeute, Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy  
**J.-P. Pignon**, biostatisticien, Institut Gustave Roussy, Villejuif  
**M. Pocard**, chirurgien, Institut Gustave Roussy, Villejuif  
**M.-R. Poirier**, stomathérapeute, Centre Hospitalier Universitaire CCB Montprofit, Angers  
**P. Revelin**, chirurgien viscéral, Centre Hospitalier, Roanne  
**F. Rothe-Thomas**, radiothérapeute, Centre Hospitalier, Chambéry  
**R. Salmon**, chirurgien, Institut Curie, Paris  
**Y. Spaether**, stomathérapeute, Centre Hospitalier Saint-Nicolas, Sarrebourg  
**J.-P. Suchaud**, radiothérapeute, Centre Hospitalier, Roanne  
**P. Troufléau**, radiologue, Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy  
**F. Turpin**, hématologue, Centre René Huguenin, Saint-Cloud  
**B. Vie**, chef de service de radiothérapie, Centre François Baclesse, Caen  
**C. Vieil-Barat**, Hôpital Saint-Antoine, Paris  
**P. Zimmermann**, gastroentérologue, Institut Gustave Roussy, Villejuif

## *Comité d'organisation des SOR*

- T. Philip, directeur des SOR, pédiatre
- B. Fervers, directeur adjoint des SOR, oncologue médical

### **SOR spécialistes**

- A. Bataillard, coordinatrice des SOR spécialistes, médecin généraliste
- L. Bosquet, méthodologiste
- G. Gory-Delabaere, méthodologiste, pharmacien
- F. Planchamp, méthodologiste
- S. Rousmans, méthodologiste
- C. Seblain, méthodologiste
- E. Luporsi, méthodologiste associé, oncologue médical
- S. Theobald, méthodologiste associé, médecin de santé publique
- F. Farsi, référent réseau, médecin de santé publique
- C. Cazeneuve, chargé de projet, sociologue

### **SOR SAVOIR PATIENT**

- J. Carretier, responsable des SOR SAVOIR PATIENT, méthodologiste, chargé de mission en santé
- L. Leichtnam-Dugarin, méthodologiste, chargée de mission en santé
- S. Brusco, méthodologiste, chargée de mission en santé
- M. Déchelette, méthodologiste
- V. Delavigne, linguiste

### **Projets internationaux**

- M. Haugh, responsable SOR projets internationaux, biochimiste
- V. Millot, assistante de gestion
- S. Rosen, assistante de recherche

### **Documentation**

- S. Guillo, documentaliste scientifique
- A.G. Guy, documentaliste
- A. Jean-François, technicienne documentaliste

### **Service administratif et éditorial**

- S. Debuiche, responsable administrative
- H. Borges-Paninho, chargée de l'édition des documents
- D. Gouvrit, assistante de gestion
- L. Pretet, assistante de gestion
- E. Sabatier, secrétaire



# Informations pratiques

## ■ Guides SOR SAVOIR PATIENT parus sur l'internet :

- Vivre pendant et après un cancer (2005)
- Comprendre le cancer du rectum (2005)
- Utilisation de la tomographie par émission de positons au FDG (TEP-FDG) en cancérologie (2004)

## ■ Guides SOR SAVOIR PATIENT parus sur l'internet et sur papier :

- Fatigue et cancer (2005)
- Comprendre le cancer de la prostate (2005)
- Comprendre la chimiothérapie (2004)
- Démarches sociales & cancer (2004)
- Comprendre le cancer du poumon et En savoir plus sur le cancer du poumon (2003)
- Comprendre l'ostéosarcome (2003)
- Comprendre le cancer du sein (mise à jour 2002)
- Le risque familial de cancer du sein et/ou de l'ovaire (2002)
- Comprendre le cancer de l'ovaire (2002)
- Comprendre le neuroblastome (2001)
- Comprendre le neuroblastome localisé (2001)
- Comprendre le neuroblastome disséminé (2001)
- Comprendre le neuroblastome 4S (2001)
- Comprendre le cancer du sein non métastatique (2000)

## ■ Fiches d'information SOR SAVOIR PATIENT parues :

- Comprendre le scanner (2004)
- Comprendre l'IRM (2004)
- Comprendre la mammographie (2003)
- Comprendre l'échographie mammaire (2003)
- Comprendre la biopsie échoguidée du sein (2003)
- Comprendre la biopsie stéréotaxique du sein (2003)
- Comprendre le repérage mammaire préopératoire (2003)

## ■ D'autres guides SOR SAVOIR PATIENT sont prévus :

- Comprendre la radiothérapie
- Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer
- Comprendre le gliome
- Comprendre le cancer du côlon
- Comprendre le mélanome
- La prise en charge de la douleur

## Informations pratiques

La Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) n'est pas habilitée à recueillir ou à répondre aux questions d'ordre médical. Pour toute question de cet ordre, nous vous invitons à en parler à votre médecin.

Un service téléphonique d'information, de conseil et de soutien « Cancer info service », assuré par la Ligue nationale contre le cancer, répond aux besoins d'informations de tous ceux qui sont concernés par le cancer : Cancer info service 0 810 810 821 (numéro Azur, prix d'un appel local).

Des informations complémentaires sur les différents cancers sont disponibles sur les sites internet de la FNCLCC (<http://www.fnclcc.fr>) et de la Ligue nationale contre le cancer (<http://www.ligue-cancer.asso.fr>).



### Notes personnelles

## Mentions légales

Les SOR SAVOIR PATIENT sont des guides d'information et de dialogue, accessibles sur l'internet, à destination des patients atteints de cancer et de leurs proches. Ces guides ont pour fonction d'aider les patients et leurs proches à mieux communiquer avec les médecins en ce qui concerne les maladies cancéreuses, leurs traitements et les modalités de prise en charge. Ils permettent ainsi d'associer davantage le patient à l'acte thérapeutique.

Ces guides participent à l'information du patient sans pour autant pouvoir se substituer aux informations données par les médecins, ni remplacer la relation individuelle et personnelle entre le médecin et le patient.

Les SOR SAVOIR PATIENT sont de simples outils d'informations médicales, décrivant en termes compréhensibles par les patients et leurs proches l'état des connaissances sur la prise en charge des différents cancers. Ils se basent sur une revue critique des données de la littérature scientifique et du jugement argumenté des experts. Ces guides sont d'un usage facultatif. Ils n'ont donc aucune valeur en termes d'avis thérapeutique ou de prescription et, malgré tout le soin qui a été apporté à leur rédaction, ils peuvent inévitablement comporter des erreurs ou des approximations. À ce titre, la FNCLCC n'assume aucune responsabilité propre en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation par les patients des données extraites du document, d'une erreur ou d'une imprécision dans le contenu des documents.

Les SOR SAVOIR PATIENT, élaborés à l'initiative de la FNCLCC, utilisent et adaptent en langage non scientifique des informations médicales empruntées aux SOR. Ils constituent des œuvres dérivées au sens de l'article L 113-2 du Code de la Propriété Intellectuelle (CPI).

L'adaptation de l'œuvre première que constitue les SOR ayant été réalisée à l'initiative de la FNCLCC, celle-ci est seule investie des droits d'auteur de nature patrimoniale sur l'œuvre nouvelle en application de l'article L 113-4 du CPI.

Vous êtes autorisé à télécharger, imprimer et utiliser des extraits des SOR SAVOIR PATIENT pour votre usage personnel non commercial, sous réserve de la citation de la source originelle.

Si vous souhaitez diffuser des guides SOR SAVOIR PATIENT, téléchargez les bons de commande correspondant aux guides d'information et de dialogue souhaités sur le site internet de la FNCLCC.

Pour toute autre utilisation des SOR SAVOIR PATIENT et, en particulier pour leur republication ou leur redistribution, sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit, vous devez obtenir l'autorisation expresse et préalable de la FNCLCC. S'il est effectué sans autorisation, ce type d'utilisation peut être constitutif d'actes de contrefaçon susceptible d'engager la responsabilité civile et pénale de leur auteur. Les demandes d'autorisation peuvent être adressées au Service des SOR de la FNCLCC.

## OÙ SE PROCURER LES GUIDES SOR SAVOIR PATIENT ?

Les guides SOR SAVOIR PATIENT sont disponibles  
sur les sites internet de la FNCLCC

<http://www.fnclcc.fr>

et de la Ligue nationale contre le cancer

<http://www.ligue-cancer.asso.fr>

Vous pouvez également vous les procurer dans le  
Centre de lutte contre le cancer le plus proche de chez vous,  
ainsi qu'à la Ligue nationale contre le cancer  
14, rue Corvisart - 75013 Paris

Ce guide peut vous être remis gracieusement  
par un médecin ou une association partenaire.

